



UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 167

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLOME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

Par

LEITNER Amandine

Née le 8 mars 1994 à Strasbourg

État des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région Grand-Est dans le cadre du repérage et de la prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées.

Président de thèse : Monsieur le Professeur Thomas VOGEL (PU-PH)
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alexandre BOUSSUGE (CCU-AH)



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

● Président de l'Université	M. DENEKEN Michel
● Doyen de la Faculté	M. SIBILIA Jean
● Premier Vice Doyen de la Faculté	M. DERUELLE Philippe
● Doyens honoraires :	M. MANTZ Jean-Marie
(1983-1989)	M. VINCENDON Guy
(1989-1994)	M. GERLINGER Pierre
(1994-2001)	M. LUDES Bertrand
(2001-2011)	M. VICENTE Gilbert
● Chargé de mission auprès du Doyen	M. STEEGMANN Geoffroy
● Responsable Administratif	



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seïamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénom	CS*	Services Hospitaliers au Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BORGHEI Patrice	NP03 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NP03 NCS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-ROGER Catherine	NP03 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-GHEHANN Sophie	NP03 NCS	+ Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.02 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NP03 NCS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipobon - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
CHATE Nabil	NP03 CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NP03 NCS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NP03 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHAMPRED Anne	NP03 NCS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NDU Marie-Pierre	NP03 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NP03 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.02 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLANGE Olivier	NP03 NCS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAIMS-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLONGUES Nicolas	NP03 NCS	+ Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBED Bernard	NP03 CS	+ Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAY Frédéric	NP03 CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Arôme	NP03 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBY Christian	NP03 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
BERVELLE Philippe	NP03 NCS	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLUIS-SALTHAMM Hélène	NP03 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NP03 NCS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NP03 NCS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NP03 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFH-REBER Samira	NP03 CS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / IRTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAUDT Raphaël	NP03 NCS	+ Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NP03 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Mathieu	NP03 NCS	+ Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie / ICAM	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît	NCS	+ IMU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et Imagerie médicale
GANGIA Fabien	NP03 CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NP03 NCS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NP03 NCS	+ Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NP03 CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NP03 NCS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/Option : chirurgie vasculaire
GOQUEL Philippe	NP03 CS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOUDOT Bernard	NP03 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MINEED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Marie	NP03 CS	+ Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTEBIEG Jacques-Eric	NRPO CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MINEE) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	30.01 Rhumatologie
WANNEDOUCHE Thierry	NRPO CS	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	32.03 Néphrologie
WAROMAN Yves	NRPO NCS	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies Infectieuses
Mme HELAS Julie	NRPO NCS	• Pôle Urgences - Réanimations Médicales / Centre d'urgence - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	46.02 Médecine Intensive-Réanimation
BRICH Blouard	NRPO NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessia	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
IZEN-HOEBER Marie-Eve	NRPO CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAILHAC Benoît	NRPO CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PBM HES et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIER Nathalie	NRPO CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MINEE) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPO NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	NRPO CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Roberteau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Roberteau	33.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPO NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MINEE) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Roman	NRPO NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINOO Michel	NRPO NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORANOW Anne-Sophie	NRPO CS	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPO CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie B - Neuro Radio-Cardio-articulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
ILHAN Pierre	NRPO CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie S)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Ermanuel	NRPO NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALARNE Laurence	NRPO CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPO NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUZEL Vincent	NRPO CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPO NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOÏ Jean-Marie	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie orthopédiculaire et Interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	NRPO CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / IBSG / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	62.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LROKER Dan	NRPO NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNAUX Philippe	NRPO NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SCS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPO NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MAM Manuel	NRPO NCS	• Pôle de Biologie - Département génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MAITIN Thierry	NRPO NCS	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Cécile	NRPO NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHILIN Grégoire	NRPO CS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Unité de Sérologie / ICANS	54.03 Gynécologie-obstétrique ; gynécologie Médicale
MAUVEUX Laurent	NRPO CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénom	CS ^a	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTTI Jean-Philippe	NRPO CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPO NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/ITM HUE	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MESTESPAUL Michel	NRPO CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPO NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPO NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au Travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option Biologique)
MEDANI Faïçal	NRPO CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolion - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSER Laurent	NRPO CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- SAT2957 Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOBEL Olivier	NRPO NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULINBRUNO	NRPO CS	• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMU - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.05 Néphrologie
MUTTER Didier	NRPO NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izine Jacques	NRPO CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NDEL Georges	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOÛL Eric	NRPO NCS	• Pôle d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mikhaël	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie IEB - Imagerie vasculaire et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	NRPO CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OULAND Annie	NRPO NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PALLARD Catherine	NRPO CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie II / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
RELACCA Thierry	NRPO NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédiologie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgence
Mme RIBRETTA Ilvana	NRPO NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
RESSAUX Patrick	NRPO CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
REIT Thierry	CS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
RIVOT Xavier	NRPO NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPO CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
RDADIGNAC Alain	NRPO NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNEE) - Service de Médecine Interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
ROUET François	NRPO CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Dr RAUL Jean-Sébastien	NRPO CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REBOND Jean-Marie	NRPO NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatito-Gastro-entérologie et d'Assistance Nutritionnelle / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Dr RICO Roméo	NRPO NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / ICMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Gergely	NRPO CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAN Benoît	NRPO NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPO NCS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPO CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie IEB - Imagerie vasculaire et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (opt. clinique)
SANJES Nicolas	NRPO NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de gynécologie-obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Option : gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Amaud	NP0 NCS	• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NP0 NCS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	NP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NP0 CS	• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen	NP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie , Addictologie
SCHULTZ Philippe	NP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CE TO - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-entérologie et d'Assistance Nutritionnelle	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NP0 NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MINRED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CE TO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VELLON Francis	NP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, OUL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NP0 NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MINRED) - Service de Médecine interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre	NP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de psychiatrie d'Urgences, de Raison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGES Thomas	NP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Roberteau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NP0 CS	• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine interne
WOLF Philippe	NP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multi-organes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM : Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Csp : Chef de service par intérim - Csp : Chef de service provisoire (unari)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P0 : Pôle NP0 (Responsable de Pôle) ou NNP0 (Non Responsable de Pôle)

CONS. : Consultation hospitalière (poursuite des fonctions hospitalières sans chef/ère de service)

DIR : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NP0 CS	• Pôle spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZEL François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICAMS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYMÉ-DETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BERTHIAUME Ilies		• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLOYDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICAMS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUGIES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et Imagerie moléculaire / ICAMS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERLINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / IGIMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - USG237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolion - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme COBDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-ITA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DAU-YOUCEF Ahmed Nestim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies Infectieuses
DELORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINELACRER Vera		• Pôle Tête et Cou - CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOUÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGIMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETO - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	49.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILUSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTHER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / DMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARBAN-RÄSTEL Laura		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique Fonctionnelle et cancer / ISBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRÄNY-SACCH Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / CIRMneau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAWAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECONTRE Lisa		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENGRIMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	53.03 Dermato-Vénérologie
LHESMETTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.09 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GENTHEIL	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantaire / CMCO Schlinghe Int.	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Aline		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOUBRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
RENCHEAUX Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DEFAÏ Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'imagerie - Unité de Neuroendocrinologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RICHU Marlaine		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
BOGHE Patrick (cf. A2)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SARDU Aline		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHNEIDERER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénom	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLÉ Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	10.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-BIEBOU Emeline		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	14.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / OMCO Schiltigheim	34.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VAILLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VEYAT-RESCY Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac.	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Aline ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Haute-pierre	34.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monocapportant)

Pr BONNI Christian P0166	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	-----	---

B3 – MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monocapportant)

Mme CHABRIAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Équipe IMZ / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENBERG Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Équipe IMZ / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Équipe IMZ / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES COÛILLI	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianne	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - VAMMOON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaires)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - DANON Jean-Marie (Psychiatrie)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2023 au 31 août 2024)**
 - DANON Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DEMURGON Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOC Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc ONI-01 RCAO

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Dr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Dr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Dr LAND Walter G.	(2019-2020)
Dr MAHE Antoine	(2019-2020)
Dr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Dr REIS Jacques	(2019-2020)
Dr e RONGIÈRES Catherine	(2019-2020)

01 - PROFESSEURS HONORAIRES

- ALBRECHT Charles (Chirurgie digestive) / 01.03.04
- ALLEN Louis (Orthopédie et Traumatologie) / 01.05.03
- AMMANN Jean (Anatomie Fonctionnelle et Anatomie) / 01.05.25
- AMMANN Pierre (Cardiologie) / 01.05.17
- ANDRIENKO Albert (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.05
- ANDRIENKO Boris (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.11
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste) / 01.05.16
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste) / 01.05.17
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.18
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.19
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.20
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.21
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.22
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.23
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.24
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.25
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.26
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.27
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.28
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.29
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.30
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.31
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.32
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.33
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.34
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.35
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.36
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.37
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.38
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.39
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.40
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.41
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.42
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.43
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.44
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.45
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.46
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.47
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.48
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.49
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.50
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.51
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.52
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.53
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.54
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.55
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.56
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.57
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.58
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.59
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.60
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.61
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.62
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.63
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.64
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.65
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.66
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.67
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.68
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.69
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.70
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.71
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.72
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.73
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.74
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.75
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.76
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.77
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.78
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.79
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.80
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.81
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.82
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.83
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.84
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.85
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.86
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.87
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.88
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.89
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.90
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.91
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.92
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.93
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.94
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.95
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.96
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.97
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.98
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.05.99
- ANDRIENKO Leonida (Généraliste Pédiatrique) / 01.06.00

Légende des adresses :

UMC - Faculté de Médecine, 8, rue Princesse - F - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.22.20.20 - Fax : 03.88.95.31.38 ou 03.88.25.24.57

UMC - Centre de Recherche en Santé Publique

- **UMC - Service Hospitalier** : 1, place de l'Albatros - BP 600 - F - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.69.07.68
- **UMC - Service Hospitalier** : 1, place de l'Albatros - B.P. 600 - F - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.69.07.68
- **UMC - Service Hospitalier** : 1, place de l'Albatros - B.P. 600 - F - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.69.07.68
- **UMC - Service Hospitalier** : 1, place de l'Albatros - B.P. 600 - F - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.69.07.68
- **UMC - Service Hospitalier** : 1, place de l'Albatros - B.P. 600 - F - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.69.07.68

UMC - Centre de Recherche en Santé Publique - 13, rue Cassini - 67083 Strasbourg - Tél. : 03.88.13.87.69

UMC - Centre de Recherche en Santé Publique - 17, rue Robert Schuman - 67083 Strasbourg - Tél. : 03.88.70.97.97

UMC - Centre de Recherche en Santé Publique - 18, rue Louis Pasteur - BP 100 - 67083 Strasbourg - Tél. : 03.88.69.07.68

UMC - Centre de Recherche en Santé Publique - 19, rue Louis Pasteur - BP 100 - 67083 Strasbourg - Tél. : 03.88.69.07.68

UMC - Centre de Recherche en Santé Publique - 20, rue Louis Pasteur - BP 100 - 67083 Strasbourg - Tél. : 03.88.69.07.68

UMC - Centre de Recherche en Santé Publique - 21, rue Louis Pasteur - BP 100 - 67083 Strasbourg - Tél. : 03.88.69.07.68

UMC - Centre de Recherche en Santé Publique - 22, rue Louis Pasteur - BP 100 - 67083 Strasbourg - Tél. : 03.88.69.07.68

**RESPONSABLE DE LA BIEN INTÉRÊTE DE MÉDECINE ET D'ONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier BIVE, Conservateur

**LA FACULTE A ARRÊTÉ QUE LES OPINIENS ÉMISSES DANS LES DISCUSSIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

MEMBRES DU JURY

Président : Professeur VOGEL Thomas

Directeur : Docteur BOUSSUGE Alexandre

Membre du jury : Professeur SCHULTZ Philippe

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers
condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-
dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui
s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne
servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à
leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à
mes promesses.*

*Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes
confrères si j'y manque.*

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Au président du Jury, Monsieur le Professeur VOGEL Thomas

Merci pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse et de juger mon travail. Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur BOUSSUGE Alexandre

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour ton attention, ta disponibilité et pour l'ensemble des précieux conseils prodigués tout au long de ce travail. En espérant que ce travail soit à la hauteur de ta confiance. Un grand merci.

À Monsieur le Professeur SCHULTZ Philippe

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

À toutes les personnes que j'ai rencontré durant mes 9 années d'études

À toute l'équipe des urgences de Haguenau avec qui j'ai vécu mon premier jour d'internat en novembre 2018 mais également mon dernier jour d'internat fin octobre 2021.

Ce passage aux urgences restera un des stages les plus difficiles, mais également un des meilleurs souvenir de mes années d'internat grâce à cette superbe équipe médicale et paramédicale.

À tous les médecins généralistes qui ont confirmé mon choix de m'orienter vers ce métier. Merci de m'avoir transmis votre expérience, vos connaissances et surtout votre passion pour ce merveilleux métier.

Merci au Dr Moutier, au Dr Gari, au Dr Roos-Bernard, au Dr Stefani, au Dr Dumas et au Dr Sitter.

Un merci tout particulier aux membres du service du SSR4 du pavillon Schutzenberger de l'hôpital de la Robertsau, notamment au Professeur Vogel et au Docteur Calabrese.

Moi qui voue une affection toute particulière aux personnes âgées depuis ma plus tendre enfance, j'ai bien évidemment adoré ce stage malgré qu'il ait été entaché par cette pandémie. Merci à tous pour votre bonne humeur et vos sourires visibles derrière les masques.

Au service de maternité et gynécologie du centre hospitalier de Wissembourg où je me suis surprise à apprécier accompagner le Docteur Ackermann lors des opérations chirurgicales.

À mes tuteurs et mon groupe de tutorat

Éloïse, Manon, Margot, Marine, Lucien, Tristan, Delphine, Francis, Philippe, Mélanie et Carine.

Merci pour ces retours d'expériences et ces moments de rire durant les séances de tutorat.

*À ma famille**À mes parents*

Un grand merci pour votre soutien sans faille durant toutes ces années. Merci d'avoir fait tout votre possible pour rendre ces études un petit peu moins difficiles. Grâce à vous, j'ai pu m'investir pleinement dans mon travail. Sans vous, je n'aurais pas pu réaliser ce rêve. Merci d'être des parents si géniaux et si impliqués. Je vous aime.

À ma sœur jumelle, Manon

Je ne compte pas le nombre d'heures que nous avons passé dans nos chambres à réviser, à essayer de comprendre à deux, à faire des fiches, des fiches et encore des fiches ... Et ce fameux jour de Noël en première année à apprendre le cycle de Krebs ... Heureusement que tu étais là !

Tu as su me motiver quand j'avais envie de tout abandonner, tu as su me tirer vers le haut. La meilleure de sœurs.

Et merci d'avoir fait de moi la marraine de ta merveilleuse petite fille, Jade.

À mamie Andrée et papi Antoine

Merci de m'avoir soutenue tout au long de ces années. C'était toujours un grand bol d'air de venir vous voir. Je suis fière d'avoir des grands-parents comme vous.

À mamie Solange et papi Jean

Merci d'avoir toujours cru en moi de là-haut. J'espère que vous êtes fiers de moi.

D'ailleurs papi, j'utilise encore le stéthoscope que tu m'avais acheté lorsque j'avais réussi ma première année de médecine !

À Maxime

Mon chéri, tu es à mes côtés depuis 2012, je n'avais même pas encore commencé mes études ! Merci d'avoir été là, de m'avoir soutenue. Je sais que certains moments ont été difficiles pour toi mais je suis fière de voir où nous en sommes aujourd'hui. J'ai hâte de voir ce que ces prochaines années nous réservent. Je t'aime.

Un grand merci également à ma belle-famille, *Didier, Betty et Amaury* pour votre soutien durant toutes ces années.

À ma fille, Chloé

Merci d'illuminer ma vie et celle de ton papa depuis le 4 juin 2022. Tu es une énorme source de motivation. Merci pour tout le bonheur que tu nous apportes, pour tes premiers sourires et tes progrès quotidiens.

À mes taties, tontons, cousins et cousines

Malgré tous ces sacrifices, tous ces repas de famille loupés, j'étais si heureuse de vous retrouver. Je me sens chanceuse d'avoir une famille aussi géniale que la nôtre. Hâte de continuer à faire la fête, manger une tarte, se faire des weekends dans des chalets, danser et chanter !
Petite attention particulière pour notre plus belle étoile, Lola, qui prend soin de ses cousines de là-haut. *Merci Lola.*

À mes amies

À Zoé

Merci de m'avoir toujours soutenue durant toutes ces années. Merci pour ta bonne humeur, tes bons conseils, tes indénombrables boulettes, tes incrustes partout et à n'importe quel moment ! Tu es une super tatie pour Chloé.

À Charlotte

Bon, je crois que nous avons pas mal évolué depuis que nous faisons du jardinage pour le TPE du lycée ! Mais ce n'est pas plus mal ! Merci d'avoir toujours été là depuis les années collège.

À Éloïse

Une première rencontre sur les bancs de la faculté de médecine puis des stages communs, des sorties, des randonnées, des week-ends, des soirées jeux et pleins d'autres souvenirs ! Merci pour tous ces bons moments et hâte d'en vivre d'autres.

À Mélanie,

Toujours présente à mes côtés depuis toutes ces années. Merci !

À Julie,

Merci d'avoir été présente durant ces années et d'être toujours là si besoin.

Merci à toutes les autres personnes non citées qui ont pu croiser mon chemin, de loin ou de près et qui ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.

Table des matières

Liste des figures	21
Liste des tableaux	23
Liste des abréviations.....	24
I) INTRODUCTION.....	25
1. La déglutition normale	25
2. Les troubles de la déglutition	27
2.1 Les définitions	27
2.2 La prévalence.....	28
3. Les étiologies	29
3.1 Les pathologies neurologiques et neuromusculaires	29
3.2 Les pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL).....	30
3.3 Les pathologies œsophagiennes	31
3.4 Les médicaments.....	32
3.5 La presbyphagie.....	33
4. Les symptômes évocateurs	34
5. Les complications.....	35
5.1 La dénutrition et la déshydratation.....	35
5.2 La pneumopathie d'aspiration.....	35
5.3 L'isolement de la personne âgée	36
6. Le diagnostic	37
6.1 L'interrogatoire et l'examen clinique.....	37
6.2 Les examens complémentaires : diagnostic positif et étiologique	38
6.3 Les examens complémentaires : recherche des complications.....	40
7. La prise en charge thérapeutique	40
7.1 Les traitements étiologiques	41
7.2 Les mesures locales	41
7.3 Les ajustements posturaux	41
7.4 Les aides techniques	43
7.5 Les adaptations des textures alimentaires	43
7.6 Les manœuvres compensatoires.....	43
7.7 La nutrition entérale ou parentérale	44
8. Le rôle du médecin généraliste	44
8.1 Un rôle de dépistage et de prévention	44
8.2 Une patientèle âgée	44
8.3 L'intérêt de l'étude.....	45
II) MATERIEL ET METHODE	46
1. Le type d'étude	46
2. La période et la population étudiée.....	46
3. Le recueil des données	47
4. L'analyse statistique	48
III) RESULTATS.....	49
1. Les caractéristiques de l'échantillon.....	49
2. Les caractéristiques de la patientèle	51

3.	La fréquence du repérage des troubles de la déglutition des personnes âgées de plus de 65 ans par les médecins généralistes de la région Grand-Est.....	53
4.	Les pathologies et symptômes favorisant le repérage des troubles de la déglutition	55
5.	Les professionnels ou personnes susceptibles de dépister les troubles de la déglutition chez les patients de plus de 65 ans.....	57
6.	Les examens complémentaires.....	58
7.	Les professionnels impliqués dans la prise en charge thérapeutique.....	60
8.	Les conseils aux patients	61
IV)	DISCUSSION	64
1.	La durée de l'étude	64
2.	Les caractéristiques de l'échantillon.....	64
3.	Discussion des principaux résultats et comparaison avec la littérature.....	67
3.1	Le dépistage des troubles de la déglutition par les médecins généralistes	67
3.2	Les pathologies et symptômes favorisant le repérage des troubles de la déglutition	68
3.3	Les professionnels ou personnes susceptibles de dépister les troubles de la déglutition chez les patients de plus de 65 ans	69
3.4	Les examens complémentaires.....	70
3.5	Les professionnels impliqués dans la prise en charge thérapeutique	72
3.6	Les conseils aux patients.....	74
4.	Les forces de l'étude.....	76
5.	Les limites de l'étude	77
V)	CONCLUSION	80
VI)	ANNEXES	81
	BIBLIOGRAPHIE.....	92

Liste des figures

<i>Figure 1 : Les trois étapes de la déglutition normale</i>	25
<i>Figure 2 : Fausses routes en fonction du moment de la déglutition (Ott & Pikna, 1993)</i>	27
<i>Figure 3 : Favoriser l'antéflexion de la tête lors des repas</i>	42
<i>Figure 4 : Position de l'aidant lors des repas</i>	42
<i>Figure 5 : Répartition des âges des médecins ayant répondu au questionnaire</i>	49
<i>Figure 6 : Mode d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire</i>	50
<i>Figure 7 : Proportion de patients de plus de 65 ans dans la patientèle des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire</i>	51
<i>Figure 8 : Fréquence de consultations avec des patients souffrant de troubles de la déglutition selon les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire</i>	52
<i>Figure 9 : Dépistage des troubles de la déglutition selon les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire</i>	53
<i>Figure 10 : Pathologies favorisant le dépistage par les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire</i>	55
<i>Figure 11 : Symptômes favorisant le dépistage par les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire</i>	56
<i>Figure 12 : Personnes susceptibles de repérer les troubles de la déglutition des personnes âgées de plus de 65 ans selon les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire</i>	57
<i>Figure 13 : Répartition des bilans étiologiques à réaliser dans le cadre de troubles de la déglutition présumés œsophagiens chez des patients de plus de 65 ans selon les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire</i>	59

Figure 14 : Répartition des bilans étiologiques à réaliser dans le cadre de troubles de la déglutition présumés ORL chez des patients de plus de 65 ans selon les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire 60

Figure 15 : Répartition des avis des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sur la posture adaptée lors de la prise des repas des patients de plus de 65 ans ayant des troubles de la déglutition61

Figure 16 : Répartition des avis des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sur les ustensiles de cuisine à utiliser par les patients de plus de 65 ans ayant des troubles de la déglutition..... 62

Figure 17 : Répartition des avis des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sur les textures alimentaires à utiliser par les patients de plus de 65 ans ayant des troubles de la déglutition 63

Figure 18 : Zonage conventionnel des médecins généralistes de la région Grand-Est66

Figure 19 : Zonage des orthophonistes de la région Grand-Est72

Liste des tableaux

Tableau 1 : Effectifs et proportions des médecins qui pensent à dépister les troubles de la déglutition chez les personnes âgées de plus de 65 ans, en fonction de la fréquence déclarée de ces troubles dans leur patientèle 54

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HAD	Hospitalisation A Domicile
HPV	Human Papilloma Virus
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
OEGD	Endoscopie Oeso-gastro-duodénale
ORL	Oto-rhino-laryngologique
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSO	Sphincter Supérieur de l'Œsophage
TOGD	Transit Oeso-gastro-duodéal
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VFS	Vidéo fluoroscopie
ZAC	Zone d'Action Complémentaire

I) INTRODUCTION

1. La déglutition normale

Un être humain déglutit environ 1000 fois par jour (1). La déglutition des aliments est associée à une protection des voies aériennes. La déglutition peut être décomposée en trois étapes, la phase orale, la phase pharyngée et la phase œsophagienne. La première phase orale, se décompose elle-même en phase préparatoire puis en propulsion du bol alimentaire. La phase préparatoire permet de façonner le bol alimentaire grâce à la mastication et à la salivation. Cette phase est volontaire. Une fois le bol alimentaire prêt, la langue permet sa propulsion d'avant vers l'arrière en exerçant une pression contre le palais. Lorsque le bol alimentaire atteint les piliers du voile du palais, le réflexe de déglutition est déclenché et la phase pharyngée débute. Le voile du palais se relève pour fermer les fosses nasales et la langue appuie sur le palais pour éviter la sortie des aliments par la bouche. Pour une déglutition sécurisée, des mécanismes de protection des voies aériennes se mettent en place. Le larynx s'élève, l'épiglotte s'abaisse sur l'entrée du larynx et les cordes vocales se ferment. Le sphincter supérieur de l'œsophage s'ouvre et le bol alimentaire transite vers l'estomac via le péristaltisme œsophagien, cela correspond à la phase œsophagienne de la déglutition (2).

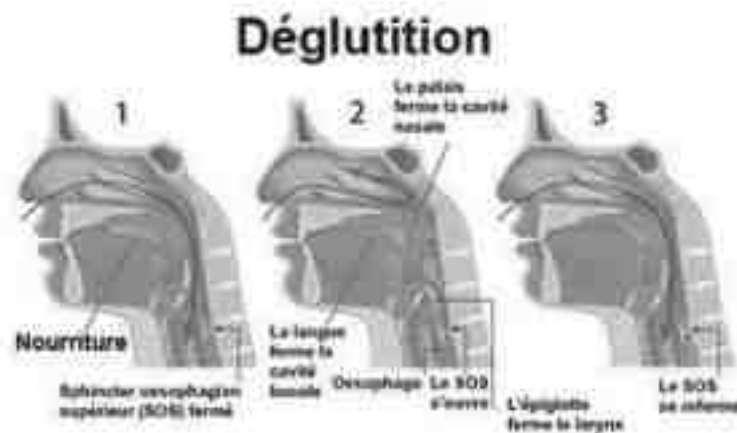


Figure 1 : Les trois étapes de la déglutition normale (1 : phase orale, 2 : phase pharyngée, 3 : phase œsophagienne) (3)

La déglutition normale nécessite, en plus de l'intégrité de multiples structures anatomiques, l'intégrité des voies nerveuses.

Au cours de la déglutition, des structures appartenant au système nerveux central sont impliquées, notamment le cortex cérébral frontal pour le contrôle volontaire de la déglutition et le tronc cérébral qui joue un rôle dans l'arc réflexe de la déglutition.

Le centre de la déglutition est situé au niveau du bulbe du tronc cérébral. Ce centre comprend une région dorsale organisatrice qui correspond au noyau du faisceau solitaire impliqué dans les afférences sensorielles et sensitives et une zone effectrice ventrale qui correspond au noyau ambigu. A ce niveau, de multiples connexions existent entre le centre de la déglutition, de la phonation et de la respiration permettant d'obtenir une coordination entre toutes ces fonctions. Les afférences sensitives correspondent au nerf trijumeau (V) pour les joues, les lèvres, les deux-tiers antérieurs de la langue, le nerf vague (X) pour le larynx, le nerf glosso-pharyngien (IX) pour le voile du palais, le pharynx et le tiers postérieur de la langue. La part sensorielle est composée de la corde du tympan du nerf facial (VII) pour les deux tiers antérieurs de la langue et le nerf glosso-pharyngien (IX) pour le tiers postérieur.

Les efférences motrices correspondent au nerf trijumeau (V) pour les muscles masticateurs, le nerf facial (VII) pour les lèvres, les joues et les muscles de la face, le nerf hypoglosse (XII) pour la langue, le nerf glosso-pharyngien (IX), le nerf vague (X) et le nerf accessoire (XI) pour le voile du palais, le larynx et le pharynx.

Il existe également une part végétative via les noyaux salivaires supérieurs et inférieurs. Ces noyaux interviennent lors de la salivation par l'intermédiaire de la corde du tympan (V et VII bis) et les branches du nerf glosso-pharyngien (IX) (4,5).

2. Les troubles de la déglutition

2.1 Les définitions

La dysphagie correspond à une difficulté à avaler des aliments liquides et/ou solides.

Il existe deux types de dysphagies, la dysphagie oro-pharyngée et la dysphagie œsophagienne.

2.1.1 La dysphagie oro-pharyngée

Lors d'une dysphagie oro-pharyngée, les patients éprouvent une difficulté à assurer la progression des aliments de la cavité buccale vers la région supérieure de l'œsophage. Ils évoquent généralement une difficulté à initier la déglutition, une sensation de blocage au niveau pharyngé, une odynophagie, des régurgitations ou des fausses routes (6). Les fausses routes correspondent au passage du bol alimentaire dans les voies aériennes inférieures par défaut de protection de celles-ci. Deux termes plus précis sont utilisés. La pénétration du bol alimentaire correspond à l'entrée dans le larynx mais sans dépasser les cordes vocales. L'aspiration correspond au passage du bol alimentaire à travers les cordes vocales vers les voies respiratoires inférieures (5). On distingue les fausses routes précédant la déglutition par défaillance du réflexe de déglutition, les fausses routes pendant la déglutition par défaillance des structures de protection du larynx et les fausses routes après la déglutition par débordement d'une stase pharyngée dans les voies aériennes. La stase du bol alimentaire peut être secondaire à une absence de propulsion du bol alimentaire au niveau pharyngé et/ou à un défaut de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage (7).

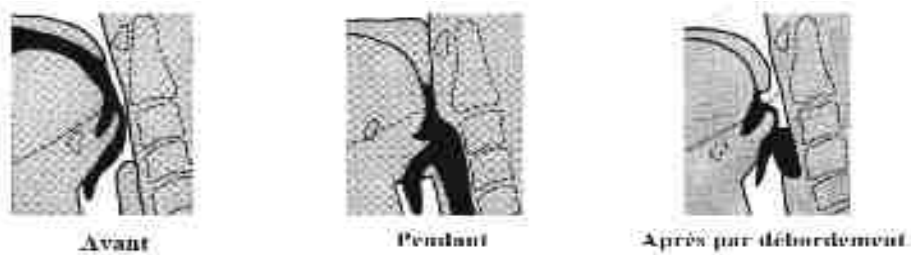


Figure 2 : Fausses routes en fonction du moment de la déglutition (8)

2.1.2 La dysphagie œsophagienne

La dysphagie œsophagienne correspond à une difficulté de progression du bol alimentaire du sphincter supérieur de l'œsophage à l'estomac. Les patients peuvent éprouver une sensation de blocage au niveau de la région rétrosternale. On distingue également les dysphagies œsophagiennes lésionnelles dues à une lésion organique et les dysphagies œsophagiennes fonctionnelles dues à un trouble moteur (9).

2.2 La prévalence

La prévalence des troubles de la déglutition chez la personne âgée est difficile à évaluer et varie selon le type d'étude et le type de méthode utilisées (10). Selon deux études américaines, réalisées à l'aide d'auto-questionnaires, la prévalence des troubles de la déglutition chez les personnes âgées de plus de 65 ans variait entre 13 % et 15 % (11,12). Cette prévalence augmentait chez les personnes hospitalisées. Elle variait entre 51 % en service de soins de longue durée dans une étude taïwanaise et 73 % chez des patients de plus de 75 ans hospitalisés en court séjour gériatrique aux États-Unis (13,14).

Selon *Petersack et al*, la dysphagie peut être considérée comme un syndrome gériatrique car sa fréquence augmente lorsque l'âge des personnes augmente, a un retentissement sur la qualité de vie et est souvent d'origine multifactorielle (15).

3. Les étiologies

3.1 Les pathologies neurologiques et neuromusculaires

L'intégrité du système nerveux est nécessaire au bon fonctionnement de la déglutition, notamment de la phase oro-pharyngée. Les causes neurologiques peuvent être centrales ou périphériques.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est responsable de 40 à 70 % des troubles de la déglutition (16,17).

Les troubles de la déglutition sont présents en cas d'atteinte du tronc cérébral, notamment des nerfs crâniens impliqués dans la déglutition (V, VII, IX, X, XI, XII) ou en cas d'atteinte des aires corticales. Les traumatismes crâniens, les tumeurs cérébrales, la sclérose en plaques ou les causes infectieuses telles que la méningite ou l'encéphalite peuvent également entraîner des troubles de la déglutition. L'ensemble des pathologies responsables d'un syndrome extrapyramidal peuvent être en cause. C'est le cas notamment de la maladie de Parkinson et des autres causes de syndromes parkinsoniens (1). Chez les patients souffrant de maladie de Parkinson, il existe une akinésie/bradykinésie/hypokinésie entraînant des difficultés lors de la mastication, une perte du réflexe de déglutition et une perte d'étanchéité des lèvres et du voile du palais (18).

Lors de troubles neurocognitifs majeurs à un stade avancé, une altération des différentes phases de la déglutition peut être visible (1). Selon une étude réalisée en 2015, environ 75 % des patients atteints de maladie d'Alzheimer se sont révélés dysphagiques (19). Les patients souffrants de troubles neurocognitifs majeurs à un stade avancé peuvent présenter des troubles praxiques ainsi que des troubles des fonctions exécutives altérant la fonction de déglutition.

Ceci peut entraîner un mauvais contrôle bucco-lingual, une perte des mouvements automatiques, une difficulté à exécuter des mouvements volontaires, une disparition de la mastication ou la perte du réflexe de déglutition. Les troubles de l'attention et de la concentration majorent également le risque de fausses routes. L'alimentation assurée par une tierce personne est un facteur de risque supplémentaire d'inhalation (1,20).

Une atteinte directe des nerfs crâniens ayant un rôle dans la déglutition peut compromettre celle-ci. La paralysie du nerf vague (X), impliqué dans la déglutition, entraîne une immobilité laryngée unilatérale, une stase salivaire dans le sinus piriforme homolatéral, un signe du rideau et un trouble de la sensibilité homolatérale. L'atteinte nerveuse peut être la conséquence de tumeurs (neurinome, métastases), de neuropathies périphériques ou d'atteintes traumatiques. Le syndrome de Guillain-Barré est une étiologie neurologique périphérique potentiellement à risque de fausses routes. La myasthénie par atteinte de la jonction neuro-musculaire ou les myopathies par atteinte musculaire directe sont potentiellement responsables de troubles de la déglutition (1,21).

3.2 Les pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL)

Les tumeurs ORL sont des causes importantes de dysphagie par obstacle des voies aérodigestives, par diminution de la mobilité des structures impliquées dans la déglutition ou par des lésions nerveuses induites par envahissement ou compression. L'homme est touché dans 95 % des cas avec un âge moyen entre 45 et 70 ans. La majorité des cancers des voies aérodigestives sont dus à l'association du tabac et de l'alcool. Il s'agit généralement de carcinomes épidermoïdes. Néanmoins, l'infection à papillomavirus (HPV) est impliquée dans les cancers de l'oropharynx (22).

Des compressions extrinsèques du carrefour aérodigestif par des adénopathies, par la glande thyroïde ou par des lésions médiastinales hautes sont également responsables de dysphagie oro-pharyngée (1).

Les troubles de la déglutition peuvent être secondaires à une intervention thérapeutique notamment dans le cadre des cancers des voies aérodigestives supérieures (chirurgie ou radiothérapie). Par exemple, l'exérèse d'une partie de la langue ou glossectomie peut altérer la propulsion du bol alimentaire lors de la première étape de la déglutition. La radiothérapie peut quant à elle entraîner une hyposialie, une restriction de la mobilité de la langue et de l'os hyoïde par fibrose musculaire et cutanée, des mucites ou une agueusie (23).

L'intubation ou la trachéotomie peuvent également causer des lésions anatomiques ou nerveuses altérant les capacités de déglutition (1).

La dysphagie oro-pharyngée douloureuse est en règle générale due à une étiologie locorégionale. L'examen clinique notamment ORL permet le plus souvent de poser un diagnostic. C'est le cas notamment des infections telles que les pharyngites ou les angines, les adénopathies douloureuses, les goitres, les tumeurs de la glande thyroïde ou des glandes salivaires, les ingestions de caustiques ou les corps étrangers (24).

3.3 Les pathologies œsophagiennes

Certaines pathologies touchant le sphincter supérieur de l'œsophage peuvent être responsables de dysphagies hautes, oro-pharyngées, avec risque de fausses routes. Le diverticule de Zenker correspond à une hernie de la muqueuse œsophagienne à travers la paroi musculaire située à la jonction entre le pharynx et l'œsophage. Il touche principalement l'homme de plus de 70 ans. Il est responsable de dysphagie avec amaigrissement, de régurgitation et de troubles de la déglutition avec des fausses routes (25).

L'achalasia du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) ou du crico-pharyngien est une maladie fréquente après 80 ans. Elle se traduit par une perte de capacité de relaxation du SSO et d'ouverture de la bouche de l'œsophage favorisant ainsi les fausses routes. Elle est due à une raréfaction des fibres musculaires qui sont remplacées par de la fibrose (21).

Mais, la majorité des pathologies œsophagiennes sont responsables de dysphagie basse ou œsophagienne. C'est le cas notamment des tumeurs sténosantes telles que le carcinome épidermoïde ou l'adénocarcinome de l'œsophage. Des tumeurs extrinsèques comprimant les voies digestives peuvent être responsables de dysphagie telles que des lésions ganglionnaires, bronchiques ou médiastinales. Les œsophagites, qu'elles soient caustiques, radiques, infectieuses, à éosinophiles ou peptiques peuvent être à l'origine de sténose et de dysphagie. Des troubles moteurs de l'œsophage (la maladie des spasmes diffus de l'œsophage ou l'achalasia) sont également des causes de dysphagies œsophagiennes (9).

Les dysphagies oro-pharyngées et œsophagiennes peuvent coexister notamment dans certaines maladies neurologiques ou musculaires (24).

3.4 Les médicaments

Un certain nombre de médicaments causent ou majorent les troubles de la déglutition chez la personne âgée (1). Les personnes âgées sont généralement polypathologiques et polymédiquées. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la polymédication est définie comme « *l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments* (26). Selon Jorgensen, la polymédication débute à partir d'un seuil de 5 médicaments (27). Ce seuil de 5 se justifie par une croissance linéaire du risque d'effets indésirables avec le nombre de médicaments (26). Certains auteurs proposent une segmentation plus détaillée de seuils pour prendre en compte le risque se majorant.

Les seuils peuvent être de « 5 à 7 » médicaments ou « 8 médicaments ou plus » par exemple (28).

Les traitements anticholinergiques (antihistaminiques, antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, antiémétiques) entraînent une xérostomie altérant la préparation du bol alimentaire. La fonction de déglutition peut également être altérée par un mécanisme de dyskinésie, de dystonie ou de syndrome extrapyramidal iatrogène notamment avec les neuroleptiques. Les traitements inhalés peuvent entraîner une candidose oro-pharyngée altérant la préparation du bol alimentaire. Les benzodiazépines, les antiépileptiques, les antipsychotiques ou les opiacés peuvent entraîner une dépression du système nerveux central et une altération de la vigilance. Certains traitements altèrent le sphincter œsophagien ou la muqueuse œsophagienne (antibiotiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticoïdes, bisphosphonates) (29,30).

3.5 La presbyphagie

La presbyphagie correspond au vieillissement physiologique de la fonction de déglutition. Ce n'est pas une pathologie en soit mais elle prédispose aux troubles de la déglutition.

La phase de préparation des aliments est modifiée au cours du vieillissement car les personnes âgées peuvent éprouver des difficultés à gérer les aliments dans l'assiette et à les mettre dans la cavité buccale. Le temps du repas est augmenté et les quantités alimentaires ingérées sont souvent diminuées, favorisant ainsi la fonte musculaire. La phase orale est également altérée.

Il peut exister une baisse du plaisir secondaire à une altération du goût et de l'odorat diminuant à nouveau les prises alimentaires et majorant ainsi la dénutrition. La xérostomie, l'édentation et le vieillissement de l'articulation temporo-mandibulaire compliquent la mastication des aliments. La phase pharyngée est marquée par une baisse de la sensibilité bucco-pharyngée entraînant un retard du réflexe de déglutition. La phase œsophagienne est altérée par des

anomalies de relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage et une altération du péristaltisme œsophagien (7,20).

Une étude radiologique, réalisée auprès de 56 personnes âgées (moyenne d'âge de 83 ans) sans plainte de dysphagie, a révélé que seuls 16 % d'entre elles avaient une déglutition strictement normale (31). Ceci est expliqué par le fait que, chez la personne âgée en bonne santé et autonome, les changements observés lors des différentes phases de la déglutition sont généralement compensés. Ces changements peuvent mettre la personne âgée en difficulté lors d'agressions ou de pathologies intercurrentes (32).

4. Les symptômes évocateurs

Les troubles de la déglutition peuvent rester longtemps asymptomatiques. Le diagnostic peut alors être posé lors d'une complication.

Les symptômes d'alerte de dysphagie oro-pharyngée peuvent correspondre à une odynophagie notamment dans les étiologies infectieuses ou tumorales, une gêne à la déglutition localisée au niveau cervical, un reflux d'aliments par le nez ou par la bouche, une toux lors des repas, un blocage des aliments dans la bouche, une voix « mouillée » lors des repas, un bavage, un raclement de gorge, une réduction des prises alimentaires, une modification des textures acceptées par le patient ou un allongement de la durée des repas par rapport à la durée habituelle (1,33).

La toux lors des repas est très évocatrice de fausses routes. Il s'agit d'un réflexe empêchant les aliments d'atteindre les voies aériennes inférieures. Ce réflexe de toux peut être aboli ou inefficace suite à un AVC par exemple. Dans ce cas de figure, la fausse route est silencieuse et l'apport de l'auscultation pulmonaire pour rechercher une pneumopathie d'aspiration s'avère très utile (7).

La dysphagie œsophagienne constitue une gêne à la progression des aliments. Le siège du blocage alimentaire est plus bas situé, en rétro-sternal (34).

Ces symptômes apparaissent souvent de manière progressive ou insidieuse. Les patients ne signalent que très peu l'apparition de ces troubles, en effet, selon une étude réalisée en Allemagne, en France, en Espagne et au Royaume-Uni, seuls 39 % des malades pensaient que leurs symptômes pourraient bénéficier d'un traitement. Donc seule une minorité de patients souffrant de troubles de la déglutition l'évoquaient face à un professionnel de santé (35).

5. Les complications

5.1 La dénutrition et la déshydratation

Les apports oraux insuffisants en cas de troubles de la déglutition peuvent générer une déshydratation et/ou une dénutrition. La dénutrition peut aggraver les troubles de la déglutition par atrophie des muscles impliqués dans la mastication. La déshydratation peut elle-aussi aggraver les troubles de la déglutition en majorant la xérostomie de la cavité buccale (1).

Une étude finlandaise a montré qu'en soins de longue durée, le risque de malnutrition était trois fois plus élevé en cas de troubles de la déglutition (36).

5.2 La pneumopathie d'aspiration

Les troubles de la déglutition peuvent être responsables de fausses routes et de pneumopathies d'aspiration par passage du bol alimentaire dans les voies respiratoires inférieures.

La symptomatologie varie d'un syndrome de pénétration franc avec un accès de suffocation, une toux, une dyspnée, une désaturation lors de la prise alimentaire ou un tableau moins franc

avec des pneumopathies à répétition, une fièvre récidivante inexplicée, des crépitants entendus typiquement à l'auscultation de la base pulmonaire droite ou des anomalies radiologiques inexplicées (7).

L'incidence des pneumopathies d'aspiration augmente avec l'âge. Une étude publiée dans le *Journal of the American Geriatrics Society* a déterminé que la part des pneumopathies d'aspiration chez les patients non institutionnalisés et hospitalisés pour un tableau de pneumopathie est de 10 %. Ce taux augmentait à 30 % pour les patients vivant en institution et hospitalisés pour une pneumopathie (37). Une étude réalisée par la *British Geriatrics Society* a montré que la mortalité intra-hospitalière, la mortalité à 30 jours et à 1 an des patients ayant eu une pneumonie secondaire à des troubles de la déglutition étaient significativement supérieures aux personnes ayant eu une pneumopathie sans trouble de la déglutition (38).

5.3 L'isolement de la personne âgée

La dysphagie entraîne également des conséquences sociales et psychologiques.

La même étude réalisée en France, en Allemagne, en Espagne et au Royaume-Uni a montré que les personnes âgées souffrant de troubles de la déglutition déclarent à plus de 41 % ressentir de l'anxiété ou de la panique lors des repas. Environ 36 % de ces patients âgés évitent de manger en collectivité car ils se disent gênés par leurs troubles de la déglutition (35).

6. Le diagnostic

6.1 L'interrogatoire et l'examen clinique

L'interrogatoire est le premier temps de la consultation. Il est important de recueillir des informations sur le terrain (notamment l'âge du patient), les antécédents médicaux, les antécédents chirurgicaux, les traitements en cours ainsi que le mode de vie (notamment l'intoxication alcoolo-tabagique favorisant les cancers ORL et œsophagiens). Il est également important d'évaluer les symptômes du patient (la localisation de la gêne, le mode de début, l'évolution des signes, l'électivité pour les solides plutôt en faveur d'une cause organique, l'électivité aux liquides plutôt en faveur d'une cause motrice, les signes associés). L'examen clinique requiert un examen oro-pharyngé (mobilité linguale, sensibilité, recherche d'une lésion, état bucco-dentaire), un examen cervical (adénopathie, goitre), un examen neurologique (dysarthrie, dysphonie, anomalie sensitive ou motrice) et un examen abdominal (9,24).

L'interrogatoire, l'analyse des symptômes décrits précédemment et l'examen clinique permettent de préciser l'étage des troubles : oro-pharyngé ou œsophagien.

L'examen clinique respiratoire et l'évaluation clinique de l'état d'hydratation/nutrition du patient visent à rechercher des signes de complications des troubles de la déglutition. Un contrôle régulier du poids est nécessaire (24).

En consultation, il est également possible de réaliser des tests alimentaires, notamment le « test à l'eau » qui consiste en la prise d'un verre d'eau de 90 ml devant un professionnel de santé. Ce test est considéré comme positif lorsqu'une toux est observée lors de la manœuvre ou dans la minute suivante ou lorsque la voix du patient est « mouillée ». Ce test rapide identifie 80 % des patients qui inhalent lors de l'examen par vidéofluoroscopie. Il est sensible mais peu spécifique (39). Ce test à l'eau est intégré dans le « test de capacité fonctionnelle de Guatterie ». Décrit par *M. Guatterie et V. Lozano*, ce test a pour but de déterminer le volume maximal et l'épaississement des liquides les plus adaptés pour chaque patient (40) (cf. Annexe 1).

6.2 Les examens complémentaires : diagnostic positif et étiologique

6.2.1 Les causes oro-pharyngées

Lorsqu'une cause oro-pharyngée est suspectée par l'interrogatoire et l'examen clinique, il est intéressant d'adresser le patient vers un médecin oto-rhino-laryngologue. Celui-ci pourra demander ou réaliser des examens complémentaires tels que la vidéofluoroscopie de déglutition (VFS), la nasofibroskopie, la manométrie pharyngo-œsophagienne ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) dynamique. La vidéofluoroscopie, encore appelée radiocinéma pharyngo-œsophagienne, permet une analyse dynamique des différentes phases de la déglutition. Une vidéo radiographique est enregistrée lorsque le patient avale un produit de contraste. Pour réaliser ce test, le patient doit pouvoir adopter une position assise ou debout et avoir une vigilance suffisante. Cet examen permet d'apprécier la mobilité des structures impliquées, la tonicité buccale, le péristaltisme pharyngé et la tonicité du sphincter supérieur de l'œsophage. La répétition de cet examen est limitée du fait des irradiations. De plus, elle est contre-indiquée en cas de fausses routes sévères.

La nasofibroskopie est réalisée par un médecin ORL. Elle consiste en l'exploration invasive des voies aérodigestives supérieures à l'aide d'un endoscope. C'est un examen à la fois morphologique (rhinopharynx, oropharynx, hypopharynx, larynx) et dynamique puisqu'il permet d'analyser des essais de déglutition.

La manométrie pharyngo-œsophagienne permet de déterminer les pressions dans le pharynx et dans l'œsophage lors du passage du bolus alimentaire. Elle mesure le péristaltisme pharyngé et le tonus du sphincter supérieur de l'œsophage. Cet examen invasif se justifie lorsqu'un défaut d'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage est mis en évidence à la VFS (7,30).

L'IRM dynamique de déglutition permet une meilleure analyse des tissus mous et présente l'avantage d'être non irradiante. Elle se réalise en décubitus dorsal. Seule la déglutition de salive peut être étudiée car la déglutition de bolus en décubitus dorsal est à risque majeur de

fausses routes. L'IRM est envisageable dans la majorité des cas, en particulier chez les patients présentant un cancer ORL avec des troubles sévères de la déglutition et chez qui la VFS est contre-indiquée (41).

Lorsqu'une cause neurologique est suspectée, l'avis d'un médecin neurologue peut se justifier ainsi que la réalisation d'imageries complémentaires telles qu'une imagerie cérébrale, un scanner cervico-thoracique et de la base du crâne pour rechercher des atteintes nerveuses ou un électromyogramme (20,21) .

6.2.2 Les causes œsophagiennes

Le médecin gastro-entérologue intervient lorsqu'une cause œsophagienne est suspectée.

L'examen de première intention est l'endoscopie oeso-gastro-duodénale (EOGD).

L'endoscopie est un examen invasif permettant d'étudier la muqueuse œsophagienne et de réaliser des biopsies. Les biopsies sont systématiques, même si la muqueuse œsophagienne présente un aspect macroscopique normal, pour rechercher une œsophagite à éosinophiles. Lorsqu'il existe des signes de compression extrinsèque, une écho-endoscopie ou un scanner thoracique peuvent être réalisés. En cas de sténose infranchissable par l'endoscope, un transit oeso-gastro-duodéal (TOGD) est demandé.

Lorsque l'examen endoscopique s'est révélé normal, qu'il n'y a pas de compression extrinsèque et que les biopsies muqueuses ont écarté une œsophagite à éosinophiles, une manométrie œsophagienne peut être réalisée pour rechercher un trouble moteur de l'œsophage (9).

6.3 Les examens complémentaires : recherche des complications

Il est important de surveiller l'état d'hydratation et de nutrition des patients souffrant de troubles de la déglutition. D'une part cliniquement avec la recherche de signes cliniques de déshydratation et une surveillance régulière du poids. Mais également biologiquement, avec le dosage de la pré-albumine et de l'albumine. L'examen clinique des fonctions respiratoires peut être complété par des imageries comme une radiographie du thorax ou un scanner thoracique (5).

7. La prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique du patient présentant des troubles de la déglutition nécessite la coordination de plusieurs professionnels de santé notamment les médecins (médecins généralistes et médecins d'autres spécialités), les infirmiers, les aides-soignants, les auxiliaires de vie, les diététiciens, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les psychomotriciens, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens (7).

Il existe des prises en charge spécifiques à certaines pathologies. Lorsqu'une prise en charge spécifique n'est pas réalisable ou en complément à celle-ci, des mesures générales sont proposées. Il s'agit notamment des mesures locales, des ajustements posturaux, des aides techniques, des adaptations des textures alimentaires et des manœuvres compensatoires.

Lorsque toutes ces mesures s'avèrent insuffisantes, des nutritons entérales ou parentérales peuvent être mises en place.

7.1 Les traitements étiologiques

Lorsque le bilan diagnostique identifie une étiologie, une prise en charge spécifique est nécessaire en première intention. Par exemple, une myotomie du muscle crico-pharyngien, une dilatation de la jonction pharyngo-œsophagienne ou une injection de toxine botulique peuvent être réalisées dans le cadre des dysphagies par dysfonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage (24).

7.2 Les mesures locales

Il est, dans un premier temps, important d'assurer une hygiène bucco-dentaire satisfaisante, d'adapter les prothèses dentaires et de traiter une éventuelle mycose buccale associée (1).

7.3 Les ajustements posturaux

La prise du repas nécessite une position assise ou semi-assise, associée si besoin, à une flexion antérieure de la tête permettant une protection des voies aériennes et une ouverture facilitée du sphincter supérieur de l'œsophage. Il est également nécessaire de limiter toute distraction lors des repas (discussion, télévision, radio) pour diminuer le risque de fausse route. L'aidant se place assis à la même hauteur ou légèrement sous le patient (et non debout au-dessus du patient) pour limiter le mouvement d'extension de la tête (1,5).

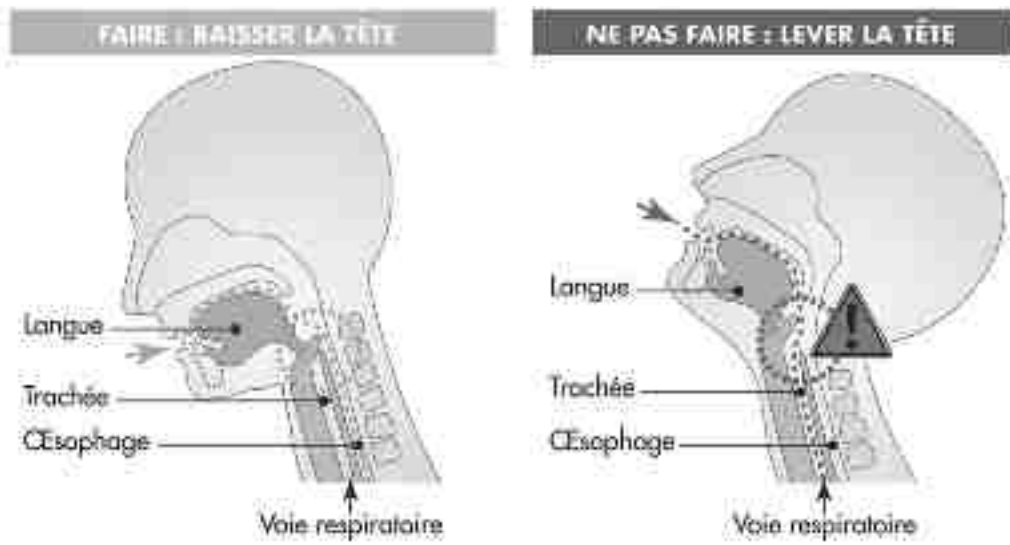


Figure 3 : Favoriser l'antéflexion de la tête lors des repas

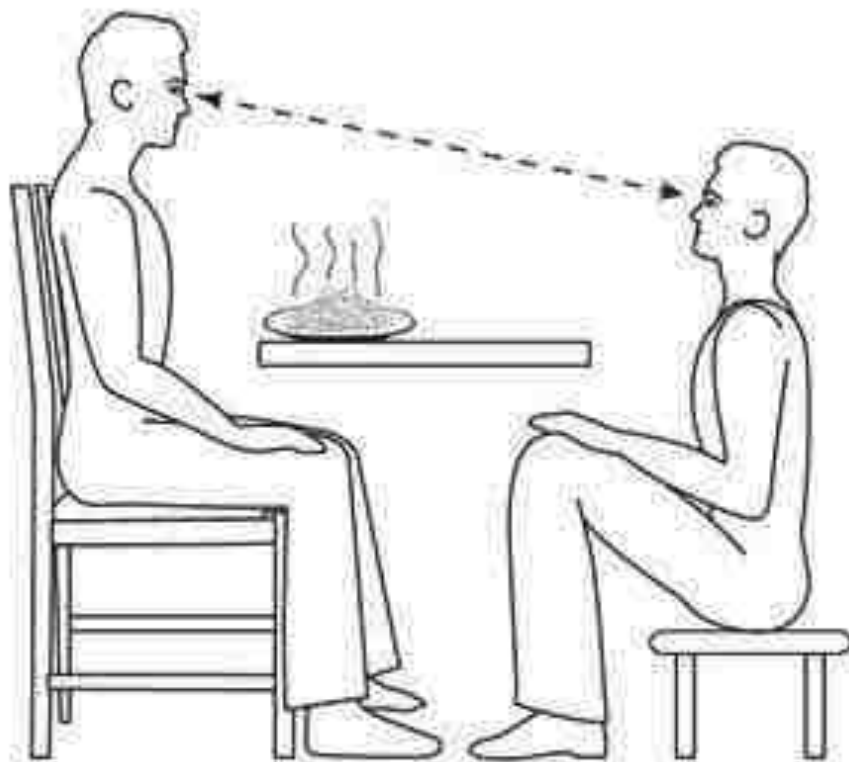


Figure 4 : Position de l'aidant lors des repas

7.4 Les aides techniques

L'ergothérapeute peut, en fonction des difficultés motrices des patients, proposer du matériel ou des aides techniques pour les repas (des couverts à gros manches, un rebord d'assiette ou un verre à encoche nasale par exemple). Le verre à encoche nasale permet la prise de boisson en maintenant une antéflexion céphalique limitant ainsi le risque de fausses routes (5).

7.5 Les adaptations des textures alimentaires

Il est nécessaire de proposer de petites bouchées et d'adapter la texture des aliments (coupés finement, moulinés, mixés) pour obtenir une texture homogène. Les aliments froids ou chauds, épicés ou encore acides stimulent la déglutition et limitent les fausses routes. Un ajout de crème ou de beurre peut être nécessaire pour enrichir les repas et pour créer des préparations plus onctueuses. Les aliments solides dispersibles tels que les biscottes, les biscuits secs ou la semoule ainsi que les aliments filandreux sont à risque majeur de fausses routes. L'eau pétillante ou gélifiée permettent quant à elles de limiter le risque de fausse route aux liquides. Le diététicien joue un rôle important dans l'adaptation des textures alimentaires et la surveillance des apports nutritionnels des patients (1,5,7).

7.6 Les manœuvres compensatoires

L'apprentissage des manœuvres compensatoires réside dans la prise en charge orthophonique des troubles de la déglutition. La fermeture précoce consiste au blocage de la respiration en fermant les cordes vocales avant la déglutition et une fois le temps buccal terminé. L'adduction volontaire des cordes vocales permet de compenser la fermeture glottique déficitaire. La déglutition d'effort consiste à demander au patient d'exercer une forte pression sur les muscles de la bouche et du cou lors de la déglutition permettant une augmentation de la pression pharyngée et une diminution des résidus valléculaires. La propulsion du bol alimentaire est

également plus efficace. D'autres techniques peuvent être enseignées aux patients à risque de fausses routes. Un état cognitif compatible à l'apprentissage de ces manœuvres est nécessaire (42).

7.7 La nutrition entérale ou parentérale

Devant une pathologie évolutive pour laquelle aucune prise en charge spécifique n'est possible, une nutrition entérale (sonde nasogastrique ou gastrostomie) ou parentérale peuvent être instaurées (1).

Elles devront être précédées d'une réflexion bénéfice-risque.

8. Le rôle du médecin généraliste

8.1 Un rôle de dépistage et de prévention

Depuis la loi de 2004 portant sur la déclaration obligatoire d'un médecin traitant, celui-ci apparaît comme un maillon central du système de santé (43).

La loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009, Art. L. 4130-1, précise que le médecin généraliste doit « *contribuer à l'offre de soins en ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé* » (44).

8.2 Une patientèle âgée

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en 2017, 16,6 % de la population du Grand-Est avait entre 60 et 74 ans et 9,3 % étaient âgés de plus de 75 ans. Ce taux a augmenté depuis 2007 (12,9 % et 8 % respectivement) (45).

Compte-tenu d'une augmentation de l'espérance de vie dans la population générale, le nombre de patients âgés dans la patientèle d'un médecin généraliste devrait également augmenter et la prévalence des troubles de la déglutition suivra probablement cette tendance.

8.3 L'intérêt de l'étude

Le médecin généraliste pourrait être un acteur important du dépistage des troubles de la déglutition des personnes âgées étant donné sa position de professionnel de santé de premier recours. Ce repérage serait important, car les troubles de la déglutition sont fréquents, que les symptômes peuvent être insidieux, que les conséquences peuvent être graves et qu'une prise en charge précoce serait souhaitable.

Il n'existe que peu d'études portant sur l'implication du médecin généraliste dans le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition chez les personnes âgées vivant à domicile.

Nous avons souhaité réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région Grand-Est vis-à-vis du repérage et de la prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude est de déterminer quelle est la proportion de médecins généralistes qui dépistent les troubles de la déglutition chez leurs patients âgés de plus de 65 ans.

Et nous nous sommes également intéressés au profil des médecins repérant ou non les troubles de la déglutition, à leur pratique concernant la prise en charge et aux conseils donnés aux patients et à leur entourage.

II) MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Le type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle et descriptive à l'aide d'un auto-questionnaire.

2. La période et la population étudiée

L'étude a été réalisée entre le 2 juin 2021 et 31 août 2022.

La population interrogée était constituée des médecins inscrits à l'Ordre des Médecins en tant que médecins généralistes de la région Grand-Est (France) exerçant une activité libérale. Nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes installés seuls, en cabinet de groupe ou en maison de santé ainsi que les médecins thésés exerçant une activité de remplacement. Les médecins exerçant une autre spécialité, les internes en fin de cursus ou les médecins retraités n'ont pas été concernés.

Pour calculer le nombre de sujets nécessaires, nous avons fait l'hypothèse d'une prévalence de réponses positives à la question « Pensez-vous à dépister les troubles de la déglutition chez les patients de plus de 65 ans ? » de 50 % ; en effet, avec cette prévalence, les largeurs des intervalles de confiance étaient les plus élevées. Nous avons fait l'hypothèse qu'il n'existe aucun déséquilibre dans un sens ou dans l'autre et qu'il existait 1 chance sur 2 que les médecins pensent à dépister ces troubles. Les largeurs de chaque intervalle de confiance ont été calculées pour des nombres de réponses croissantes. Cela nous a permis de mettre en évidence qu'au-delà de 150 réponses et dans l'idéal 200 réponses, les largeurs des intervalles de confiance ne variaient plus beaucoup (cf. Annexe 2).

Le nombre de sujets nécessaires était fixé à 150 réponses minimum et 200 réponses idéalement.

3. Le recueil des données

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique sous la forme d'un lien permettant d'accéder directement aux questions hébergées sur la plate-forme FRAMAFORMS. Le questionnaire a été adressé aux médecins généralistes du Grand-Est via la mailing-list de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) du 2 juin 2021 au 28 juillet 2022. Un courrier électronique a été envoyé tous les mois. Uniquement 106 réponses ont été obtenues initialement. Devant les difficultés rencontrées pour obtenir un nombre suffisant de réponses, nous avons nous-même envoyé des mails via notre réseau interne du 28 juillet 2022 au 31 août 2022. De plus, la diffusion du questionnaire par les médecins interrogés à des confrères nous a permis d'augmenter le nombre de réponses. Nous avons ainsi obtenu les 150 réponses requises. Les réponses ont été enregistrées de manière anonyme. Une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) a été réalisée au préalable (n° 537 – 05/2021).

Le questionnaire était composé de 14 questions réparties en 5 parties.

La première partie de l'enquête concernait le profil du médecin interrogé, la deuxième partie concernait les caractéristiques de la patientèle de chaque médecin, la troisième partie concernait le repérage des troubles de la déglutition, la quatrième partie concernait les examens complémentaires et enfin la cinquième partie concernait la prise en charge des troubles de la déglutition. La majorité des questions étaient des questions fermées soit à réponse unique soit à réponses multiples. Six questions permettaient aux médecins de s'exprimer librement via des questions ouvertes (cf. Annexe 3).

Les données ont ensuite été extraites dans un fichier Excel (version 16.30).

4. L'analyse statistique

Le critère de jugement principal de notre étude étant de définir la prévalence du dépistage des troubles de la déglutition par les médecins généralistes du Grand-Est, nous avons divisé le nombre de réponses « oui » à la question « Pensez-vous à dépister des troubles de la déglutition chez les personnes âgées de plus de 65 ans ? » par l'effectif total des médecins ayant répondu au questionnaire.

L'analyse statistique a été effectuée avec l'application GMRC Shiny Stats®, proposée par le Groupe Méthode en Recherche Clinique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Les variables qualitatives nominales ou binaires ont été décrites à l'aide de statistiques usuelles à savoir les effectifs et les proportions en pourcentages. Pour le croisement entre plusieurs variables, le test paramétrique du Chi2 a été utilisé si les conditions d'application le permettaient. Si ce n'était pas le cas, le test exact de Fisher a été utilisé. Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5 %.

III) RÉSULTATS

1. Les caractéristiques de l'échantillon

Parmi notre échantillon de 150 médecins généralistes, une majorité de médecins étaient des femmes (64 %). La moitié des médecins ayant répondu au questionnaire avait moins de 40 ans, 18 % avaient entre 40 et 49 ans, 10,7 % entre 50 et 54 ans, 5,3 % entre 55 et 59 ans et enfin 16 % avaient plus de 60 ans.

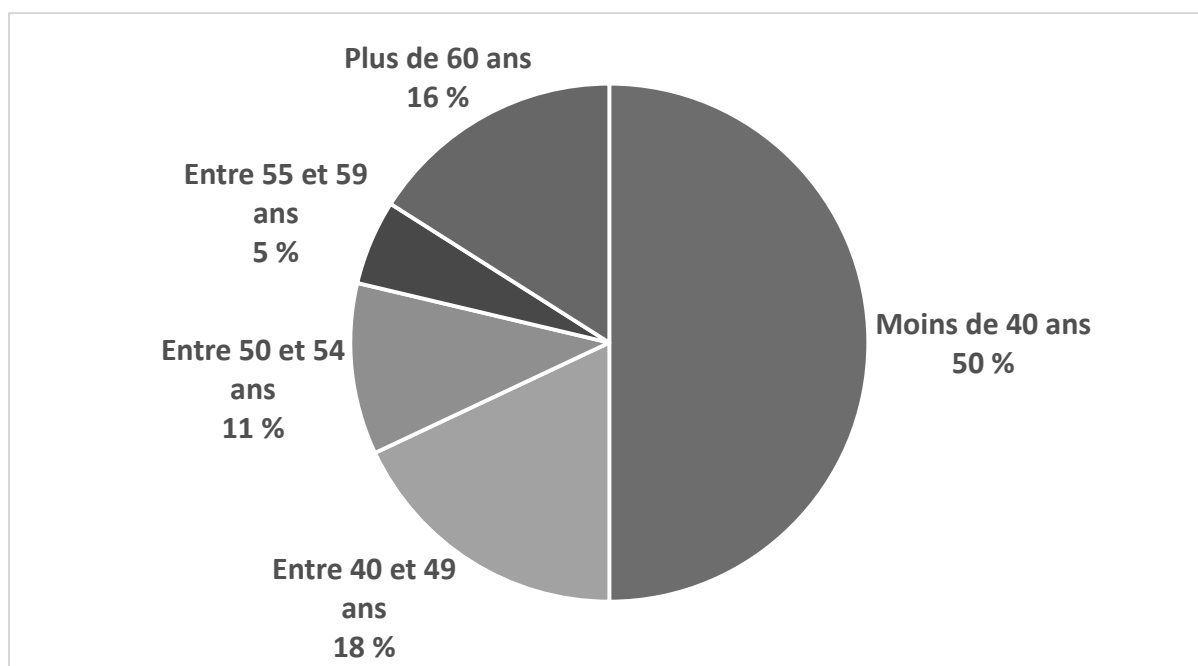


Figure 5 : Répartition des âges des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Concernant le mode d'exercice, nous avons observé que la moitié des participants (51 %) travaillait au sein d'un cabinet de groupe, la seconde moitié était composée de médecins travaillant seuls (17 %), de médecins travaillant dans une maison de santé (19 %) ou encore de médecins généralistes remplaçants (13 %).

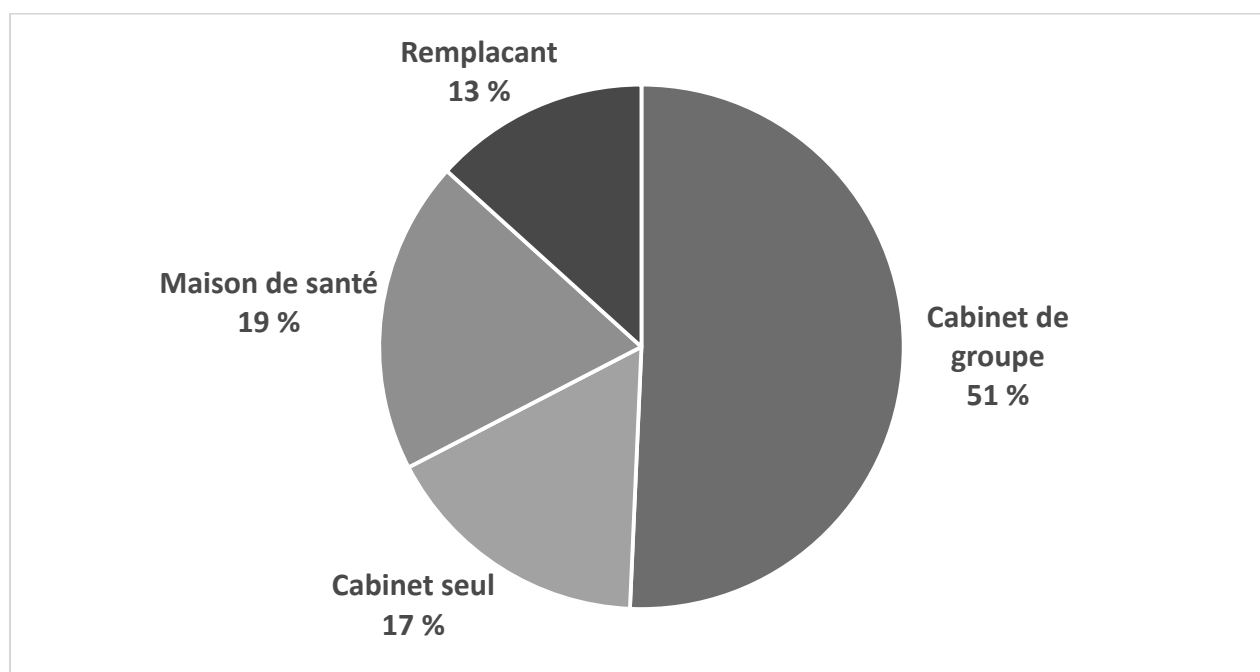


Figure 6 : Mode d'exercice des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Une majorité des médecins interrogés (83,3 %) travaillait hors zonage d'après la répartition Cartosanté (46).

2. Les caractéristiques de la patientèle

Parmi l'ensemble des médecins installés, soit 130 médecins, 19,2 % considéraient qu'ils avaient moins de 25 % de personnes âgées de plus de 65 ans dans leur patientèle, la majorité soit 59,2 % des médecins considéraient qu'ils avaient entre 25 % et 50 % de personnes de plus de 65 ans et 21,5 % pensaient avoir plus de 50 % de patients de plus de 65 ans.

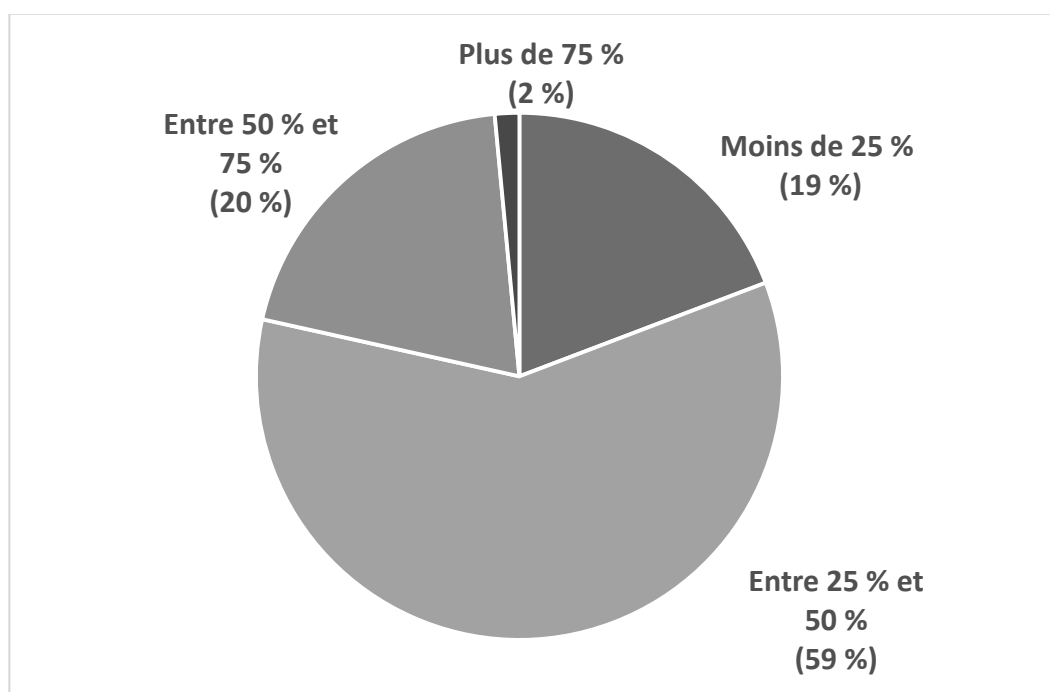


Figure 7 : Proportion de patients de plus de 65 ans dans la patientèle des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Une majorité de médecins (86,7 %) rencontreraient rarement ou occasionnellement des patients de plus de 65 ans souffrant de troubles de la déglutition.

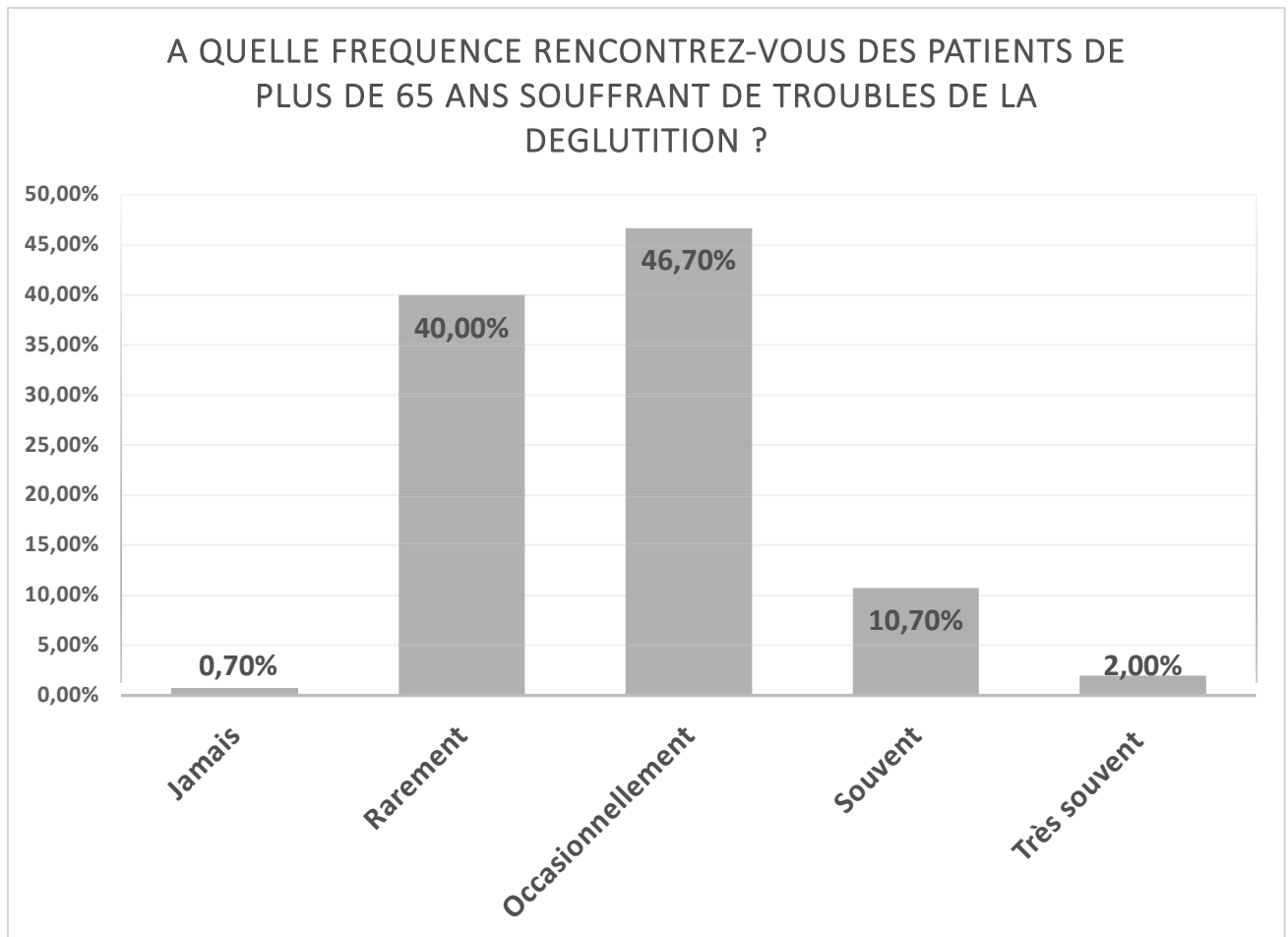


Figure 8 : Fréquence de consultations avec des patients souffrant de troubles de la déglutition selon les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

3. La fréquence du repérage des troubles de la déglutition des personnes âgées de plus de 65 ans par les médecins généralistes de la région Grand-Est

Trente-six virgule sept pour cent des médecins interrogés déclaraient penser à dépister de potentiels troubles de la déglutition chez leurs patients de plus de 65 ans.

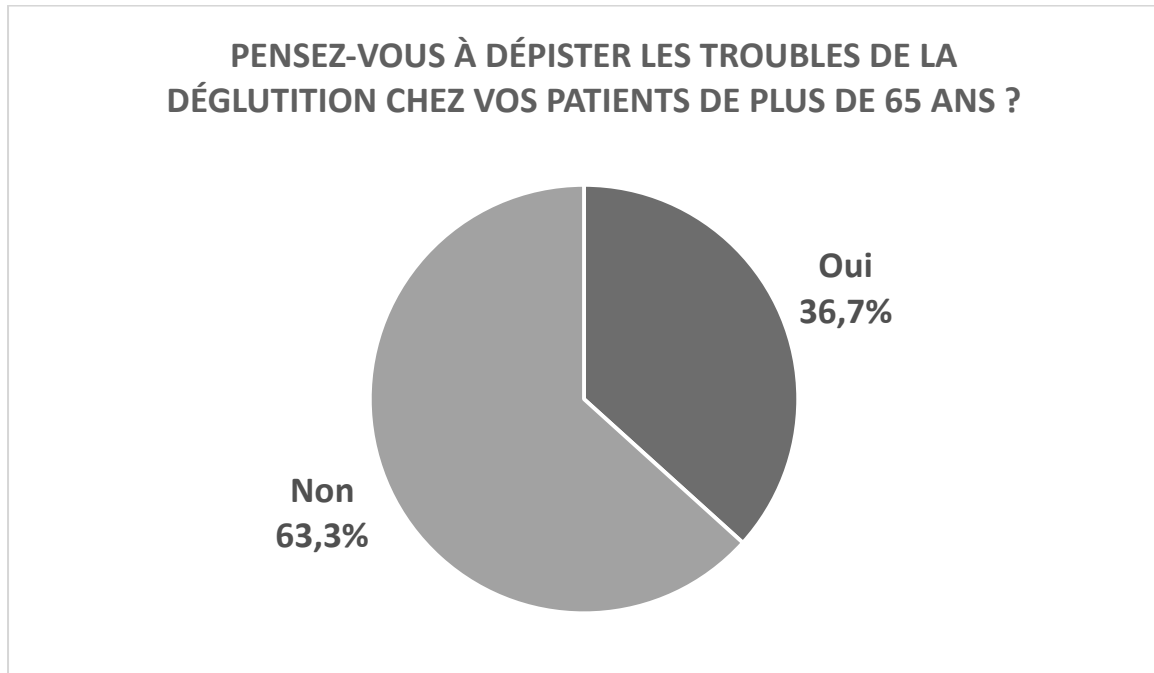


Figure 9 : Dépistage des troubles de la déglutition selon les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Parmi les médecins ayant répondu qu'ils pensaient à repérer les troubles de la déglutition, la répartition entre les femmes et les hommes était similaire. Cinquante-deux virgule sept pour cent sont des femmes et 47,3 % sont des hommes ($p = 0,03$).

Concernant les âges des praticiens, il existait une répartition non homogène, non linéaire du repérage des troubles de la déglutition, mais nous pouvions néanmoins observer une tendance ; plus l'âge des praticiens augmentait, plus le dépistage des troubles de la déglutition était potentiellement réalisé. Soixante-dix virgule huit pour cent des médecins de plus de 60 ans pensaient à dépister les troubles de la déglutition alors que 21,3 % des médecins de moins de 40 ans y pensaient ($p < 0,05$).

Il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le mode d'exercice ($p = 0,10$), le zonage conventionnel ($p = 0,19$) et la proportion de patients de plus de 65 ans dans leur patientèle ($p = 0,18$).

La majorité des médecins qui ne rencontraient jamais, rarement ou occasionnellement des patients souffrant de troubles de la déglutition ne pensaient pas à dépister ces troubles. A contrario, les médecins qui rencontraient souvent ou très souvent des patients souffrant de troubles de la déglutition, pensaient à les dépister. En synthèse, nous observons une répartition différente du repérage ou non des troubles de la déglutition, en fonction de la fréquence avec laquelle les médecins interrogés rencontrent ces troubles dans leur patientèle ($p = 0,01$).

Tableau 1 : Effectifs et proportions des médecins qui pensent à dépister les troubles de la déglutition chez les personnes âgées de plus de 65 ans, en fonction de la fréquence déclarée de ces troubles dans leur patientèle

	Dépistage des troubles de la déglutition	
	Oui	Non
Fréquence des troubles de la déglutition dans la patientèle		$p = 0,01$
Jamais	0 (0 %)	1 (100%)
Rarement	13 (21,7 %)	47 (78,3 %)
Occasionnellement	31 (44,3 %)	39 (55,7 %)
Souvent	9 (56,3 %)	7 (43,7 %)
Très souvent	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)

4. Les pathologies et symptômes favorisant le repérage des troubles de la déglutition

Parmi les médecins qui pensaient à réaliser un dépistage des troubles de la déglutition chez leurs patients de plus de 65 ans, la majorité le faisait en cas de pathologies neurologiques et/ou neurodégénératives (98,2 %), d'anomalies vasculaires cérébrales (94,5 %), d'alitement et/ou de difficultés de maintien de posture (80 %), de pathologies musculaires (78,2 %) ou encore de pathologies ORL et/ou digestives (74,6 %). Une plus faible proportion de médecins pensait à dépister ces troubles lors de pathologies stomatologiques, de chirurgies, de gestes invasifs, ou chez les patients polymédiqués.

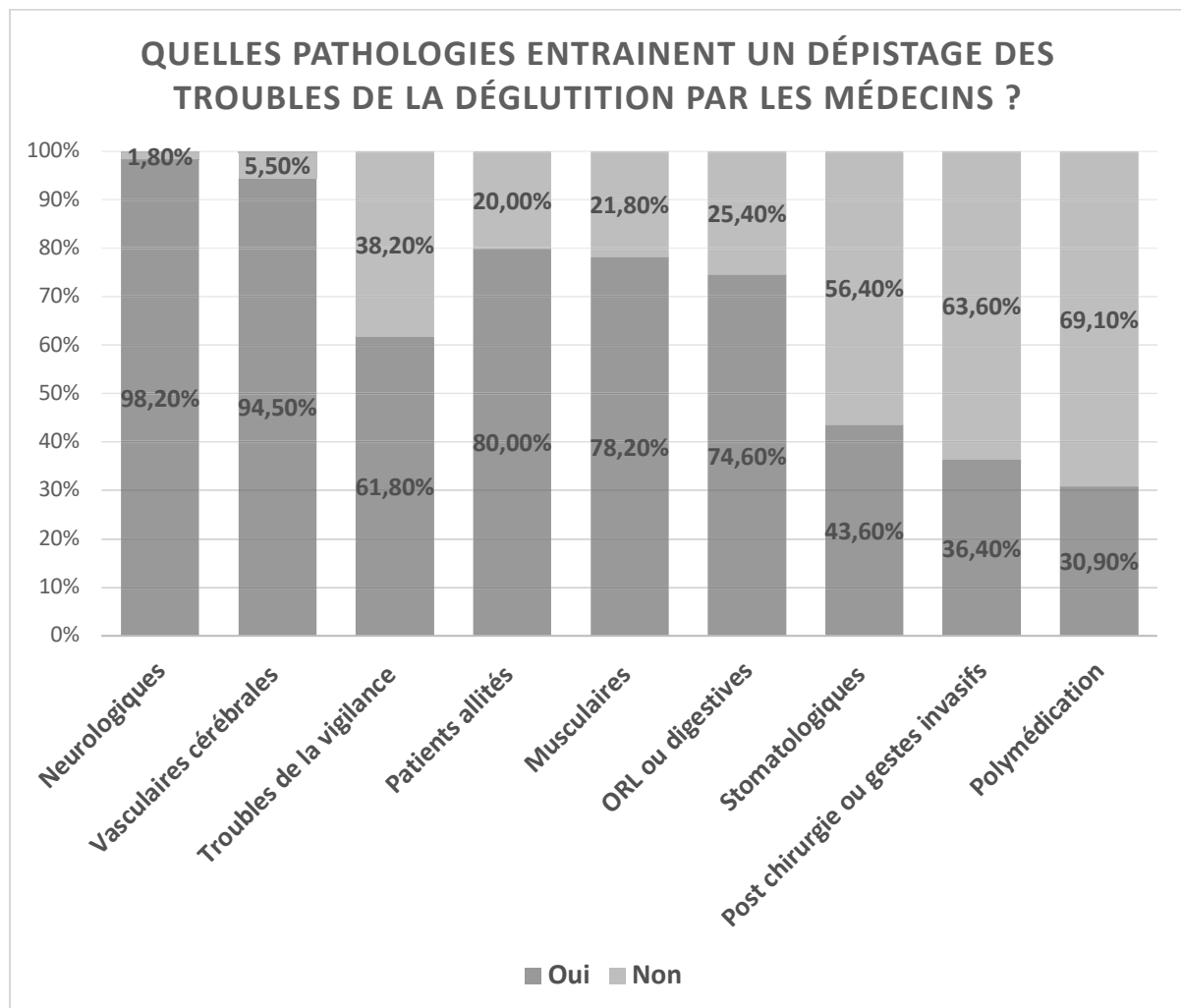


Figure 10 : Pathologies favorisant le dépistage par les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Les 55 médecins qui pensaient à dépister les troubles de la déglutition chez leurs patients âgés de plus de 65 ans, déclaraient que la toux lors de la prise alimentaire (98,2 %), les pneumopathies à répétition (96,4 %) et la prise lente des repas (78,2 %) étaient les signes cliniques évocateurs. Environ la moitié des participants ont répondu qu'une gêne et/ou douleur lors de la prise des repas, des régurgitations, une déshydratation et/ou dénutrition ainsi qu'une hypersalivation, peuvent être des signes en faveur de troubles de la déglutition. La présence d'une voix mouillée ou encore d'une cavité buccale malodorante étaient les signes les moins évocateurs de troubles de la déglutition pour les médecins généralistes interrogés dans notre étude.

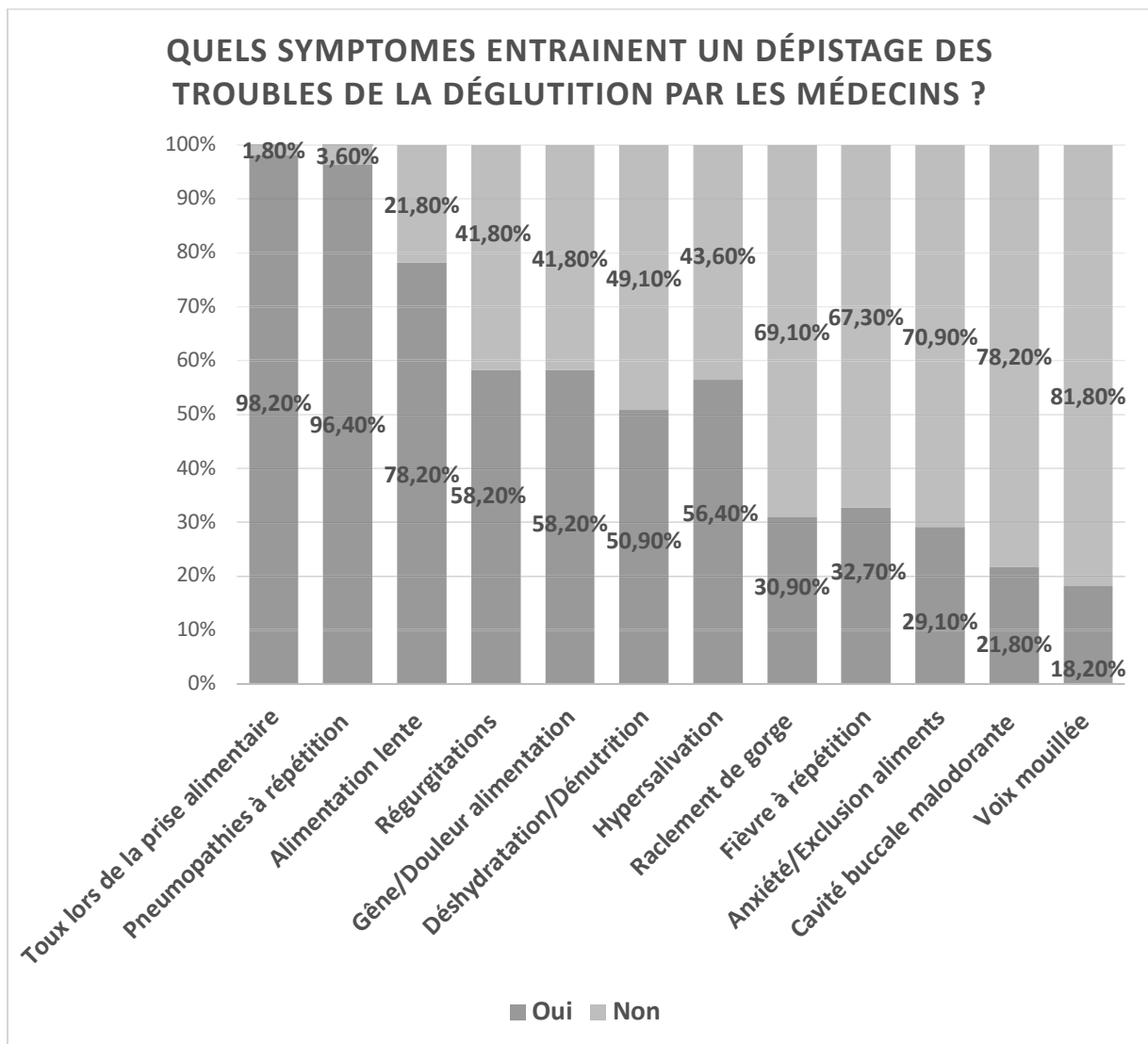


Figure 11 : Symptômes favorisant le dépistage par les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

5. Les professionnels ou personnes susceptibles de dépister les troubles de la déglutition chez les patients de plus de 65 ans

Parmi l'ensemble des répondants à notre enquête, 84,7 % pensaient que le médecin généraliste était susceptible de repérer ces troubles.

Les médecins interrogés déclaraient que l'entourage des patients, les infirmiers, les auxiliaires de vie ainsi que les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) jouaient un rôle majeur dans le repérage des troubles de la déglutition. Environ la moitié des médecins interrogés pensaient que le kinésithérapeute ou l'aide-ménagère pouvaient potentiellement dépister ces troubles.

Nous avons également posé une question ouverte aux médecins pour qu'ils puissent s'exprimer et proposer des réponses non énoncées dans les propositions. Le patient lui-même, les médecins spécialistes, les orthophonistes, les pharmaciens et les prestataires de matériel médical sont pour certains également enclins à dépister les troubles de la déglutition chez les patients de plus de 65 ans.

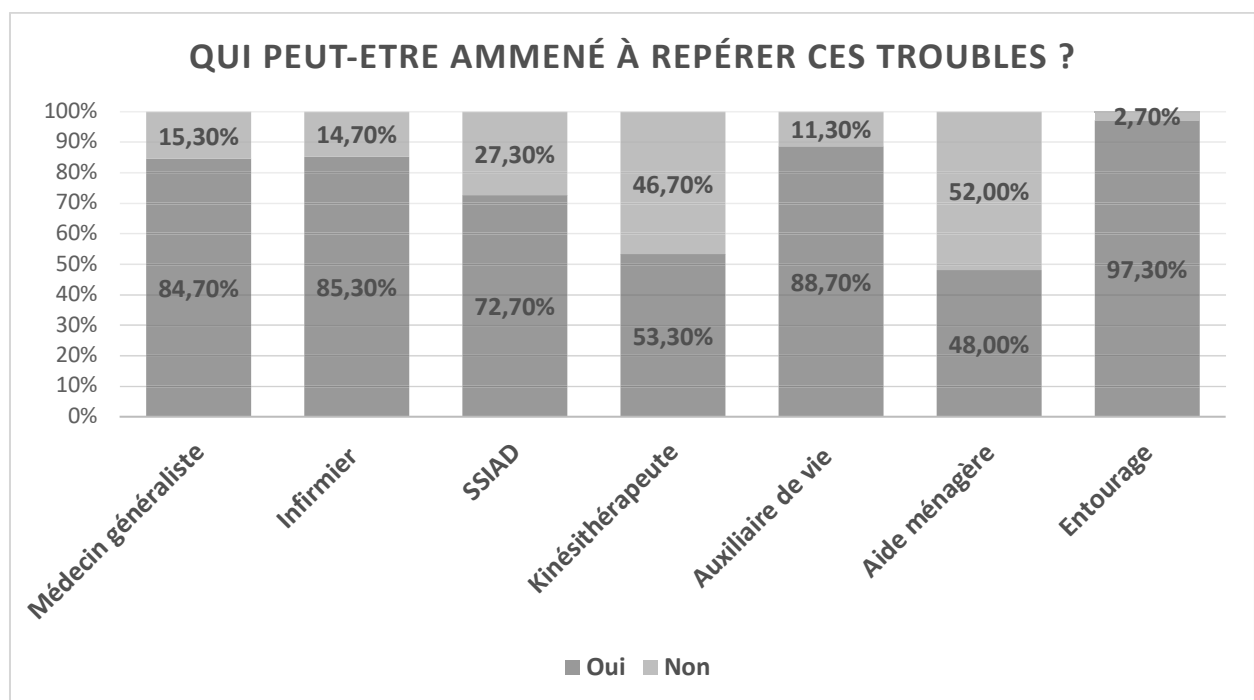


Figure 12 : Personnes susceptibles de repérer les troubles de la déglutition des personnes âgées de plus de 65 ans selon les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Vingt pour cent des médecins qui ne pensaient pas à dépister les troubles de la déglutition pensaient qu'effectivement le médecin généraliste n'avait pas de rôle à jouer dans ce dépistage. Parmi ces médecins, 89 % pensaient que l'entourage du patient pouvait dépister ces troubles, 79 % pensaient que les auxiliaires de vie pouvaient repérer ces troubles, 63 % pensaient que les infirmiers pouvaient repérer ces troubles, environ la moitié pensaient que les SSIAD pouvaient dépister ces troubles et enfin une minorité pensaient que les aides ménagères ou les kinésithérapeutes pouvaient dépister les troubles de la déglutition chez leurs patients.

La majorité des médecins (80 %) qui ne pensaient pas à dépister les troubles de la déglutition ont répondu que le médecin généraliste avait un rôle à jouer dans ce dépistage ($p = 0,04$).

6. Les examens complémentaires

L'anamnèse ainsi que l'examen clinique permettent aux médecins de s'orienter soit vers une origine plutôt basse (au niveau œsophagien) ou bien une origine plus haute (au niveau ORL). Les examens complémentaires à visée diagnostique et étiologique diffèrent en fonction de la suspicion clinique.

Dans le cadre de la dysphagie d'origine œsophagienne, deux tiers des médecins interrogés soit 66,7 % demandaient la réalisation d'une endoscopie oeso-gastro-duodénale par un gastro-entérologue, un peu plus de la majorité soit 54,7 % prescrivaient un bilan biologique et 30,7% déclaraient demander une radiographie ou un scanner thoracique. Ce sont les trois examens complémentaires qui ressortaient dans notre étude.

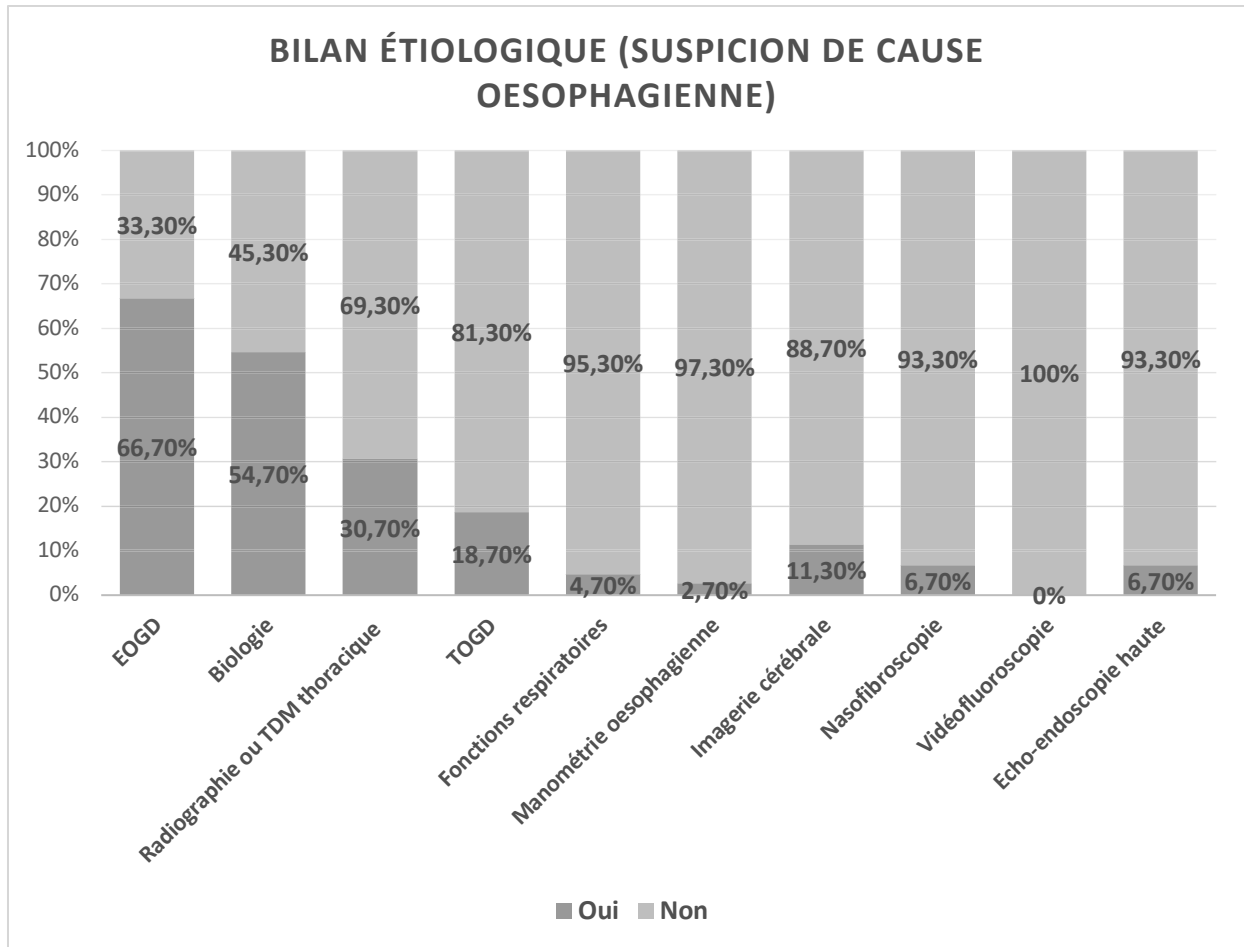


Figure 13 : Répartition des bilans étiologiques à réaliser dans le cadre de troubles de la déglutition présumés œsophagiens chez des patients de plus de 65 ans selon les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

Dans le cadre des dysphagies d'origine ORL, les trois examens les plus prescrits par les médecins généralistes interrogés étaient la nasofibroscopie réalisée par le médecin ORL (72,7 %), le bilan biologique (44,7 %) et la radiographie ou le scanner thoracique (27,3 %). Aucun médecin ne déclarait qu'une vidéofluoroscopie de déglutition pourrait être utile.

Nous avons également posé une question ouverte aux médecins permettant ainsi d'obtenir d'autres réponses non proposées. Certains médecins prescrivaient un scanner cervical dans le cadre des troubles de la déglutition présumés d'origine ORL.

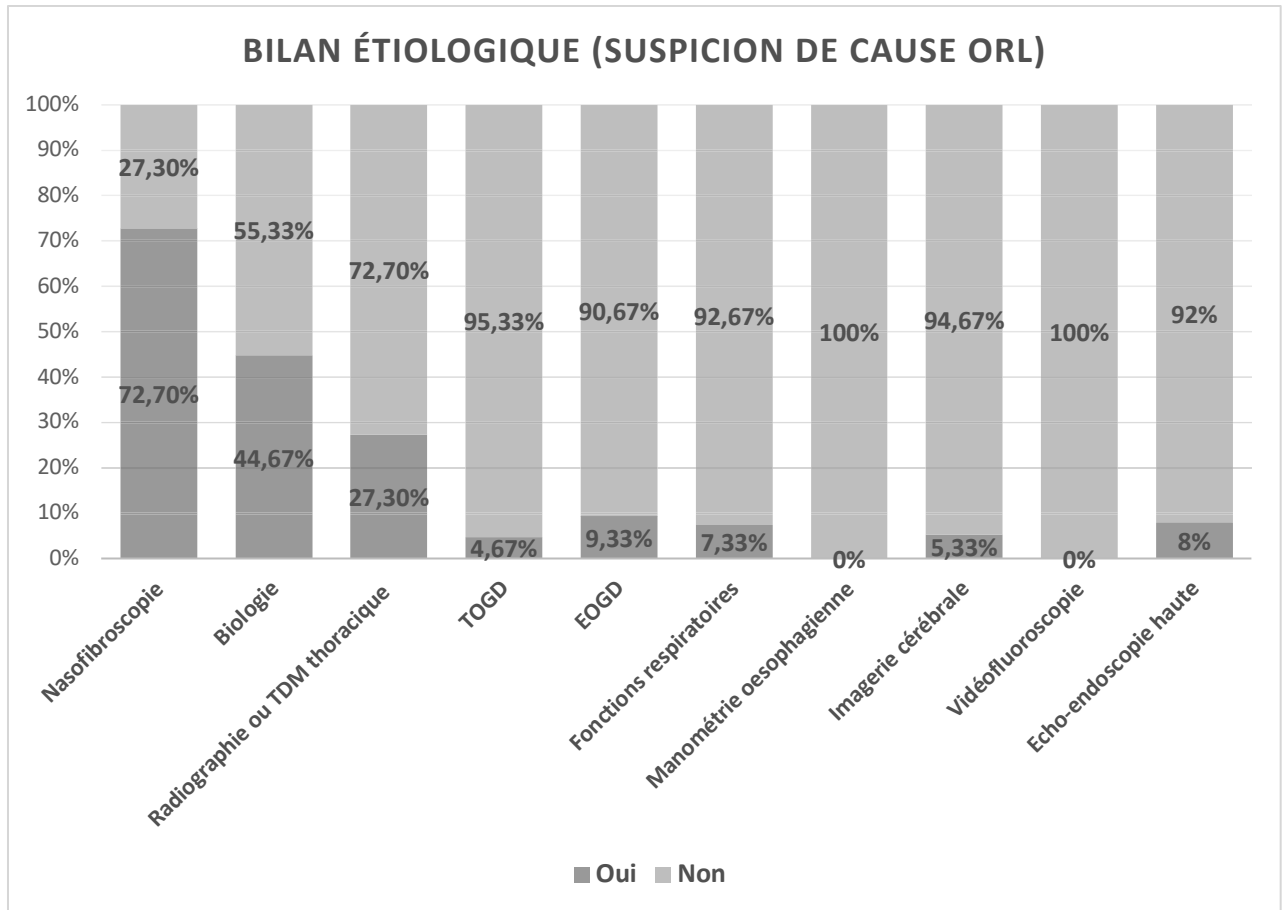


Figure 14 : Répartition des bilans étiologiques à réaliser dans le cadre de troubles de la déglutition présumés ORL chez des patients de plus de 65 ans selon les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

7. Les professionnels impliqués dans la prise en charge thérapeutique

Une fois le diagnostic posé, 139 médecins (92,7 %) parmi les 150 médecins ayant répondu au questionnaire, faisaient appel à d'autres professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des troubles de la déglutition chez les personnes âgées.

Quatre-vingt-treize virgule cinq pour cent des médecins interrogés déclaraient faire appel à un orthophoniste.

Une minorité de médecins orientait leurs patients vers le dentiste (18,7 %), le kinésithérapeute (19,4 %) ou le diététicien (30,9 %).

Concernant la question libre permettant aux médecins de noter les potentiels autres professionnels impliqués dans la prise en charge de ces troubles, l'ergothérapeute et le

prestataire de service seraient susceptibles d'intervenir dans la prise en charge thérapeutique des troubles de la déglutition chez les patients de plus de 65 ans.

Un médecin répondant mettait en avant la difficulté qu'il pouvait rencontrer dans sa pratique quotidienne pour adresser le patient à un orthophoniste acceptant de nouveaux patients.

8. Les conseils aux patients

Dans la pratique courante des médecins généralistes du Grand-Est, il nous a semblé important d'évaluer quels conseils les médecins donnent aux patients. Ces conseils concernent la position lors des repas, les ustensiles à utiliser, les textures alimentaires les plus adaptées et les conditions de prise des repas pour les patients souffrant de troubles de la déglutition avec un risque de fausse route. L'objectif étant bien évidemment de limiter ce risque.

Soixante-huit pour cent des médecins interrogés pensaient qu'il était important de manger assis tout en ayant une antéflexion de la tête. Onze pour cent pensaient qu'il était nécessaire de réaliser une extension de la tête en arrière lors des repas, 12 % n'avaient pas d'avis et 9 % pensaient qu'aucune de ces propositions n'était susceptible de diminuer le risque de fausse route.

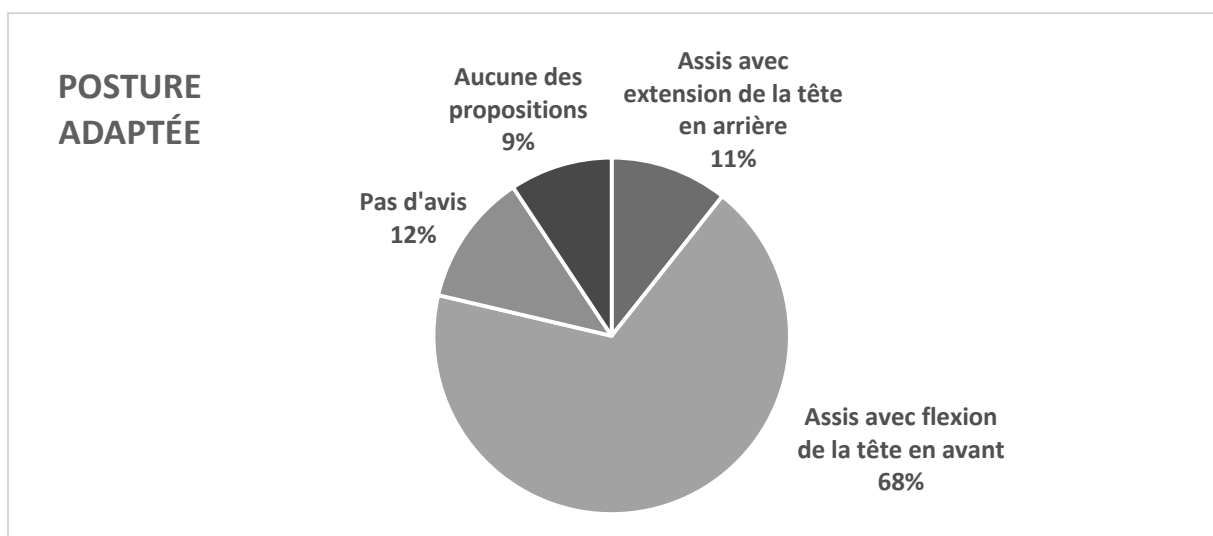


Figure 15 : Répartition des avis des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sur la posture adaptée lors de la prise des repas des patients de plus de 65 ans ayant des troubles de la déglutition

Les avis étaient partagés concernant les ustensiles à utiliser lors des repas. Trente-quatre pour cent des médecins conseillaient un verre avec une paille, 23 % conseillaient un verre à bec, 22 % conseillaient un verre à encoche nasale, 16 % n'avaient pas d'avis et 5 % ne cochaient aucune des propositions.

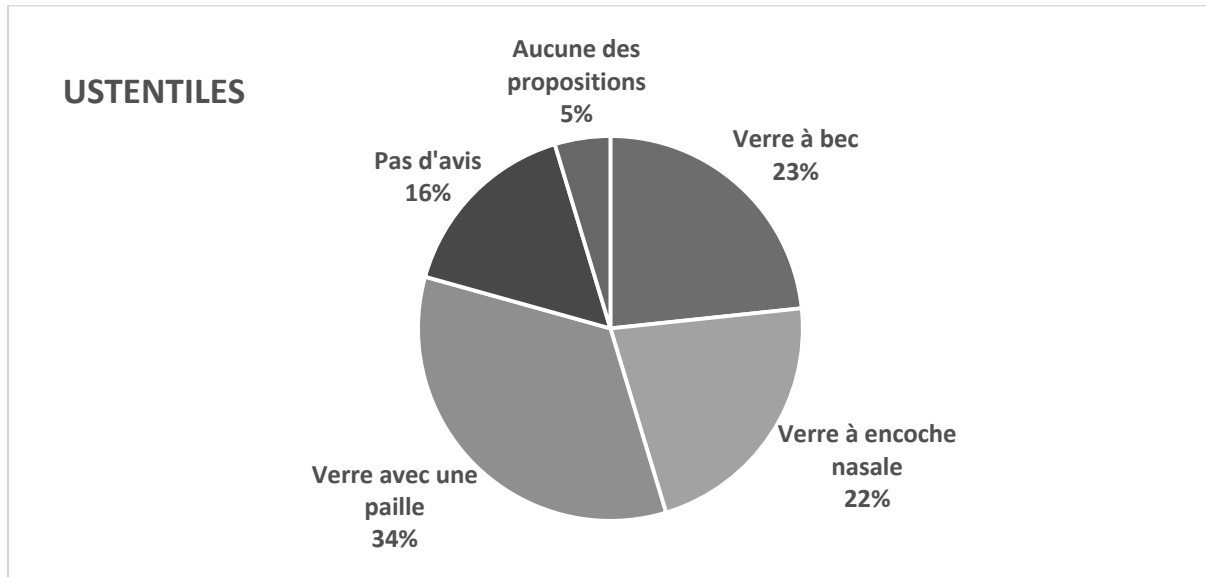


Figure 16 : Répartition des avis des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sur les ustensiles de cuisine à utiliser par les patients de plus de 65 ans ayant des troubles de la déglutition

Nous avons évalué quels conseils les médecins donnaient aux patients concernant l'ingestion d'aliments solides.

Plus de 80 % des médecins pensaient à dire à leurs patients de préférer les textures hachées ou mixées. La moitié des médecins interrogés signalait aux patients d'éviter les aliments de type riz/graines/semoules et environ un tiers des médecins pensaient à dire aux patients d'éviter des textures différentes et d'éviter les aliments filandreux.

D'autres conseils sont évoqués dans la question libre, notamment de privilégier l'eau gazeuse ou l'eau gélifiée lors de la prise de boissons, d'épaissir les repas avec des épaississants ou encore de créer des variations de température entre les aliments. Six répondants n'avaient pas d'avis concernant cette question.

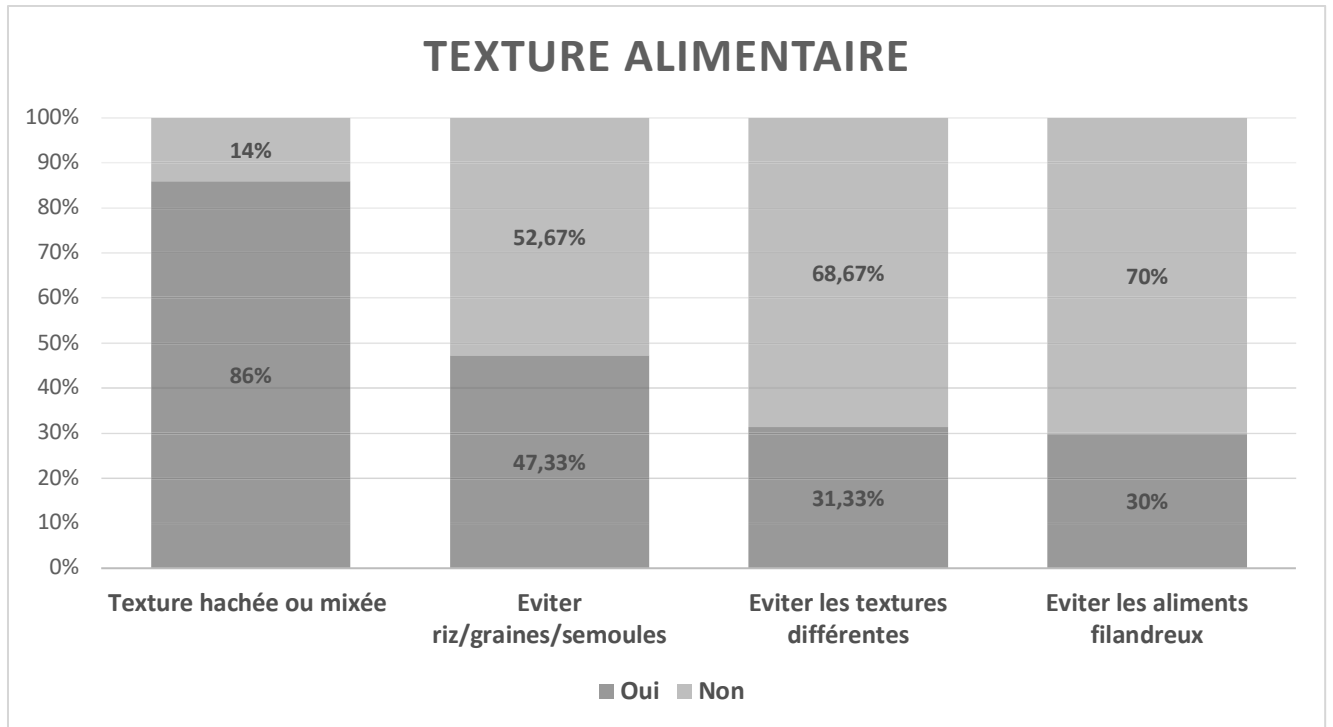


Figure 17 : Répartition des avis des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sur les textures alimentaires à utiliser par les patients de plus de 65 ans ayant des troubles de la déglutition

La dernière question du questionnaire déterminait les conseils des médecins concernant les conditions de prise des repas au cours de la journée.

Cent quatre médecins (70 %) conseillaient au patient que l'aidant soit assis en face du patient et non debout. La moitié des médecins (48 %) pensaient à dire à leurs patients de ne pas discuter lors de la prise des repas et 62 % des médecins conseillaient aux patients de prendre le repas dans un environnement calme, sans télévision par exemple.

D'autres conseils sont évoqués, notamment de prendre de petites quantités alimentaires à chaque bouchée ou d'utiliser de la crème ou de la sauce pour créer des repas plus onctueux.

Vingt médecins n'avaient pas d'avis concernant cette question.

IV) DISCUSSION

1. La durée de l'étude

L'envoi du questionnaire de recherche aux médecins généralistes du Grand-Est a duré plusieurs mois. Nous avons rencontré des difficultés pour obtenir le nombre minimum de réponses souhaitées.

Ceci peut être expliqué par le fait que l'envoi du questionnaire n'a pas été régulier ni systématique lors de nos demandes effectuées auprès de l'URPS.

La deuxième explication pourrait être due au temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire. Nous souhaitons obtenir des informations sur différents aspects du dépistage et de la prise en charge des troubles de la déglutition, de ce fait, le questionnaire pouvait prendre 7-8 minutes pour être réalisé. Ceci pouvait être un frein pour les médecins.

La troisième explication pourrait être due au sujet propre de ce travail de recherche, les troubles de la déglutition chez les patients de plus de 65 ans. Nous pouvons supposer que les médecins généralistes du Grand-Est présentent un faible intérêt pour ce sujet, possiblement car c'est un symptôme qu'ils rencontrent peu dans leur pratique clinique, par manque de connaissances éclairées ou encore par manque d'informations sur le sujet.

Lors de l'envoi du questionnaire secondairement par mail, un médecin avait répondu qu'il « ne connaissait pas suffisamment ce sujet pour répondre au questionnaire de recherche ».

2. Les caractéristiques de l'échantillon

Age et sexe des répondants

Dans ce travail de recherche, la majorité des médecins ayant répondu au questionnaire étaient des femmes âgées de moins de 40 ans. Selon la cartographie Cartosanté de l'Agence Régionale de Santé (ARS), 4 805 médecins généralistes exerçaient une activité libérale dans la région

Grand-Est en 2021. Parmi ces médecins, 40,5 % étaient des femmes. Vingt-deux pour cent avaient moins de 40 ans, 32 % avaient plus de 60 ans et 46 % avaient entre 40 et 60 ans (47). Notre échantillon est donc composé de plus de femmes qui sont également plus jeunes que les médecins exerçant une activité libérale dans la région du Grand-Est, correspondant à notre population cible.

Ceci peut être expliqué par une plus grande sensibilisation des jeunes médecins pour ce type de questionnaire. En effet, cette génération de médecins généralistes a dû fournir récemment un travail de recherche similaire dans le cadre de leur thèse de médecine. Nous pouvons supposer qu'ils se sentent plus impliqués, connaissant l'importance de répondre à ces questionnaires d'étude. Le fait que nous ayons plus de femmes dans notre échantillon pourrait être expliqué par le fait que la profession se féminise progressivement. Selon l'INSEE, moins de 30 % des médecins âgés de plus de 55 ans sont des femmes alors que plus de 60 % des médecins âgés de moins de 35 ans sont des femmes (48). Il est donc logique qu'un échantillon plus jeune soit également plus féminin.

Mode d'exercice des répondants

Les médecins ayant répondu au questionnaire sont principalement installés en cabinet de groupe. Cette majorité correspond également à la pratique médicale la plus fréquente sur le plan national. Selon l'ARS, en 2019 en France, 61 % des médecins généralistes travaillaient dans un cabinet de groupe. Ce chiffre tend à augmenter au cours des années (49).

Concernant la faible quantité de médecins remplaçants ayant répondu, ceci pourrait résider en partie sur le fait qu'ils se sentent moins concernés par ces questionnaires car ils n'ont pas de patientèle propre et qu'ils n'effectuent pas de suivi au long cours des patients rencontrés lors de leurs remplacements. Ils peuvent néanmoins être amenés à rencontrer, de manière

ponctuelle, des patients de plus de 65 ans présentant des troubles de la déglutition et initier et/ou poursuivre la prise en charge.

Zonage conventionnel

Concernant le zonage conventionnel des médecins généralistes du Grand-Est, la majeure partie des médecins ayant répondu au questionnaire travaillait Hors Zonage alors que la majorité du territoire du Grand-Est correspond à une Zone d'Action Complémentaire (ZAC) (50). Nous pouvons potentiellement expliquer cela par le fait que le questionnaire ait secondairement été envoyé via notre propre réseau de médecins généralistes. Exerçant une activité dans le Bas-Rhin, un plus grand nombre de médecins de cette région a été sollicité et de ce fait, un plus grand nombre de répondants exercent également dans ce périmètre. Nous pouvons observer sur la carte ci-dessous que le Bas-Rhin est principalement Hors Zonage conventionnel.

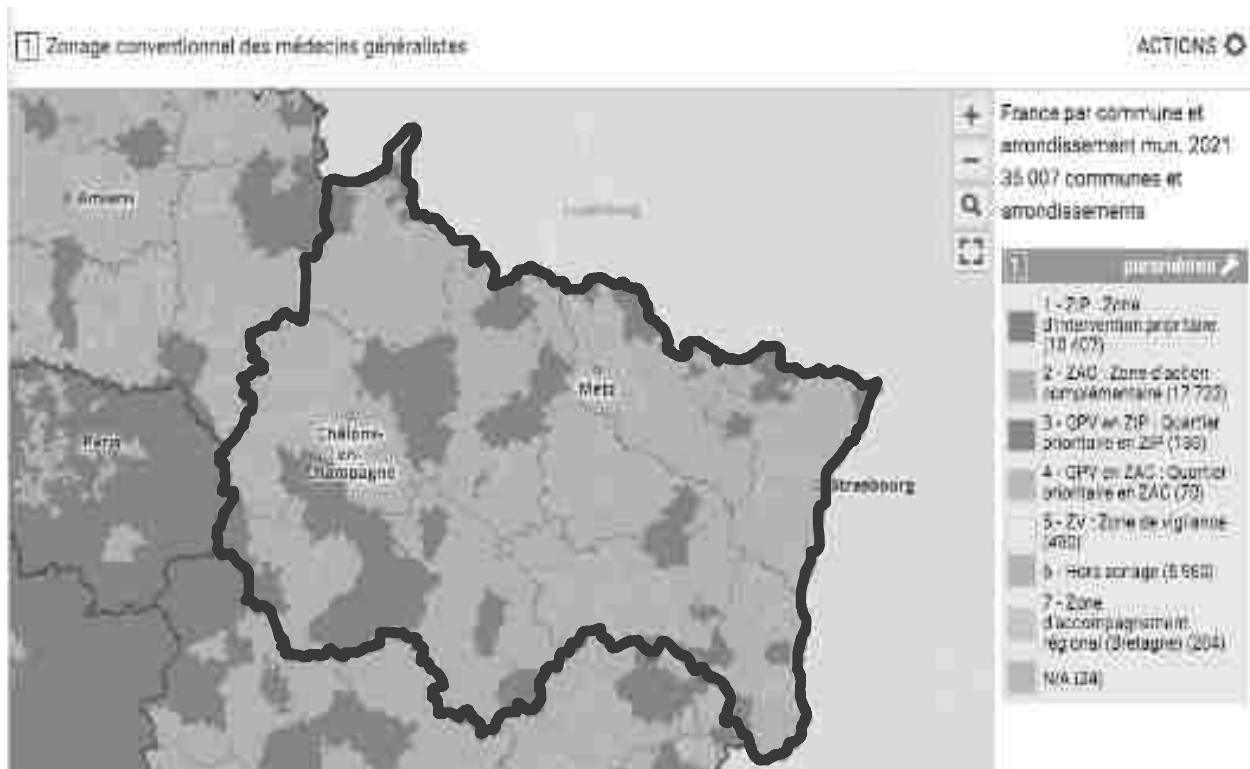


Figure 18 : Zonage conventionnel des médecins généralistes de la région Grand-Est (50)

3. Discussion des principaux résultats et comparaison avec la littérature

Il est difficile de comparer notre étude avec la littérature médicale car nous n'avons trouvé que très peu d'études s'intéressant aux troubles de la déglutition chez les personnes âgées.

Nous nous sommes appuyés sur quelques thèses réalisées dans d'autres régions de France ainsi que des mémoires dans le cadre du diplôme d'orthophonie.

3.1 Le dépistage des troubles de la déglutition par les médecins généralistes

Dans notre étude, un tiers des médecins interrogés dépistaient les troubles de la déglutition alors que deux tiers des médecins n'y pensaient pas dans leur pratique clinique quotidienne.

Le fait de rencontrer souvent ou très souvent des patients présentant des troubles de la déglutition favorisait le repérage de ceux-ci. Nous pouvons supposer qu'un médecin participant à la prise en charge de ces troubles chez certains patients y est plus sensibilisé et aura plus facilement le réflexe de les dépister chez d'autres patients.

Cela peut également en partie expliquer la tendance retrouvée concernant l'âge des médecins dépistant les troubles de la déglutition. Nous avons observé dans notre étude que les médecins plus âgés étaient plus enclins à dépister les troubles de la déglutition. En effet, ces médecins avaient une expérience plus importante dans le domaine du fait des années de pratiques. Selon un travail de thèse réalisé en Picardie, intitulé « *Prise en charge des troubles de la déglutition chez les patients âgés par les médecins généralistes Picards* », la source de connaissance principale des troubles de la déglutition par les médecins interrogés était la pratique et l'expérience professionnelle (51). Ces résultats sont en accord avec une seconde thèse réalisée en 2019 et portant sur la prise en charge des troubles de la déglutition par les internes de l'Université de Caen. Quatre-vingt-six pour cents des répondants estiment que la pratique est

le principal moyen d'amélioration des connaissances dans ce domaine (52). Dans un mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie de P.Rapin, le personnel soignant expliquait que l'expérience professionnelle acquise au fil des années palliait les défauts de formation initiale (53).

L'expérience professionnelle ainsi que la pratique clinique au cours des années d'exercices sembleraient importantes pour favoriser le dépistage des troubles de la déglutition par les médecins généralistes.

3.2 Les pathologies et symptômes favorisant le repérage des troubles de la déglutition

Les médecins y pensaient principalement dans le cadre de pathologies neurologiques, de toux lors de la prise alimentaire ou encore de pneumopathies à répétition. Ces résultats coïncident avec d'autres travaux notamment dans d'autres régions de France (51).

Comme nous l'avons vu dans l'introduction de ce travail de recherche, les pathologies neurologiques représentent une part importante des causes de troubles de la déglutition. Du fait de la fréquence, c'est également une étiologie bien connue des médecins généralistes.

La toux lors de la prise des repas ou les pneumopathies à répétition sont également des symptômes fréquents et évocateurs de trouble de la déglutition, et de ce fait plus connus par les médecins interrogés.

De plus, ce sont des symptômes visibles et francs. La toux lors de la prise des repas est souvent remarquée par le patient lui-même ou les proches. De même, les pneumopathies nécessitent une consultation médicale et donc la possibilité qu'un trouble de la déglutition soit dépisté.

D'autres symptômes, tels que la cavité buccale mal odorante, la voix mouillée ou le raclement de gorge sont des symptômes plus insidieux, moins francs, donc probablement moins connus et moins recherchés par les médecins.

La fièvre à répétition est un symptôme peu spécifique donc peut être moins évocateur de troubles de la déglutition pour les médecins.

3.3 Les professionnels ou personnes susceptibles de dépister les troubles de la déglutition chez les patients de plus de 65 ans

Nous avons observé dans notre étude, que la majorité des médecins interrogés pensaient que le médecin généraliste occupait une place importante dans le dépistage des troubles de la déglutition. Le travail de thèse réalisé en Picardie a montré des résultats similaires avec 95,5 % des médecins généralistes interrogés qui pensaient également que le médecin avait un rôle à jouer, notamment dans le dépistage des troubles pour 85 % d'entre eux (51).

Notre étude nous a également permis de mettre en évidence que la majorité des médecins qui ne pensaient pas à dépister les troubles de la déglutition, pensaient néanmoins que le médecin avait un rôle à jouer. Nous pouvons alors nous demander pourquoi le repérage n'est pas effectué dans leur pratique clinique alors qu'ils ont connaissance du potentiel rôle central du médecin.

Premièrement, nous pouvons supposer qu'ils ne les dépistent pas, car pour la majorité des médecins interrogés c'est un trouble qu'ils ne rencontrent que « rarement » ou « occasionnellement » dans leur pratique courante. Il est logique de penser qu'un symptôme moins rencontré dans la pratique des médecins soit moins recherché.

Secondairement, nous pouvons supposer que la prise en charge des troubles de la déglutition chez les patients âgés de plus de 65 ans est complexe et qu'il existe probablement un manque de connaissance chez les médecins. Ce même travail de thèse réalisé en Picardie, a montré que

71 % des médecins interrogés évoquaient un niveau de connaissance moyen en matière de troubles de la déglutition et 18 % évoquaient un niveau de connaissance faible. Ce travail a également mis en évidence le souhait des médecins généralistes d'avoir en leur possession des recommandations officielles dans le but d'optimiser leur prise en charge des troubles de la déglutition (51).

D'autres personnes potentiellement présentes lors des repas (infirmiers, auxiliaires de vie ou entourage des patients) pouvaient, selon les médecins interrogés, dépister les troubles de la déglutition chez les personnes âgées. L'entourage du patient est un maillon important du dépistage de ces troubles et également de la prise en charge au domicile dans le cadre de l'adaptation des textures ou encore de l'aide aux repas. Un travail de mémoire d'orthophonie, réalisé en 2001 par Mme Kopf et intitulé « *Les troubles de la déglutition chez l'adulte, élaboration de fiches d'information destinées aux familles* » avait pour objectif de créer des fiches recensant les symptômes et les conseils de prise en charge des patients souffrant de troubles de la déglutition (54).

Le médecin généraliste joue un rôle important dans le repérage des troubles de la déglutition, la prise en charge mais également l'information des patients, des aidants et des autres acteurs de soins.

3.4 Les examens complémentaires

Concernant la prise en charge de ces troubles, la nasofibroscopie réalisée par le médecin ORL, l'endoscopie oeso-gastro-duodénale réalisée par le gastro-entérologue, le bilan biologique et la radiographie ou le scanner thoracique ressortaient comme étant les principaux examens complémentaires prescrits par les médecins généralistes.

Nous pouvons constater qu'aucun médecin n'a coché la case concernant la vidéofluoroscopie et pourtant, cet examen reste l'examen de référence de l'analyse physiopathologique de la déglutition dans le cadre de dysphagie oro-pharyngée.

La première hypothèse pouvant l'expliquer, est qu'effectivement, ce n'est pas le médecin généraliste qui est en première ligne pour prescrire cet examen complémentaire. Notre question peut alors porter à confusion. Le médecin généraliste joue plutôt un rôle d'orientation des patients souffrant de troubles de la déglutition présumés d'origine ORL vers le médecin spécialiste. Le médecin spécialisé en ORL pourra prescrire les examens adéquats.

La seconde hypothèse est que la vidéofluoroscopie est simplement peu connue des médecins généralistes car non réalisée dans tous les centres médicaux et peu accessible. Cet examen n'est pas réalisé dans tous les centres d'imagerie car il présente l'inconvénient d'être un examen difficilement interprétable nécessitant la présence de professionnels qualifiés et spécialisés dans ces troubles. Pour améliorer l'interprétation de la vidéofluoroscopie et orienter efficacement la prise en charge thérapeutique, un travail de mémoire réalisé par Mme Devillard « *Vidéofluoroscopie de déglutition, élaboration et expérimentation au C.H.U de Hautepierre à Strasbourg* » a permis d'élaborer un protocole fondé sur la chronologie du processus de déglutition en utilisant des bolus de consistances différentes (55).

Contrairement à la vidéofluoroscopie, le TOGD présente l'avantage d'être un examen complémentaire plus accessible mais il correspond à une série d'images radiographiques et non à une vidéo. L'image est donc moins précise et moins continue qu'avec la vidéofluoroscopie de déglutition.

3.5 Les professionnels impliqués dans la prise en charge thérapeutique

La majorité des médecins (92,7 %) faisait appel à d'autres professionnels de santé pour la prise en charge des troubles de la déglutition dans notre étude. Soixante-seize pour cent des médecins interrogés dans le mémoire d'orthophonie de B. Pastré et L. Verpeaux et 97 % des médecins interrogés en Picardie orientent également les patients vers d'autres professionnels, dont les orthophonistes en premier lieu (51,56).

L'orthophoniste est effectivement le maillon central de la prise en charge des troubles de la déglutition.

Un médecin généraliste répondant a relevé le fait que l'accès aux orthophonistes n'était pas toujours aisé. Nous avons souhaité nous renseigner sur la démographie des orthophonistes dans la région Grand-Est. Effectivement, certaines zones sont nettement sous-dotées, notamment dans le Sud-Ouest de la région. Dans ces zones, ce manque d'orthophoniste peut s'avérer être un frein à la prise en charge thérapeutique des patients souffrant de troubles de la déglutition.

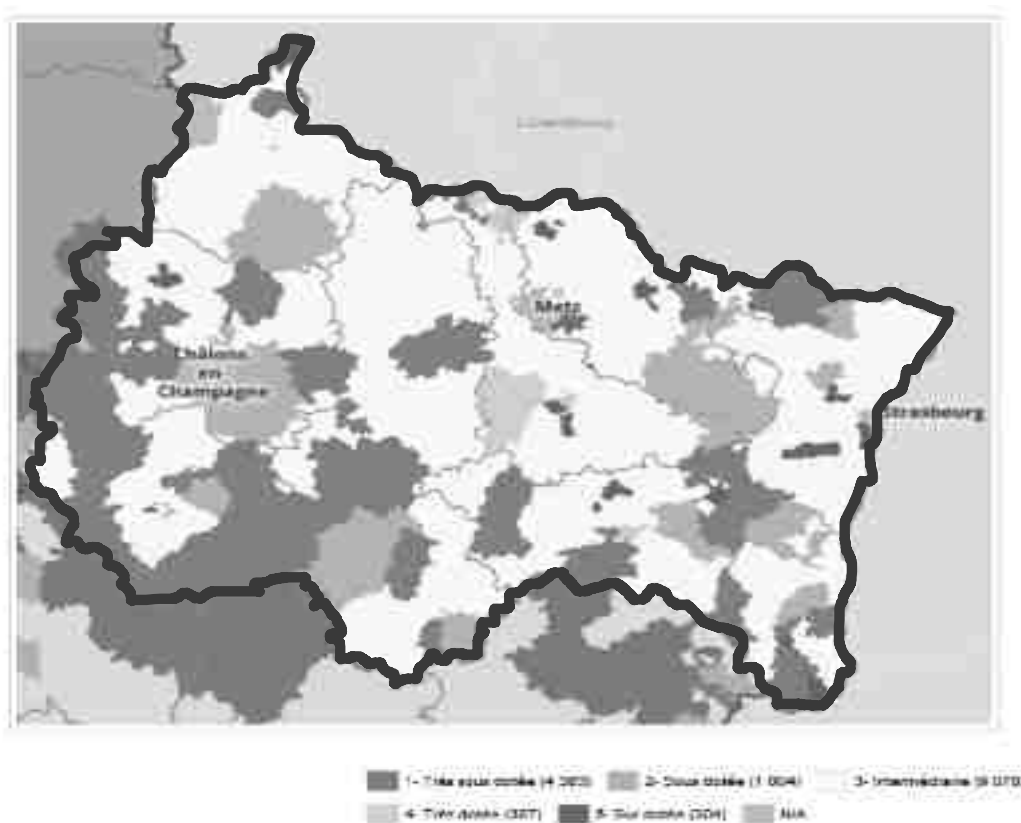


Figure 19 : Zonage des orthophonistes de la région Grand-Est (57)

Cette difficulté pour trouver des orthophonistes disponibles et prenant en charge des patients souffrant de troubles de la déglutition a également été évoquée dans une autre région de France, le Nord-Pas-de-Calais, dans le cadre d'un travail de mémoire réalisé par V. Delbart-Brieden et intitulé « *Dépistage et prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé et rôle de l'orthophoniste : action de prévention auprès des professionnels de l'Hospitalisation A Domicile du Nord-Pas-de-Calais* » (58).

Selon un communiqué de la Fédération Nationale des Orthophonistes, le temps d'accès à des soins d'orthophonie est trop élevé du fait d'une pénurie d'orthophoniste sur l'ensemble du territoire français. Ceci pourrait être expliqué par une diminution du nombre d'étudiants prévu pour initier la formation entre 2020 et 2021. Ce chiffre a augmenté en 2022 mais pas suffisamment pour couvrir le territoire. Une augmentation du nombre d'étudiants au cours des prochaines années serait souhaitable pour améliorer l'accès à ces professionnels de santé (59). Cette difficulté d'accès aux soins d'orthophonie pour les personnes âgées peut également s'expliquer par la majorité de mineurs dans leur patientèle. Sur le plan national, il a été montré que seul 15 % des patients de la patientèle d'un orthophoniste exerçant en libéral sont des adultes (60).

Néanmoins, une étude réalisée en 2007 auprès des orthophonistes de la région Rhône-Alpes a montré que la dysphagie faisait partie des pathologies en hausse progressive dans l'activité des orthophonistes de la région (61).

D'autres personnes sont impliquées dans la prise en charge au domicile des patients tels que les diététiciens, les kinésithérapeutes, les infirmiers, les aides-soignants ou encore l'entourage du patient. Dans le mémoire d'orthophonie réalisé en 2014 par Mme Pastré et intitulé « *Le patient dysphagique à domicile : parcours de soins, interventions thérapeutiques, coordination des*

prises en charges » a permis la création d'un « cahier de liaison ». Ce cahier de liaison a pour objectif d'améliorer la coordination des soins du patient par rapport aux troubles de la déglutition. Les thérapeutes pourraient ainsi échanger de manière régulière entre eux ainsi qu'avec le patient et sa famille. L'évolution de la dysphagie, les conditions optimales de prises des repas, les différentes textures prises par le patient, les aides techniques, les différents essais alimentaires ou encore le poids du patient pourraient être notifiés dans ce cahier de liaison au domicile (56).

3.6 Les conseils aux patients

Les connaissances des médecins concernant les conseils à donner aux patients sont plutôt satisfaisantes. Nous avons constaté que 68 % des médecins interrogés préconisaient une antéflexion de la tête lors des repas. Ce résultat concorde avec la thèse de N. Pierre-Louis dans laquelle 67 % des médecins préconisent la même posture et dans le mémoire d'orthophonie de L. Pineau s'intitulant « *Élaboration d'un livret d'information sur les troubles de la déglutition de la personne âgée et sur les aménagements possibles, à destination des soignants de services de gériatrie* » où 89 % des soignants préconisent cette position (51,62). Il s'agit effectivement de la position permettant de limiter les fausses routes comme nous le confirme Welch et al. dans une étude réalisée en 1993. Ils ont réalisé des mesures pharyngées. Initialement, lorsque la tête était en position neutre puis lorsque la tête était en antéflexion. L'antéflexion entraînait des déplacements de structures pharyngées notamment de l'épiglotte permettant une meilleure protection des voies aériennes (63).

A contrario, une proportion non négligeable de médecins préconise l'extension de la tête lors de la prise des boissons. Ceci peut être expliqué par le fait qu'il s'agisse de situations souvent observées en pratique clinique. L'utilisation d'accessoires non adaptés (verre standard ou verre à bec sans encoche nasale) aux domiciles des personnes âgées ou en Établissement

d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) nécessite une extension de la tête. Ce sont des situations encore trop fréquentes en pratique clinique bien que délétères pour les patients.

Les ustensiles utilisés dans le cadre de la prise des boissons sont donc primordiaux. Dans notre étude, un tiers des médecins a répondu que le verre avec une paille était l'accessoire le plus adapté pour la prise de boissons en cas de troubles de la déglutition, près d'un quart des médecins pensaient que le verre à bec était utile et 22 % des médecins préconisaient le verre à encoche nasale. Or, nous avons vu dans l'introduction de cette thèse que le verre à encoche nasale, bien rempli, était l'accessoire le plus adapté. Le verre avec une paille ne permet pas aux patients âgés de gérer le débit d'eau lors de l'aspiration, celui-ci est souvent trop rapide. Le verre à bec nécessite une extension de la tête favorisant ainsi les troubles de la déglutition.

Ces réponses rejoignent les réponses d'autres travaux.

Le verre avec une paille était recommandé pour 46 % des médecins généralistes picards, 24 % des internes de l'université de Caen et 38 % des soignants du service de gériatre dans le mémoire de L. Pineau. Le verre à bec était préconisé pour 43 % des médecins généralistes picards, 69 % des internes de l'université de Caen et 22 % des soignants en gériatrie. Seuls 21 % des médecins picards recommandaient le verre à encoche nasale (51,52,62).

D'autres conseils simples devraient être rappelés aux patients et aux aidants, notamment de favoriser les repas hachés ou mixés, d'éviter certains aliments ou encore d'éviter les distractions lors des repas. Les médecins de notre échantillon avaient de bonnes connaissances par rapport à ces différents items.

4. Les forces de l'étude

Le nombre de réponses

Nous avons finalement obtenu les 150 réponses souhaitées, correspondant au nombre minimum de sujets nécessaires.

Le choix du questionnaire

Afin d'évaluer le dépistage et la prise en charge des troubles de la déglutition par les médecins généralistes du Grand-Est, il nous a semblé judicieux de proposer un questionnaire adressé aux médecins généralistes.

Le type d'étude quantitative nous a semblé pertinent pour évaluer notre critère de jugement principal qui était l'établissement d'une proportion. Nous avons obtenu 150 réponses suite à l'envoi du questionnaire de recherche. Ce nombre de réponse nous a permis d'avoir une estimation assez fiable du repérage des troubles de la déglutition par les médecins de notre échantillon.

Les réponses fermées ont été analysées à l'aide d'effectifs et de pourcentages, limitant ainsi le biais d'interprétation.

Le questionnaire semble avoir été pertinent, car nous avons obtenu un taux de réponses de 100 % aux différentes questions fermées.

Nous avons créé plusieurs questions libres afin de laisser un espace d'expression. Cela permet aux médecins de donner des idées ou des propositions non énoncées.

L'envoi d'un questionnaire garde l'avantage pour les médecins de pouvoir y répondre quand ils le souhaitent.

Les critères d'inclusion

Les médecins ayant répondu au questionnaire correspondaient aux critères d'inclusion initiaux. Aucun répondant n'a été exclu de l'enquête.

Un sujet original

Le sujet de ce travail est original car il n'existe que très peu de travaux portant spécifiquement sur le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Ce thème a été étudié en Picardie, mais n'a jamais été étudié dans la région du Grand-Est.

5. Les limites de l'étude

Le type d'étude

Notre étude est une étude observationnelle descriptive. Ce sont des études de faible niveau de preuve.

Le biais de recrutement

Le biais de recrutement inhérent à la méthode de recrutement par envoi de questionnaire existe dans notre travail de recherche. Le taux de participation ne peut être calculé car nous ne disposons pas du nombre exact de courriers électroniques adressés via l'URPS aux médecins généralistes du Grand-Est. Ce taux de participation est probablement faible car nous avons été contraints à effectuer de nombreuses relances dans le but d'obtenir le nombre de réponses souhaitées. De plus, devant les difficultés rencontrées, nous avons dû secondairement envoyer le questionnaire via notre réseau interne et certains médecins ont directement diffusé le questionnaire à leurs contacts. Ces deux éléments participent également au biais de recrutement.

Les différences de l'échantillon avec la population cible

Comme nous l'avons vu précédemment, la population répondante est quelque peu différente de l'ensemble des médecins généralistes du Grand-Est. La population de médecins ayant répondu au questionnaire est composée de plus de femmes que l'ensemble des médecins généralistes de la région Grand-Est. De plus, nos médecins répondants sont également plus jeunes que la moyenne d'âge des médecins généralistes de la région.

Les limites du questionnaire

Un travail de recherche basé sur un questionnaire pose toujours la question des différences potentielles entre les réponses déclarées et leur réelle pratique clinique.

Le questionnaire a été formé de plusieurs questions à choix multiples. Les médecins avaient des propositions de réponses. Les choix ont pu être influencés par les propositions de réponses et orienter les médecins à donner des réponses qu'ils supposent attendues. Les réponses peuvent alors différer de leur pratique clinique réelle.

Néanmoins, nous avons essayé de réaliser le questionnaire à l'aide de questions simples, claires et précises dans le but de diminuer ce biais de suggestion. Certaines questions ont également été reformulées dans le but d'avoir la meilleure compréhension possible de la part des médecins répondants. Nous avons également inscrit des mentions dont voici un exemple « Toutes les situations ci-dessus peuvent faire évoquer des troubles de la déglutition, le but de cette question n'est pas d'évaluer vos connaissances théoriques mais d'identifier quelles situations pourraient rester "sous le radar" et par la suite proposer des outils adaptés. » dans le but de diminuer ce biais de suggestion.

Nous avons obtenu peu de réponses aux questions ouvertes. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela. D'une part, un manque de temps des médecins, un manque d'intérêt pour la question ou simplement aucune idée supplémentaire

Les difficultés de comparaison

Nous avons rencontré des difficultés de comparaison des résultats avec d'autres études car très peu d'autres études existent sur la prise en charge des troubles de la déglutition par les médecins généralistes chez les patients de plus de 65 ans vivant au domicile.

V) CONCLUSION

Les troubles de la déglutition touchent une proportion non négligeable de personnes âgées de plus de 65 ans, sont de causes multiples et peuvent entraîner des conséquences graves.

Dans ce travail de recherche, nous nous sommes intéressés au dépistage des troubles de la déglutition par les médecins généralistes chez leurs patients âgés, à leurs connaissances sur les symptômes, le diagnostic ainsi que la prise en charge.

Bien que la majorité des médecins interrogés ne pensent pas à dépister ces troubles chez leurs patients de plus de 65 ans, ils ont des connaissances satisfaisantes notamment concernant les pathologies, les signes cliniques, certains examens complémentaires et certains conseils aux patients.

Nous souhaitons, via ce travail de thèse, améliorer à notre échelle le niveau de connaissances des médecins ayant répondu au questionnaire en proposant des fiches pratiques (cf. Annexe 4) ainsi que des fiches conseils pour les patients (cf. Annexe 5). Vingt-neuf répondants ont souhaité obtenir ces fiches. D'autres moyens de formations, à plus grande échelle, seraient souhaitables pour optimiser les connaissances des médecins sur ce sujet et susciter leur intérêt par rapport à ces troubles.

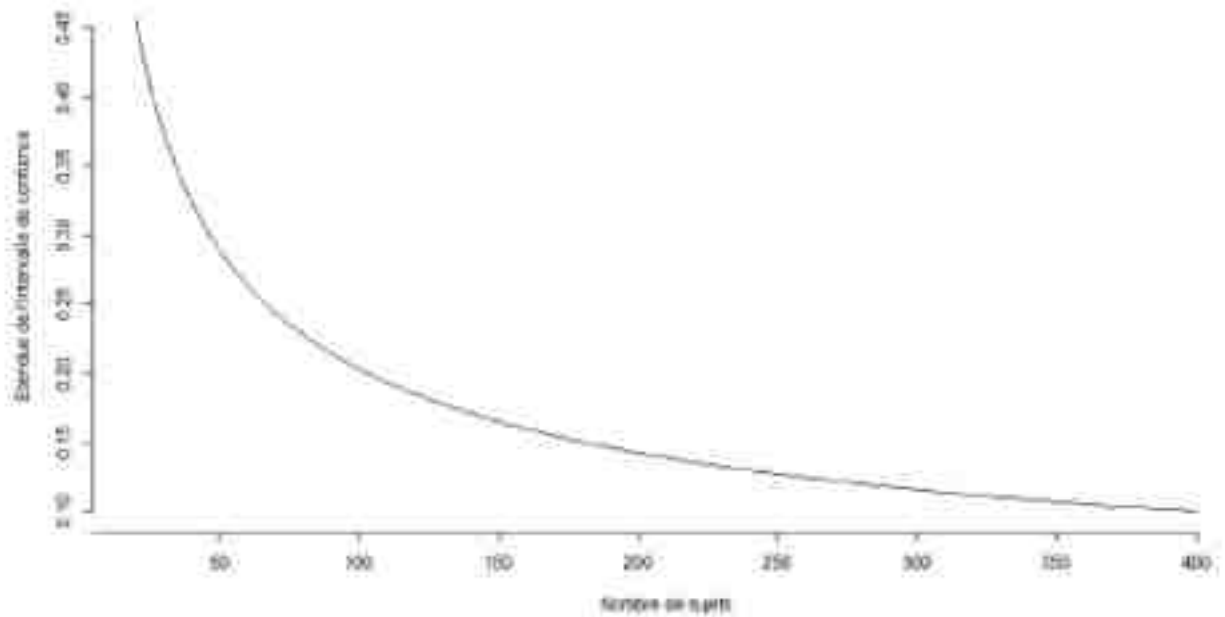
Il serait également intéressant de réaliser des études plus larges, à l'échelle nationale par exemple, pour évaluer les prises en charge des médecins sur tout le territoire ou encore d'interroger d'autres acteurs de soins participant au repérage de ces troubles tels que les infirmiers à domicile, les auxiliaires de vie ou encore l'entourage du patient.



VU
Strasbourg, le 11/07/2023
Le président du jury de thèse
Professeur Thomas VOGEL

Annexe 2 : Calcul du nombre de sujets nécessaires

Nombre de sujets	Intervalle de confiance à 95%	Etendue
20	[0.2720 ; 0.7280]	0.4560
40	[0.3380 ; 0.6620]	0.3240
60	[0.3681 ; 0.6319]	0.2638
80	[0.3860 ; 0.6140]	0.2280
100	[0.3983 ; 0.6017]	0.2034
120	[0.4074 ; 0.5926]	0.1852
140	[0.4144 ; 0.5856]	0.1712
160	[0.4200 ; 0.5800]	0.1600
180	[0.4247 ; 0.5753]	0.1506
200	[0.4287 ; 0.5713]	0.1426
220	[0.4320 ; 0.5680]	0.1360
240	[0.4350 ; 0.5650]	0.1300
260	[0.4376 ; 0.5624]	0.1248
280	[0.4399 ; 0.5601]	0.1202
300	[0.4420 ; 0.5580]	0.1160
320	[0.4439 ; 0.5561]	0.1122
340	[0.4456 ; 0.5544]	0.1088
360	[0.4471 ; 0.5529]	0.1058
380	[0.4486 ; 0.5514]	0.1028
400	[0.4499 ; 0.5501]	0.1002



Annexe 3 : Le questionnaire**PARTIE 1, PROFIL****Q1** : Vous êtes

- un homme
- une femme

Q2 : Quel est votre âge ?

- moins de 40 ans
- entre 40 et 49 ans
- entre 50 et 54 ans
- entre 55 et 59 ans
- 60 ans et plus

Q3 : Quel est votre mode d'exercice ?

- installé(e) en cabinet seul(e)
- installé(e) en cabinet de groupe
- installé(e) en maison de santé
- médecin remplaçant(e)

Q4 : Dans quelle zone exercez-vous (d'après le zonage conventionnel des médecins généralistes : https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_gene&view=map12) ?

- ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire
- ZAC : Zone d'Action Complémentaire
- QPV en ZIP : Quartier Prioritaire en ZIP
- QPV en ZAC : Quartier Prioritaire en ZAC
- ZV : Zone de Vigilance
- Hors Zonage

PARTIE 2, PATIENTELE**Q5** : Quelle est la proportion de patient(e)s de plus de 65 ans dans votre patientèle (uniquement pour les médecins installés) ?

- Moins de 25 %
- Entre 25 % et 50 %
- Entre 50 % et 75 %
- Plus de 75 %

Q6 : A quelle fréquence rencontrez-vous des patient(e)s de plus de 65 ans présentant des troubles de la déglutition ?

- jamais
- rarement
- occasionnellement
- souvent
- très souvent

PARTIE 3, DEPISTAGE

Q7 : Pensez-vous à dépister des troubles de la déglutition chez les personnes âgées de plus de 65 ans ?

- Oui
 Non

a) Dans votre expérience PERSONNELLE, lors des consultations avec VOS PATIENTS DE PLUS DE 65 ANS : dans quelle(s) situation(s) avez-vous pensé à dépister des troubles de la déglutition ? (Lire au préalable les précisions en gris ci-dessous)

- Patients souffrants de maladies neurologiques ou neurodégénératives (*SEP, maladie de Parkinson, SLA, maladie d'Alzheimer, démence à corps de Lewy..*)
 Patients présentant des pathologies vasculaires cérébrales (*post-AVC*)
 Patients présentant des pathologies stomatologiques (*xerostomie, mauvaise hygiène bucco-dentaire, hyposialie, mycose buccale ...*)
 Patients présentant des affections de la sphère ORL ou digestive (*diverticule de Zenker, cancer ...*)
 Patients présentant des pathologies musculaires (*myopathies, myasthénie...*)
 Patients alités ou ayant des difficultés de maintien de posture
 Patients présentant des troubles de la vigilance
 Patients ayant subits de la chirurgie ou des gestes invasifs (*intubation, radiothérapie ...*)
 Patients âgés polymédiqués (plus de 5 médicaments) ou prenant certains médicaments (tels que les AINS, les antidépresseurs, les neuroleptiques, les médicaments à effet anticholinergique, les antihistaminiques ou d'autres substances pouvant avoir un effet délétère sur la déglutition)

Précisions : toutes les situations ci-dessus peuvent faire évoquer des troubles de la déglutition, le but de cette question n'est pas d'évaluer vos connaissances théoriques mais d'identifier quelles situations pourraient rester "sous le radar" et par la suite proposer des outils adaptés.

b) Dans votre expérience PERSONNELLE, lors des consultations avec VOS PATIENTS DE PLUS DE 65 ANS : devant quel(s) signe(s) clinique avez-vous pensé à dépister des troubles de la déglutition ? (Lire au préalable les précisions en gris sous le tableau)

- Raclement de gorge fréquent
 Hypersalivation et/ou bavage
 Pneumopathies à répétition
 Fièvre à répétition inexpliquée
 Cavité buccale mal-odorante
 Déshydratation et/ou dénutrition
 Toux lors de la prise des repas
 Anxiété lors de la prise alimentaire et/ou exclusion de certains aliments
 Gene et/ou douleur lors de la prise alimentaire
 Voix mouillée
 Prise alimentaire lente avec stagnation des aliments dans la bouche
 Régurgitations d'aliments par le nez ou la bouche

Précisions : tous les symptômes ci-dessus peuvent faire évoquer des troubles de la déglutition, le but de cette question n'est pas d'évaluer vos connaissances théoriques mais d'identifier quelles situations pourraient rester "sous le radar" et par la suite proposer des outils adaptés.

Q8 : D'après vous, quelles personnes pourraient repérer les troubles de la déglutition chez les personnes âgées vivant au domicile ?

- Le médecin généraliste
- L'entourage du patient
- L'infirmier(e) diplômé(e) d'État intervenant au domicile
- Le kinésithérapeute intervenant au domicile
- L'auxiliaire de vie intervenant au domicile
- SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)
- Aide-ménagère au domicile

Autre(s) personne(s) pouvant repérer les troubles de la déglutition chez les personnes âgées vivant au domicile :

PARTIE 4, EXAMENS

Q9 a) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en 1ère intention, dans le cadre du diagnostic ETIOLOGIQUE, devant un trouble de la déglutition présumé d'origine DIGESTIF chez un patient de plus de 65 ans ?

- Un bilan biologique
- Un transit oeso-gastro-duodéal
- Une endoscopie oeso-gastro-duodénale
- Une évaluation des fonctions respiratoires
- Une manométrie oesophagienne
- Une radiographie du thorax ou un scanner thoracique
- Une imagerie cérébrale
- Une nasofibroscopie
- Une vidéofluoroscopie
- Une échoendoscopie haute

Précisions : le but de cette question n'est pas d'évaluer vos connaissances théoriques mais d'identifier quels examens pourraient rester "sous le radar" pour pouvoir par la suite proposer des outils adaptés.

Autre(s) examen(s) :

b) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en 1ère intention, dans le cadre du diagnostic ETIOLOGIQUE, devant un trouble de la déglutition présumé d'origine ORL chez un patient de plus de 65 ans ?

- Un bilan biologique
- Un transit oeso-gastro-duodéal
- Une endoscopie oeso-gastro-duodénale
- Une évaluation des fonctions respiratoires
- Une manométrie oesophagienne
- Une radiographie du thorax ou un scanner thoracique
- Une imagerie cérébrale
- Une nasofibroscopie
- Une vidéofluoroscopie
- Une échoendoscopie haute

Précisions : le but de cette question n'est pas d'évaluer vos connaissances théoriques mais d'identifier quels examens pourraient rester "sous le radar" pour pouvoir par la suite proposer des outils adaptés.

Autre(s) examen(s) :

PARTIE 5, PRISE EN CHARGE

Q10 : Faites-vous appel à un ou des autre(s) professionnel(s) de santé pour la prise en charge THERAPEUTIQUE des troubles de la déglutition des personnes âgées ?

- Oui
- Non

Si oui, le ou lesquels ?

- Kinésithérapeute
- Diététicien
- Orthophoniste
- Chirurgien-dentiste

Autre(s) professionnel(s) :

Q11 : Concernant les conseils donnés aux patients et aux aidants, quelle est la posture la plus adaptée pour limiter les troubles de la déglutition selon-vous ?

- repas en position allongé sur le dos
- repas en position allongé sur le coté
- repas en position assise avec une flexion de la tête en arrière
- repas en position assise avec une flexion de la tête en avant
- aucune des propositions
- pas d'avis

Q12 : Selon vous, quel ustensile est le plus approprié pour limiter les troubles de la déglutition aux liquides ?

- verre à bec
- verre avec une paille
- verre à encoche nasale
- aucune des propositions
- pas d'avis

Q13 : Dans votre expérience PERSONNELLE, quel(s) conseil(s) avez-vous pensé à donner à VOS PATIENTS souffrant de troubles de la déglutition concernant les textures des aliments ? (Précisions en gris sous les propositions)

- préférer les textures hachées ou mixées en cas de difficulté de mastication
- éviter les aliments de type riz/semoule/graines
- éviter de manger des aliments ayant des textures trop différentes, préférer les préparations homogènes
- éviter les aliments filandreux
- aucune des propositions

Autre(s) conseil(s) :

Précisions : tous les conseils suivants pourraient être donnés, le but de cette question n'est pas d'évaluer vos connaissances théoriques mais d'identifier quels points seraient intéressant à préciser dans de futurs outils.

Q14 : Dans votre expérience PERSONNELLE, quel(s) conseil(s) avez-vous pensé à donner à VOS PATIENTS souffrant de troubles de la déglutition concernant les conditions de prise des repas ?
(Précisions en gris sous les propositions)

- aidant assis en face du patient et non debout
- ne pas discuter avec le patient lors des repas
- mettre en place un environnement calme (sans musique ni télévision)
- aucune des propositions

Autre(s) conseil(s) :

Précisions : tous les conseils suivants pourraient être donnés, le but de cette question n'est pas d'évaluer vos connaissances théoriques mais d'identifier quels points seraient intéressant à préciser dans de futurs outils.

LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION DE LA PERSONNE AGEE

DYSPHAGIE OROPHARYNGEE

Définition :

Difficulté à assurer la progression des aliments de la cavité buccale vers la région supérieure de l'œsophage.

Symptômes :

Difficulté à initier la déglutition, blocage au niveau pharyngé, gêne à la déglutition localisée au niveau cervicale, odynophagie, régurgitation des aliments par le nez ou par la bouche, toux lors des repas, blocage des aliments dans la bouche, voix « mouillée » lors des repas, bavage, raclement de gorge fréquent, fausses routes, réduction des prises alimentaires, modification des textures acceptées par le patient, allongement de la durée des repas par rapport à la durée habituelle.

Complications communes :

Déshydratation, dénutrition, isolement de la personne âgée, pneumopathie d'aspiration, mortalité accrue.

Démarche diagnostique :

Interrogatoire

Examen clinique

+/- un « test à l'eau » en consultation

Examens complémentaires : diagnostic positif et étiologique :

- *médecin ORL*
- *vidéofluoroscopie (VFS) ou radiocinéma* : analyse dynamique des différentes phases de la déglutition +/- TOGD
- *nasofibroscopie* : exploration invasive des voies aérodigestives supérieures
- *manométrie pharyngo-oesophagienne* : détermination des pressions
- *IRM dynamique* : meilleure analyse des tissus mous
- *médecin neurologue* si une cause neurologique et suspectée : *imagerie cérébrale, scanner cervico-thoracique et de la base du crane* ou *électromyogramme*

Examens complémentaires : recherche de complications

- *État d'hydratation*
- *État nutritionnel* : poids, albumine et pré-albumine
- *État respiratoire* : cliniquement +/- imagerie

DYSPHAGIE OESOPHAGIENNE

Définition :

Difficulté de progression du bol alimentaire du sphincter supérieur de l'œsophage à l'estomac.

Symptômes :

Sensation de blocage au niveau rétrosternal, douleur en rétrosternal lors du passage du bol alimentaire.

Complications communes :

Déshydratation, dénutrition, isolement de la personne âgée, pneumopathie d'aspiration, mortalité accrue.

Démarche diagnostique :

Interrogatoire

Examen clinique

+/- un « test à l'eau » en consultation

Examens complémentaires : diagnostic positif et étiologique :

- *médecin gastro-entérologue*
- *endoscopie oeso-gastro-duodénale* : étude de la muqueuse œsophagienne, biopsies
- *échoendoscopie ou scanner thoracique* : si des signes de compression digestive extrinsèques sont retrouvés
- *transit oeso-gastro-duodéal* : si sténose infranchissable
- *manométrie œsophagienne* : si un trouble moteur de l'œsophage est suspecté

Examens complémentaires : recherche de complications

- *État d'hydratation*
- *État nutritionnel* : poids, albumine et pré-albumine
- *État respiratoire* : cliniquement +/- imagerie thoracique

LES ETIOLOGIES

1) Les pathologies neurologiques ou neuromusculaires

L'accident vasculaire cérébral, les atteintes du tronc cérébral ou des nerfs crâniens, les traumatismes crâniens, les tumeurs cérébrales, la sclérose en plaque, les causes infectieuses, les syndromes Parkinsoniens, les troubles neurocognitifs majeurs, le syndrome de Guillain Barré, la myasthénie ou les myopathies.

2) Les pathologies oto-rhino-laryngologiques

Les tumeurs ORL, les compressions extrinsèques du carrefour aérodigestif, les atteintes secondaires à des interventions thérapeutiques, les étiologies locorégionales infectieuses.

3) Les pathologies œsophagiennes

Les pathologies touchant le sphincter supérieur de l'œsophage, le diverticule de Zenker, l'achalasia du sphincter supérieur de l'œsophage, les tumeurs sténosantes de l'œsophage, les tumeurs extrinsèques comprimant les voies digestives ou les œsophagites.

4) Les médicaments

Les médicaments anticholinergiques, les neuroleptiques, traitements inhalés, les benzodiazépines, les anti-convulsants, les antipsychotiques, les opiacés, certains antibiotiques, les anti-inflammatoires stéroïdiens ou non, les bisphosphonates.

5) La presbyphagie

La presbyphagie correspond au vieillissement physiologique de la fonction de déglutition liée à l'âge.

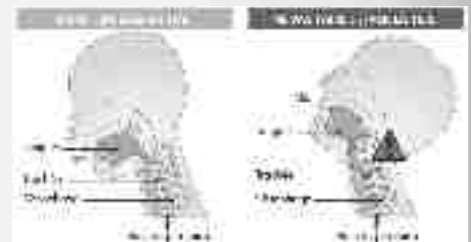
LA PRISE EN CHARGE

La prise en charge thérapeutique du patient présentant des troubles de la déglutition nécessite la coordination de plusieurs professionnels notamment les **médecins généralistes et spécialistes**, les **orthophonistes**, les **kinésithérapeutes**, les **infirmiers**, les **aides-soignants**, les **auxiliaires de vie**, les **psychomotriciens**, les **ergothérapeutes**, les **chirurgiens-dentistes** et les **pharmaciens**.

→ MESURES SPECIFIQUES A CHAQUE ETIOLOGIE

→ MESURES GENERALES :

- **Mesures locales** : hygiène bucco-dentaire satisfaisante, adapter les prothèses dentaires et traiter une éventuelle mycose buccale associée
- **Ajustements posturaux** : prise des repas en position assise ou semi-assise, associée à une antéflexion céphalique, limiter les distractions lors des repas (discussion, télévision, radio), aidant assis à la même hauteur ou légèrement sous le patient.
- **Aides techniques** : couverts à gros manches, rebord d'assiette, verre à encoche nasale
- **Adaptation des textures alimentaires** : petites bouchées, aliments coupés finement, moulinsés ou mixés, froids ou chauds, épicés ou acide, ajout de crème ou de beurre pour limiter le risque de dénutrition, éviter les aliments solides dispersibles, préférer l'eau pétillante ou gélifiée
- **Manœuvres compensatoires (orthophoniste)** : fermeture précoce, adduction volontaire des cordes vocales, déglutition d'effort
- **Nutrition entérale ou parentérale en dernier recours**



Conseils d'aide aux repas pour les patients présentant des troubles de la déglutition

L'aidé

- Le patient doit être **bien positionné dans son fauteuil** pour ne pas glisser
- En position **assise** ou **semi-assise**, tête légèrement fléchie **en avant**
- Vérifier que l'appareil dentaire soit **adapté et en place**
- Il doit être **vigilant** à la prise de nourriture
- **Rincer** soigneusement la bouche et laver les dents et/ou l'appareil dentaire après chaque repas pour éliminer tout résidu alimentaire
- **Ne pas se recoucher** dans les 30 min qui suivent la prise du repas

Bonne position

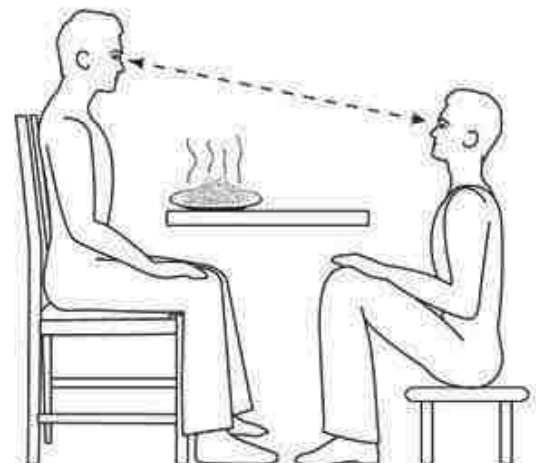


Position déconseillée



L'aidant

- **Prendre le temps** nécessaire au repas
- S'asseoir **en face** du patient, légèrement **sous** celui-ci pour éviter l'hyper-extension de la tête
- Bien **attendre** la déglutition de la première bouchée avant d'initier la seconde
- **S'arrêter** lorsque le patient aidé montre des signes de fatigue
- Savoir **reconnaître** les signes de fausses routes (toux, raclement de gorge, régurgitation des aliments, difficulté respiratoire ...)



La prise des repas

- L'environnement doit être **calme, sans distraction**



- Utiliser une **cuillère à café** car celle-ci permet de gérer les volumes avalés

- Utiliser des **couverts à gros manches**

- Privilégier les aliments **chauds** ou **bien frais** aux aliments à température ambiante

- **Adapter les textures alimentaires** : éviter les aliments secs ou dispersibles ou en grains (riz, semoule, lentilles, haricots secs), hacher ou mixer les aliments en cas de troubles de la mastication, épaissir les repas pour majorer les apports caloriques

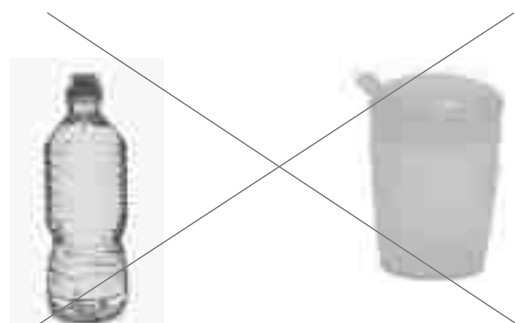


- Favoriser les **aliments riches en goûts**

- Éviter les aliments en sauce car il est important de ne pas mélanger dans une même bouchée des textures liquides et solides



- **Concernant les liquides**, utiliser un verre à encoche nasale, de l'eau pétillante, de l'eau gélifiée ou les boissons épaissies lorsque les troubles de déglutition se majorent ; la paille permet d'éviter l'extension de la tête mais à utiliser avec précaution car le volume de boisson aspiré est difficile à contrôler ; ne pas utiliser de verre à bec ; ne pas boire directement dans la bouteille



BIBLIOGRAPHIE

1. Forster A, Samaras N, Notaridis G, Morel P, Hua-Stolz J, Samaras D. Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. avr 2013;13(74):107-16.
2. Marmouset F, Bobillier C, Picon L, Morinière S. Physiologie de la déglutition normale. *EMC-Gastro-Entérologie*. sept 2020;37(4):1-8.
3. Le mécanisme de la déglutition [Internet]. 2016 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.lvlmedical.com/patients-nutrition/troubles-deglutition>
4. Biet A. Physiologie de la déglutition [Internet]. 2012 2013 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/9458939/>
5. Leemann DB, Sergi S, Sahinpasic L. Détection et prise en charge d'un trouble de déglutition neurologique. *Rev Médicale Suisse*. 2016;12:467-71.
6. Lee Lynch K. Dysphagie [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2020 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-gastro-intestinaux/troubles-%C5%93sophagiens-et-de-la-d%C3%A9glutition/dysphagie>
7. Puisieux F, d'Andrea C, Baconnier P, Bui-Dinh D, Castaings-Pelet S, Crestani B et al. Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *juin 2009;26(6):587-605*.
8. Ott D, Pikna L. Clinical and videofluoroscopic evaluation of swallowing disorders. *Am J Roentgenol*. 1993;161(3):507-13.
9. Université Médicale Virtuelle Francophone. Item 308 : Dysphagie [Internet]. 2008 [cité 5 juill 2021]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item308/site/html/cours.pdf>
10. Forster A, Samaras N, Gold G, Samaras D. Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. *Eur Geriatr Med*. 1 déc 2011;2(6):356-62.
11. Turley R, Cohen S. Impact of voice and swallowing problems in the elderly. *Otolaryngol Neck Surg*. 1 janv 2009;140(1):33-6.
12. Chen PH, Justin S. Golub, Edie R. Hapner, Michael M. Johns III. Prevalence of Perceived Dysphagia and Quality-of-Life Impairment in a Geriatric Population. *Dysphagia* 2009;24(1):1-6.
13. Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prévalence of impaired swallowing in institutionalized older people in taiwan. *J Am Geriatric Soc* 2002;50(6):118-23.
14. Altman KW, Yu GP, Schaefer SD. Consequence of Dysphagia in the Hospitalized Patient: Impact on Prognosis and Hospital Resources. *Arch Otolaryngol Neck Surg*. 16 août 2010;136(8):784.
15. Pepersack T, Maes G, Allègre S, Praet JP. Dysphagia: a geriatric syndrome? *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. déc 2016;14(4):371-6.
16. Halos MA, De Pippo KL, Reading MJ. Aspiration and relative risk of medical complications following stroke. *Arch Neurol*. 1994;51:1051-3.
17. Mann G, Hankey G, Cameran D. Swallowing function after stroke : prognosis an prognostic factors at 6 mounths. *Stroke*. 1999;30:744-448.
18. France Parkinson. Les troubles de la déglutition [Internet]. Troubles de la déglutition. 2019 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: https://www.franceparkinson.fr/wp-content/uploads/2019/11/FranceParkinson_Flyer_D%C3%A9glutition.pdf
19. Seçil Y, Arıcı Ş, İncesu TK, Gürgör N, Beckmann Y, Ertekin C. Dysphagia in Alzheimer's disease. *Neurophysiol Clin Neurophysiol*. juin 2016;46(3):171-8.
20. Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J. Les troubles de la déglutition du sujet âgé : un problème trop souvent sous-estimé. *Rev Med Liège*. :7.

21. Collège Français d'ORL. Item 308 : Dysphagie [Internet]. campus.cerimes. 2010. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/orl/enseignement/dysphagie/site/html/cours.pdf>
22. Item 295 - UE9 - Tumeurs de la cavité buccale, nasosinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures [Internet]. [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: <https://campusorl.fr/espace-etudiants/2eme-cycle-ecni/item-295-tumeurs-de-la-cavite-buccale-naso-sinusiennes-et-du-cavum-et-des-voies-aerodigestives-superieures/>
23. Spenle A. Prise en charge orthophonique de la dysphagie consécutive à une chirurgie carcinologique bucco-pharyngo-laryngée: état des lieux en service hospitalier, en centre de rééducation et en cabinet libéral [Mémoire d'orthophonie]. Université de Nancy; 2010.
24. Troubles de la déglutition supraœsophagienne [Internet]. FMC-HGE. 2003 [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2003-paris/troubles-de-la-deglutition-supraoesophagienne/>
25. Sina A. Chirurgie de l'obésité, digestive et viscérale - Le diverticule de Zenker [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.obesite-chirurgie-digestive-nantes.com/pages/diverticule-de-zenker.php>
26. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux [Internet]. 2014 [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
27. Jörgensen T, Johansson S, Kennerfalk A, Wallander MA, Svärdsudd K. Prescription Drug Use, Diagnoses, and Healthcare Utilization among the Elderly. *Ann Pharmacother.* sept 2001;35(9):1004-9.
28. Preskorn SH, Silkey B, Shah R, Neff M, Jones TL, Choi J, et al. Complexity of Medication Use in the Veterans Affairs Healthcare System: Part I: Outpatient Use in Relation to Age and Number of Prescribers. *J Psychiatr Pract.* janv 2005;11(1):5-15.
29. Wieseke A, Bantz D, Siktberg L, Dillard N. Assessment and Early Diagnosis of Dysphagia. *Geriatr Nur (Lond).* nov 2008;29(6):376-83.
30. Allepaerts S, Delcourt S, Petermans J. Personnes âgées et troubles de la déglutition : une approche pluridisciplinaire. *Rev Med Liège.* 2014;(69):1-8.
31. Ekberg O, Feinberg MJ. Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases. *Am J Roentgenol.* juin 1991;156(6):1181-4.
32. Pelissier P, Finiels H, Poudroux P. Les troubles de la déglutition du sujet âgé. *Presse Médicale.* 2001;30-33:1617-64.
33. Schweizer V. Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Rev Med Suisse.* 2010;6(265):1859-62.
34. Société savante médicale française d'hépto-gastroentérologie et d'oncologie digestive. Dysphagie [Internet]. [cité 5 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/dysphagie>
35. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment. *Dysphagia.* 1 avr 2002;17(2):139-46.
36. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A, et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr.* avr 2005;59(4):578-83.
37. Reza Shariatzadeh M, Huang JQ, Marrie TJ. Differences in the Features of Aspiration Pneumonia According to Site of Acquisition: Community or Continuing Care Facility: aspiration pneumonia, site of acquisition. *J Am Geriatr Soc.* févr 2006;54(2):296-302.
38. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing.* 1 janv 2010;39(1):39-45.
39. DePippo KL, Holas MA, Reding MJ. Validation of the 3-oz Water Swallow Test for

- Aspiration Following Stroke. Arch Neurol. 1 déc 1992;49(12):1259-61.
40. Guatterie M, Lozano V. Troubles de déglutition après accident vasculaire cérébral : évaluation et prise en charge. J Réadapt Médicale. 1999;19(3):93-7.
 41. Guilleré F. Contribution de l'IRM à l'analyse de la physiologie de la déglutition et des dysphagies oropharyngées : étude fonctionnelle des prothèses intra-laryngées [Thèse Sciences Médicales]. Strasbourg; 2013.
 42. Navel J, Petit V. Méthodes de rééducation du temps pharyngé de la déglutition chez l'adulte [Mémoire diplôme d'Orthophonie]. [Marseille]: Marseille Université; 2020.
 43. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
 44. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
 45. Région du Grand Est, Insee [Internet]. 2021 [cité 8 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-44#chiffre-cle-1>
 46. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_gene&view=map12
 47. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=reg.44&selgeo2=fra.99>
 48. Secteurs féminisés : la parité s'éloigne encore - Insee Analyses Centre-Val de Loire - 60 [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4625796#titre-bloc-13>
 49. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>
 50. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 27 sept 2022]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#view=map8&c=indicator>
 51. Pierre-Louis N. Prise en charge des troubles de la déglutition chez les patients âgés par les médecins généralistes Picards [Thèse de Médecine]. [Faculté de médecine d'Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
 52. Sorel L. La prise en charge des troubles de la déglutition des personnes âgées par les internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen [Thèse de Médecine].
 53. Rapin P, J Linay. Démarche d'éducation pour la santé concernant les troubles de la déglutition [Mémoire diplôme d'Orthophonie]. 2009.
 54. Kopf I. Les troubles de la déglutition chez l'adulte: élaboration de fiches d'information destinées aux familles.
 55. Devillard M. Vidéofluoroscopie de déglutition, élaboration et expérimentation au C.H.U de Hautepierre à Strasbourg. In Strasbourg: Editions Universitaires Européennes; 2012. p. 57.
 56. Pastré B, Verpeaux L. Le patient dysphagique à domicile : parcours de soins, interventions thérapeutiques, coordination des prises en charge [Mémoire diplôme d'Orthophonie]. 2014.
 57. Zonage Grand-Est – Fédération Nationale des Orthophonistes [Internet]. [cité 27 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.fno.fr/ressources-diverses/zonage-grand-est/>
 58. Delbart Brieden V. Dépistage et prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la déglutition du patient âgé et rôle de l'orthophoniste : action de prévention auprès des professionnels de l'Hospitalisation A Domicile du Nord Pas-de-Calais [Mémoire diplôme

d'Orthophonie]. 2016.

59. Accès aux soins – Fédération Nationale des Orthophonistes [Internet]. [cité 2 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.fno.fr/acces-aux-soins/>

60. Observatoire National de la Démographie des Professions de santé. Etude sur les champs d'interventions des orthophonistes : Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions. 2011.

61. Laurence Tain. Le métier d'orthophoniste. 2ème édition. PRESSES de l'EHESP; 2016. (Métier Santé Social).

62. Pineau L. Elaboration d'un livret d'information sur les troubles de la déglutition chez la personne âgée et sur les aménagements possibles, à destination des soignants des services de gériatrie [Mémoire diplôme d'Orthophonie]. 2014.

63. Welch M, Logemann J, Rademaker A, Kahrilas P, others. Changes in pharyngeal dimensions effected by chin tuck. Arch Phys Med Rehabil. 1993;74(2):178-81.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : LEITNER Prénom : Amandine

Ayant été informé(e) qu'en réappropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale: 

à Strasbourg, le 26/02/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME**Objectif :**

Les troubles de la déglutition touchent une proportion non négligeable de personnes âgées de plus de 65 ans. L'objectif principal de notre étude est de déterminer quelle est la proportion de médecins généralistes de la région du Grand-Est qui dépistent les troubles de la déglutition chez leurs patients âgés de plus de 65 ans.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude observationnelle et descriptive à l'aide d'un auto-questionnaire. Cet auto-questionnaire a été envoyé par voie électronique aux médecins généralistes de la région du Grand-Est.

Résultats :

Cent cinquante médecins généralistes ont répondu au questionnaire, principalement des médecins installés dans un cabinet de groupe, de moins de 40 ans, de sexe féminin qui rencontraient « rarement » ou « occasionnellement » des patients souffrant de troubles de la déglutition. Trente-trois virgule sept pour cent pensaient à dépister les troubles de la déglutition chez leurs patients de plus de 65 ans. Les médecins y pensaient principalement dans le cadre de pathologies neurologiques (98,2 %) ou neurovasculaires (94,5 %). Les symptômes évocateurs de troubles de la déglutition pour les médecins interrogés étaient la toux lors de la prise des repas (98,2 %), les pneumopathies à répétition (96,4 %) et l'alimentation lente (78,2 %). Parmi l'ensemble des médecins interrogés, 97,3 % pensaient que l'entourage du patient pouvait repérer ces troubles, 84,7 % pensaient que les médecins généralistes pouvaient les repérer, 85,3 % pensaient que les infirmiers et enfin 88,7 % des médecins pensaient que les auxiliaires de vie pouvaient être amenés à repérer les troubles de la déglutition. Concernant la prise en charge thérapeutique de ces troubles, 92,7 % des médecins interrogés faisaient appel à d'autres professionnels de santé dont 93,5 % faisaient appel à des orthophonistes. Les connaissances des médecins interrogés concernant la posture à adopter lors des repas des patients étaient correctes car 68 % des médecins interrogés conseillaient une anté-flexion de la tête lors de la prise des repas. Par contre, les avis concernant les ustensiles à utiliser pour les repas et notamment la prise des boissons chez les patients souffrant de troubles de la déglutition étaient plus partagés. En effet, 34 % des médecins interrogés préconisaient l'utilisation d'un verre avec une paille pour limiter les fausses routes, 23 % préconisaient des verres à bec et 22 % préconisaient un verre à encoche nasale.

Discussion :

Notre échantillon de médecins ayant répondu au questionnaire est composé de plus de femmes, qui sont également plus jeunes que les médecins généralistes libéraux de la région du Grand-Est.

En comparant notre étude avec la littérature, nous pouvons observer que les troubles de la déglutition sont peu rencontrés dans la pratique des médecins interrogés, que les médecins estiment avoir un manque de connaissances sur le sujet et que l'expérience acquise au cours des années de pratique favoriserait le dépistage de ces troubles.

Conclusion :

Le nombre conséquent de réponses à notre questionnaire montre une fiabilité des résultats.

Des formations à plus grande échelle restent néanmoins nécessaires pour sensibiliser les médecins généralistes au dépistage et à la prise en charge des troubles de la déglutition chez leurs patients de plus de 65 ans.

Rubrique de classement : médecine générale

Mots-clés : dysphagie, troubles de la déglutition, personnes âgées

Président : Professeur VOGEL Thomas**Assesseurs :** Professeur SCHULTZ Philippe
Docteur BOUSSUGE Alexandre**Adresse de l'auteur :** 14 rue du Muguet, 67 240 Oberhoffen-sur-moder