



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement, et la Recherche en Ergothérapie

52, rue de Vitruve 75020 PARIS

Troubles de la déglutition

Intervention de l'ergothérapeute au sein de

l'équipe de l'EHPAD

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Marijane Provenzano-Loizillon

Hélène FUNGERE

Session Juin 2018

Note aux lecteurs :

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné »

Remerciements

Je présente mes remerciements les plus vifs aux ergothérapeutes et autres professionnels qui ont accepté de participer à ce travail.

Je remercie Mme Provenzano-Loizillon, ma maître de mémoire pour sa disponibilité, son attention, ses conseils, et ses corrections.

Merci à Mme Freulon et à l'équipe pédagogique de l'ADERE pour leur accompagnement tout au long de ce cursus d'études.

Enfin, un énorme merci à mes « supporters » pour leur présence et leur patience.

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS	3
INTRODUCTION	4
I CADRE THÉORIQUE	6
1 L'EHPAD	6
1.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD ?	6
1.2 Quelles sont les obligations d'un EHPAD ?	6
1.3 Évaluations de la dépendance et du besoin de soins requis	7
1.4 Actualité	8
2 LA PERSONNE ÂGÉE EN EHPAD	8
2.1 Le vieillissement	8
2.2 L'aspect psychologique	9
3 LA PRISE ALIMENTAIRE	10
3.1 Différentes dimensions	10
3.2 Le repas	10
3.3 Le repas en EHPAD	10
4 LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION	11
4.1 La déglutition	12
4.2 Les troubles de la déglutition	12
4.3 Les conséquences	14
4.4 La personne âgée dysphagique en EHPAD	15
5 L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE EN EHPAD	16
5.1 Compétences quant aux troubles de la déglutition des professionnels exerçant en EHPAD	16
5.2 Les autres professionnels	18
5.3 La famille	19
6 LES SPÉCIFICITÉS DE L'ERGOTHÉRAPEUTE	20
6.1 Compétences de l'ergothérapeute	20
6.2 L'ergothérapeute en EHPAD	20
6.3 L'ergothérapeute autour du repas et de la personne dysphagique	21
6.4 Le PPH	21
6.5 Bilans et évaluations du repas	23
6.6 Objectifs d'interventions auprès de la personne dysphagique	24
6.7 Interventions	24

6.4	La collaboration dans l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD intervenant auprès de la personne dysphagique.....	26
II MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE.....		29
1	RECUEIL DE DONNÉES.....	29
1.1	Enjeux de l'enquête.....	29
1.2	Lieu de l'enquête et population cible.....	29
1.3	Choix de l'outil d'enquête.....	30
1.4	Élaboration du guide d'entretien.....	30
1.5	Contexte de réalisation des entretiens.....	32
2	TRAITEMENT DES DONNÉES.....	33
2.1	Profil des ergothérapeutes interviewées.....	33
2.2	Particularités de l'exercice de l'ergothérapeute en EHPAD.....	34
2.3	L'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD.....	36
2.4	Les résidents ayant des troubles de la déglutition en EHPAD.....	38
2.5	L'ergothérapeute en EHPAD et le suivi des troubles de la déglutition.....	42
2.6	L'amélioration de la prise du repas et la diminution des fausses routes alimentaires.....	47
2.7	Autres remarques.....	51
3	ANALYSE DES RÉSULTATS EN REGARD DU CADRE THÉORIQUE.....	52
3.1	Les troubles de la déglutition en EHPAD.....	52
3.2	L'ergothérapeute en EHPAD.....	53
3.3	Spécificités auprès de la personne dysphagique en EHPAD.....	53
3.4	La formation des aidants au repas.....	54
3.5	La collaboration de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès de la personne dysphagique.....	54
4	DISCUSSION.....	54
4.1	Vérification de l'hypothèse de recherche.....	55
4.2	Retour sur la question de recherche.....	55
4.3	Réflexions complémentaires.....	56
4.4	Limites de la méthode de recherche.....	57
CONCLUSION.....		58
BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAFIE.....		59
TABLE DES ANNEXES.....		I

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS

AES	Accompagnant Éducatif et Social
AFEG	Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide Médico Psychologique
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
ASH	Agent de Service Hospitalier
ASV	Adaptation de la Société au Vieillessement
AVQ	Activité de la Vie Quotidienne
AVS	Auxiliaire de la Vie Sociale
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination en gérontologie
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EHPA	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées
GIR	Groupes Iso Ressources
GMP	Groupe iso-ressources Moyen Pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IDEC	Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice
MDH-PPH	Modèle de Développement Humain–Processus de Production du Handicap
MNA	Mini Nutritional Assesment
OMS	Organisation Mondiale de la santé.
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PNNS	Programme National Nutrition Santé

Nota Bene : le sigle PA réfère « Personne Âgée » dans le cadre de ce travail.

INTRODUCTION

Comme le soulignait Villez en 2007, l'hébergement des personnes âgées (PA) voit une évolution depuis une trentaine d'années simultanément à celle de la société. Les lois n°75-535 du 30 juin 1975, la réforme de 1997, et la réforme sur la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes en 2001, ont vu cet accueil passer des hospices, aux maisons de retraite pour personnes valides, à des modalités d'accueil en différents établissements pour personnes âgées (EPA). Ceci allant depuis de pair avec la loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), encourageant l'accompagnement à domicile des PA. La DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques) en juillet 2017, suite à son étude EHPA 2015, identifie ces résidences en 6 catégories : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueillant 80 % de cette population, les logements-foyers (renommés résidences autonomes, par la loi ASV), les EHPA souvent encore dénommés « maison de retraite », les unités de soins de longue durée, les résidences d'hébergement temporaire, et les établissements expérimentaux.

Selon le rapport de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) paru en novembre 2017, on dénombrait 6884 EHPAD proposant un hébergement permanent en 2016. Les entrants en EHPAD ont un âge de plus en plus avancé (85 ans en moyenne), 48% ont 90 ans ou plus, et sont dits très dépendants. En institution, 86 % des PA de 75 ans ou plus sont dépendantes, contre 13 % des personnes du même âge vivant à domicile.

Parmi les problématiques de la population accueillie en EHPAD, surgit celle de la dénutrition de la PA. En effet : le risque de mortalité d'une personne dénutrie est multiplié de 4 à 6 fois, et le risque de morbidité de 2 à 6 fois (Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, 2012).

La prévalence de la dénutrition en EHPAD est floue : 10 à 80 % selon les auteurs. Les pourcentages pris en compte par l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile de France sont ceux du codage PATHOS de 2010 : 23,25% pour les EHPAD d'Ile de France, et 15 à 38 % en France. Le rapport PATHOS 2012, stipule que 12,5 % de ces résidents présentent une dénutrition sévère, et/ou nécessitent une dépendance globale plus importante que les non dénutris.

En 2007, la haute autorité de santé (HAS) dans ses recommandations professionnelles, identifie les troubles de la déglutition comme étant l'un des facteurs de dénutrition de la personne âgée (ANNEXE 1). L'équipe de l'Intergroupe Pneumo Gériatrie SPLF-SFGG

coordonnés par le professeur Puisieux (2009) expose une prévalence de ces troubles de 30 à 40% en institution. Pour les traiter, l'HAS recommande entre autres une prise en charge pluridisciplinaire.

En avril 2017, parallèlement au début de l'élaboration de mon mémoire de fin d'étude, j'ai lu un article dans un quotidien. Il y était présenté une expérimentation culinaire visant à diminuer les repas mixés dans un EHPAD. 30 à 40% des résidents en établissement médicalisé auraient cette texture d'aliments pour limiter les fausses routes alimentaires. Or ceci ne serait utile que suite à des pathologies comme certains AVC. La décision de revenir à une alimentation en morceaux s'est prise entre direction, chef étoilé, et orthophoniste.

C'est une petite action en interdisciplinarité par rapport aux troubles de la déglutition, et au quotidien des résidents en EHPAD, concernant 3 professionnels.

J'ai eu une expérience de stage en IEM-CRF (Institut d'Éducation Motrice- Centre de Rééducation Fonctionnelle) auprès d'enfants et adolescents. Dans cet établissement les ergothérapeutes participaient en transdisciplinarité à la prévention des conséquences des troubles de la déglutition. J'ai eu envie de savoir si les mêmes actions étaient possibles en EHPAD.

Ma question de départ fut donc :

Quelle place occupe l'ergothérapeute dans l'équipe interdisciplinaire concernant le suivi des troubles de la déglutition de la personne âgée en EHPAD ?

Mon enquête exploratoire a montré que l'ergothérapeute intervient dans ce cadre mais pas seul.

La question de recherche que j'ai élaborée ensuite est :

Quelles spécificités l'ergothérapeute apporte-t-il au sein d'une équipe pluridisciplinaire concernant le suivi des troubles de la déglutition des personnes résidant en EHPAD ?

Pour répondre à cette question, j'ai suivi une démarche de recherche. J'ai commencé par me documenter sur les différents termes de la question pour établir un cadre théorique. Ceci m'a permis d'élaborer une hypothèse de recherche. Pour la valider, j'ai préparé une enquête de terrain suivant les thèmes de la recherche. Puis l'ai réalisée auprès d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD. Après analyse des résultats de cette enquête, et comparatif de la théorie et des résultats de la pratique interrogée, j'ai pu discuter de l'apport de la recherche par rapport à l'hypothèse et à la question de recherche, et réfléchir aux limites de ma méthode de recherche. Une conclusion avec des perspectives clos ce travail qui est présenté ci-après.

I CADRE THÉORIQUE

1 L'EHPAD

Tout d'abord, il faut connaître les caractéristiques de l'établissement concerné par l'étude.

1.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Selon le service public, avec vérification de la CNSA en janvier 2017 : l'EHPAD a pour mission d'héberger à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire, des personnes dépendantes, de 60 ans ou plus. Y est mis en place avec la personne accueillie un projet d'accompagnement personnalisé visant à favoriser l'exercice ses droits. Il comprend un projet de soins et un projet de vie.

Le statut de l'EHPAD peut être public, privé à but lucratif, ou privé associatif.

L'ensemble du secteur des établissements pour personnes âgées est réglementé par la loi n°75-535 du 3 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

La personne accueillie sur ce lieu de vie n'est pas un patient mais un résident. Pour assurer cette particularité voyons ci-dessous quelles sont les garanties de l'EHPAD.

1.2 Quelles sont les obligations d'un EHPAD ?

Le décret du 26 août 2016 indique la composition minimale de l'équipe pluridisciplinaire exerçant en EHPAD : un médecin coordonnateur, un infirmier diplômé d'État (IDE), des aides-soignants (AS), des aides médico-psychologiques (AMP), des accompagnants éducatifs et sociaux (AES), et des personnels psycho-éducatifs.

Ce décret stipule, aussi pour les EHPAD, l'obligation de soins y compris de prévention et d'éducation à la santé. Si un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) existe sur la structure, son programme est conçu par un ergothérapeute ou un psychomotricien.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, la loi ASV est revenue sur la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, qui notifiât que pour être reconnu comme EHPAD, l'établissement médicalisé devait avoir conclu avec le conseil départemental et l'ARS une convention tripartite définissant un cahier des charges indiquant le fonctionnement financier et la qualité de la prise en charge des personnes, et des soins qui leur sont prodigués. Cette convention prenait l'appellation de « conventionnement des EHPAD ». Désormais elle correspond à un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), doit obtenir une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux.

La loi du 2 janvier 2002 du code de la révision de l'action sociale et des familles a affirmé les droits individuels et collectifs des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : dignité, vie privée, information, soins adaptés, libre choix, confidentialité. Cette loi précise que les établissements ont l'obligation de remettre au futur résident ou à son représentant légal un livret d'accueil, accompagné du contrat de séjour, du règlement de fonctionnement de l'établissement, ainsi que de la charte des droits et libertés. La personne est reçue seule en entretien et son consentement à l'intégration en l'EHPAD doit être vérifié. Le contrat de séjour détaille les prestations offertes ainsi que leur coût. Elles sont classées en 3 tarifications : le tarif hébergement identique pour tous les résidents et à leur charge avec possibilité d'aides sous condition de ressources ; le tarif soins relatif aux charges du personnel ; et le tarif dépendance recouvrant les prestations nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Il est facturé en fonction du niveau de GIR (Groupes Iso-Ressources)

Comment sont évalués cette dépendance et le besoin de soins ?

1.3 Évaluations de la dépendance et du besoin de soins requis

L'évaluation de la dépendance en EHPAD est effectuée par le médecin coordonnateur à partir d'une grille nationale d'Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR) (Service public, 2017). Cette évaluation est validée par un médecin du Conseil Départemental concerné et un médecin de l'ARS. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 GIR, le niveau 6 correspondant à une personne indépendante et autonome dans tous les actes de la vie courante. En EHPAD, plus de huit sur dix personnes accueillies sont classées en GIR 1 à 4, 55 % des résidents sont en GIR 1-2. (CNSA, 2017)

L'agrégation des niveaux de dépendance des résidents est faite au niveau de la structure, afin d'estimer son niveau de GIR Moyen Pondéré (GMP). Les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) versée par les départements.

L'évaluation du besoin de soins requis est aussi réalisée par le médecin coordonnateur au moins tous les cinq ans puis validée par un médecin de l'ARS. L'outil informatisé PATHOS est un indicateur de charge en soins de polypathologies dans une population donnée. Ici aussi les résultats sont rassemblés en un Pathos Moyen Pondéré (PMP) pour calculer le niveau moyen de besoin en soins et fixer la participation de l'Assurance maladie versée à l'établissement.

1.4 *Actualité*

Le rapport PATHOS 2012, a recommandé d'élargir le budget soins de la sécurité sociale pour améliorer la prise en compte de la prévention. Jusqu'ici, les codages retenus pour le PMP correspondaient aux soins prodigués par l'IDE (Infirmière Diplômée d'État). Les autres interventions réalisées par les autres intervenants (comme les soins infirmiers délégués aux aide-soignantes) n'étaient ni cotables avec le GIR, ni avec PATHOS. Les prises en charge chronophages telles les préventions n'étaient donc pas prises en considération dans les budgets. Depuis l'outil a été révisé, et un algorithme sera intégré à l'outil GALAADWeb au 1er juillet 2018. À cette date, sont prévues des révisions des financements publics, avec renforcement de l'enveloppe « soins » de la sécurité sociale.

Les versements de l'APA seront aussi nivelés, pour une cohérence des financements.

Ce cadre posé, intéressons-nous maintenant à la population concernée par mon étude.

Selon la définition de l'EHPAD sus-citée, la population accueillie en EHPAD est âgée de 60 ans ou plus. J'ai recherché ce qui caractérise cette population.

2 LA PERSONNE ÂGÉE EN EHPAD

2.1 *Le vieillissement*

En France, la personne est définie administrativement comme âgée à partir de 60 ans. Selon l'ARS (2017) : les personnes de 60 ans et plus sont 15 millions aujourd'hui en France. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera alors de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions.

Le mot âgé évoque le mot vieillissement. Le Larousse Médical (2006) précise qu'on peut distinguer 2 périodes de vieillissement. D'abord « le troisième âge » de 60 à 80 ans, durée pendant laquelle les personnes sont en général autonomes, puis le « quatrième âge » avec des personnes souvent plus dépendantes.

Selon Covelet (2007) plusieurs grands groupes de fonctions peuvent être altérées avec le grand âge : motrices, cognitives, et sensorielles.

Les personnes très âgées présentent donc souvent une polypathologie.

L'enquête EHPA 2011 a montré que les résidents en EHPAD cumulent en moyenne 7,9 pathologies. Le nombre de pathologies et leur gravité sont liés au niveau de dépendance. Un

EHPAD peut être spécialisé dans l'accueil de personnes présentant des maladies comme celles d'Alzheimer, de Parkinson ou d'autres maladies neuro-dégénératives.

Hors de ces constats physiques, il faut souligner l'aspect psychologique d'un hébergement en EHPAD.

2.2 L'aspect psychologique

L'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) en 2011, précise dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles lors de l'accueil de la personne que : « l'entrée en EHPAD est le plus souvent imposée pour des raisons multiples (état de santé fragilisé, inexistance et taille du réseau familial et social, perte d'initiatives, limites des solutions mises en œuvre à domicile) ». La personne se résigne et pourra avoir du mal à s'épanouir dans ce nouveau cadre de vie. Pour une majorité des personnes accompagnées, ce sera le dernier lieu de vie. Chacun y habitera et cohabitera différemment selon ses attentes et besoins.

Neyret-Chompre (2002) dit : « si la personne n'a pas participé à la décision de son entrée en maison de retraite, elle est dépossédée de ses biens, de ses habitudes, de ses relations comme de son pouvoir et de son droit à la décision, et elle doit faire alors aussi le deuil de sa propre parole. » L'obligation de recueillir son consentement est là pour éviter cette situation.

En 2005, Mallon (citée par Ferreira et Zawieja, 2012) présentait une analyse sociologique concluant à 3 types d'intégration en EHPAD. Les deux premiers correspondent à des personnes ayant souvent décidé ce déménagement. Soit ils s'investissent et arrivent à combiner leur espace personnel et l'espace collectif, soit ils concentrent leur intimité à leur chambre. Le troisième type qui a souvent été placé précipitamment ne parvient pas à se recréer un « chez soi ».

Après avoir défini ces aspects de la thématique du travail, documentons-nous sur l'activité concernée. Les troubles de la déglutition évoquent une interférence durant la prise alimentaire, nous nous y intéressons.

3 LA PRISE ALIMENTAIRE

3.1 *Différentes dimensions*

Selon le sociologue Poulain (2001), l'alimentation intéresse plusieurs facettes nécessaires à l'être humain : l'aspect sanitaire, le plaisir, et les aspects sociaux-culturels. Cet auteur décompose les prises alimentaires en 6 dimensions : temporelle, structurelle, spatiale, choix, environnement social, et position corporelle. Le modèle alimentaire français se définit principalement par 4 préceptes : nutrition, goût, identité, et socialité ; et par la consommation de 3 repas durant la journée. Peuvent s'y ajouter : selon les âges de vie ou l'activité physique 1 à 2 collations, et des « grignotages ». Les 2 repas principaux, c'est-à-dire le déjeuner et le dîner sont les moments de prise alimentaire les plus socialisés. Nous centrerons ces travail sur ces 2 repas pris à table.

3.2 *Le repas*

Définition du Petit Robert du repas : Action de se nourrir, répétée quotidiennement à heures réglées, et plus ou moins conforme aux usages imposés par la société.

Le repas est une activité humaine, et les 6 dimensions du repas précédemment citées peuvent se regrouper dans les 3 dimensions bio-psycho-sociale nécessaires à l'être humain : besoin vital, environnement, participation sociale. Cette « prise alimentaire » ne peut être dissociée des aspects socio-culturels qui sont tout autant importants pour la personne.

Qu'en est-il dans les établissements concernés par notre recherche ?

3.3 *Le repas en EHPAD*

Dans son 1^{er} livret édité en 2013, le CLIC 6 précise qu'en EHPAD : « Les repas du midi et du soir sont proposés à un horaire fixe, le service de restauration n'étant pas présent en continu. Concernant le petit déjeuner, la plupart des établissements proposent un service personnalisé, sur la base d'une tranche horaire élargie. La restauration collective est faite de contraintes qui influent directement sur l'appréciation de la cuisine par les résidents. En dehors des menus, la pathologie de certains résidents impose un régime ou une présentation (mixée, hachée, etc.) des repas spécifiques (sur prescription médicale). Il existe des commissions repas dans les établissements auxquelles sont conviés les résidents »

Les horaires fixes peuvent être bénéfiques pour les personnes ayant des troubles de l'orientation, mais peuvent aussi être contradictoires avec le projet de vie de la personne.

Feuz, diététicienne, précise en 2002, que les repas en collectivité font l'objet d'une détermination antérieure des menus quotidiens. Pour les réaliser, sont considérés les facteurs de la population accueillie : psychologiques, physiologiques, techniques, nutritionnels, et financiers. La présentation de l'assiette doit être appétissante, et l'environnement agréable. Tout ceci contribuant à l'acceptation de la rupture du résident avec sa vie antérieure, et son épanouissement dans son nouveau lieu de vie.

Champvert et Mallet (2002) soulignent que si manger est indispensable à la vie, le repas n'est pas qu'une consommation. Une prise en compte de ce moment social, du plaisir de déguster, et des habitudes de vie est importante lors de ce moment rythmant la journée parfois monotone, de la personne âgée en EHPAD, et entrecoupant parfois d'autres activités de vie. Le repas fait partie du projet d'établissement. Ces auteurs insistent sur l'importance de participer à des choix comme lors de l'élaboration des menus variés sur l'année, et lors du repas en lui-même, ou sur ses voisins de table ou même manger seul en chambre. Les auteurs évoquent également l'importance de l'environnement tant humain, qu'organisationnel (horaires, service), ou structurel (architecture, couleurs, luminosité, acoustique, odeurs, température). L'aspect de collaboration du service hôtelier, avec le service de soins, est aussi soulignée en associant qualité et moment plaisant.

Le conseil de la vie sociale (CVS) instauré par la loi du 2 janvier 2002, peut permettre aux résidents d'émettre leur avis sur le fonctionnement de l'établissement dont la qualité des prestations fait partie avec le service hôtelier et le repas (CNSA, 2016).

Hors les conditions de base évoquées ci-dessus, des éléments peuvent perturber le repas et avoir des conséquences sur la santé de la personne accueillie en EHPAD. Au vu de la question de recherche de ce travail, concentrons-nous sur les troubles de la déglutition lors du repas pour vérifier si ceux-ci en font partie.

4 LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

Pour les décrire, ce chapitre s'appuie sur les travaux de Bleecks (2001), de Cormary et Tannou (2013), de Cot (1996), de Girod-Roux (2012), de Ruglio et Triger (2009), et de Puisieux, et al.(2009).

Avant d'explorer le trouble, il faut d'abord identifier ce qu'est la déglutition.

4.1 La déglutition

La déglutition, c'est le passage du bolus de la bouche à l'estomac tout en préservant les vies aériennes.

Elle se déroule en 4 phases (pré orale, orale, pharyngée, et œsophagienne), La phase pré-orale dite aussi d'anticipation concerne le geste automatique dirigeant la nourriture de son contenant à la bouche. Ce geste est lié aux capacités physiques, et psychiques de la personne ainsi qu'à sa posture. C'est à ce moment que se produisent des décisions concernant le bolus (grosseur de la bouchée, vitesse d'absorption), les phases suivantes de la déglutition et d'adaptation à la situation se prépareront en tenant compte de ces décisions (parler ou rire en même temps, adapter la préparation buccale à la taille de la bouchée, ...).

Il se produit plus de 300 déglutitions par heure lors d'un repas, et environ 2000 par jour.

4.2 Les troubles de la déglutition

Dans ce travail le mot « dysphagie », sera un autre terme utilisé pour : « troubles de la déglutition ».

Dysphagie (Larousse) : trouble de la déglutition lié à la difficulté du passage des aliments de la bouche vers l'estomac.

La dysphagie n'est pas une maladie mais le symptôme d'une ou plusieurs pathologies sous-jacentes. La zone de lésion atteinte entraîne un tableau différent.

4.2.1 Étiologies

La dysphagie peut être due à :

- un trouble neurologique (accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale ou neuro-périphérique, traumatisme crânien, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, ...),
- une atteinte des fonctions supérieures (désorientation spatio-temporelle, traumatisme crânien, démence dégénérative ou vasculaire, atteinte psychiatrique). En cas de démence ce seront plutôt les troubles du comportement alimentaire qui seront incriminés. (oubli de déglutir, succion, ...),
- une lésion de la sphère ORL (Otorhinolaryngée) par matériel (intubation, trachéostomie, sonde d'aspiration),
- une tumeur ORL elle-même et/ou à ses traitements (chirurgie, radiothérapie),

- une atteinte respiratoire (broncho pneumopathie chronique obstructive),
- une déglutition immature pédiatrique,

Dans une moindre mesure, l'origine peut être le vieillissement des structures dit « presbyphagie » (perte d'élasticité des tissus, atrophie de l'os alvéolaire, incoordination pharyngée, hyposialorrhée, agueusie, ostéophytes cervicaux, position basse laryngée, reflux gastro-œsophagien). La presbyphagie se traduit par un ralentissement du processus de déglutition. La littérature constate que les PA s'y adaptent, et que c'est associée à des pathologies qu'elle peut être délétère.

Des causes secondaires à des pathologies sont aussi évoquées comme : un mauvais positionnement du sujet, un désintérêt alimentaire, un effet secondaire iatrogène, l'accompagnement au repas par autrui (volume, bouche non vidée, diligence de la prise).

A ce propos : les personnes dysphagiques s'alimentant elles-mêmes ont un risque d'inhalation moindre. Il en est de même pour les patients ayant des séquelles d'AVC (Martino, et al. (2006) ; Langmore, et al. (1998) ; cités par Ruglio et Triger, (2009))

4.2.2 Repérage, dépistage, et évaluations

Plusieurs signes peuvent suggérer une dysphagie : une toux immédiate ou différée, une gêne pour avaler, des fuites alimentaires, un reflux nasal, un blocage alimentaire, une voix « mouillée », un bavage, des résidus alimentaires en bouche, un hémage, un amaigrissement, des pneumopathies récidivantes, des épisodes fébriles inexplicés.

Lorsque la personne n'est pas en mesure de signaler ces faits, c'est à l'accompagnant au repas d'en informer le médecin. Celui-ci, après entretien avec la personne et /ou ses aidants, pourra décider d'un bilan médical et d'un bilan fonctionnel. Les différentes évaluations sont effectuées par les paramédicaux (orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute, infirmier, diététicien), intervenant auprès de la personne dysphagique.

Après le repérage, différents examens paracliniques essentiellement radiologiques permettent de spécifier le trouble. Le psychologue apporte son complément d'informations plus suggestives.

Les troubles de la déglutition peuvent avoir des répercussions graves à court, moyen, ou long terme. Explorons les retentissements possibles.

4.3 Les conséquences

4.3.1 La fausse route

Familièrement on entendra : « J'ai avalé de travers », « C'est passé par le mauvais trou ! »

La fausse route se produit lors de l'inhalation de solides ou liquides alimentaires ou salivaires en cours de déglutition d'origine buccale ainsi que lors de reflux gastro-œsophagiens. Elle se produira différemment selon l'étiologie de la dysphagie.

La toux réflexe qui s'ensuit permet de la repérer et surtout d'évacuer les éléments inhalés. Cette toux pourra être peu efficace, voire même inexistante en cas de lésion du nerf vague. La fausse route est alors qualifiée de « silencieuse » ce qui peut retarder ou exclure sa détection, car le terme de « trouble de la déglutition » est parfois uniquement assimilé à la fausse route alimentaire bruyante. Le constat de toux est donc une alerte imprécise, et les troubles de la déglutition peuvent passer inaperçus car non reconnus.

4.3.2 Risque vital

Celui-ci peut survenir lors d'une fausse route avec inhalation d'un solide ou d'un liquide d'un volume important obstruant les voies respiratoires. La survenue de cet obstacle peut aboutir à une asphyxie, voire au décès.

4.3.3 Bronchopneumopathies

Les fausses routes moindres, peuvent induire une infection des voies aériennes basses, et si répétées une diminution des capacités respiratoires.

Langmore en 1998 (citée par Cormary et Tannou (2013) ; Girod-Roux (2012) ; Puisieux et al. (2009)) décrit que la dysphagie est un facteur de pneumopathie si associée à la dépendance au repas, aux soins de bouche, et à un déficit d'hygiène bucco-dentaire.

4.3.4 Dénutrition et déshydratation

La dysphagie peut induire une diminution des prises alimentaires. Une personne qui ne mange pas suffisamment n'a pas les apports pour subvenir à ses besoins corporels et cognitifs.

Pour le Ministère des solidarités et de la santé (2015) dans le PNNS (Programme National Nutrition Santé), la nutrition c'est : l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique.

Pour l'OMS : c'est l'apport alimentaire répondant aux besoins de l'organisme.

La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme favorisant à plus ou moins long terme, conjointement à une déshydratation : des pertes tissulaires (jusqu'à la formation d'escarres), l'apparition de nouvelles pathologies

et/ou l'aggravation des maladies sous-jacentes, la dégradation des capacités cognitives et motrices, elles-mêmes source d'autres problématiques (chutes, ...), facteurs aussi de fragilité. Tout ceci entraînant la personne dans une « spirale infernale » démontrée par Ferry (2013).

La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique augmente avec l'âge. Selon Hébuterne (2010), chez la PA, la dénutrition est favorisée par des troubles de l'appétit, une résistance à la renutrition, et à des troubles métaboliques.

Le lien entre dysphagie et dénutrition en EHPAD peut donc être fait, avec les répercussions possibles sur la santé de la personne.

Quelles autres composantes du repas pourront être affectées ? Qu'en est-il de la sphère psycho-sociale ?

4.3.5 Retentissement psychologique et social

Une fausse route importante ou à répétition peut entraîner une crainte de la reprise alimentaire. La personne se sentant en danger peut même refuser de s'alimenter.

Les incapacités induites notamment par la dénutrition pourront réduire voire annihiler les activités que la personne âgée en EHPAD a envie d'exercer, ce qu'elle a pu conserver, retrouver ou reconstruire de significatif pour elle au sein de cet établissement. Si elle ne peut les exercer quelles en seront les conséquences psychologiques ?

Quelles autres particularités présentent ces personnes ?

4.4 La personne âgée dysphagique en EHPAD

En introduction, nous avons vu que la prévalence des troubles de la déglutition et de la dénutrition en EHPAD sont peu fiables. D'après Puisieux et al., les chiffres concernant les pneumopathies d'inhalation sont aussi peu clairs. Elles sont déduites par une infection respiratoire basse chez un patient ayant un risque d'inhalation ou survenant après une fausse route.

Nous avons aussi vu auparavant que les personnes accueillies en EHPAD, peuvent présenter des polyopathologies. Parmi les personnes ayant des séquelles d'AVC, 11 % vivent en institution dont 90% en EHPAD après 75 ans (De Peretti et al. 2012), et donc potentiellement avec des troubles de la déglutition séquellaires. D'ailleurs, d'après Langmore précédemment citée, en cas de séquelles d'AVC sur la déglutition, les personnes s'alimentant seules font 20 fois moins de fausses routes que celles qui sont aidées.

On peut souligner aussi qu'environ la moitié des résidents en EHPAD sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (Bérard, 2015), et qu'on estime que 45% de ces sujets présentent des troubles de déglutition (Girod-Roux, 2012).

Résumé de ce chapitre : les troubles de la déglutition sont souvent limités à l'identification d'une fausse route importante. Leur prévalence elle-même est méconnue. Cependant leur incidence sur la dénutrition, les bronchopneumopathies, les activités et le bien-être psychologique des PA résidant en EHPAD intéresse toute l'équipe pluridisciplinaire dans son rôle de prévention.

Quels professionnels parmi ceux cités au chapitre 1.2 peuvent être concernés par ce sujet, et que font-ils ?

5 L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE EN EHPAD

Pour ce chapitre, nous exploitons les données recueillies dans les mêmes références que précédemment ainsi que dans les dossiers de la DREES, n°5.

Lors de troubles de la déglutition, la priorité est de conserver le plaisir de manger et boire, en garantissant la sécurité vitale de la personne. Pour cela, travailler en concertation est essentiel pour les acteurs de santé avec un objectif adaptatif ou réadaptatif. Par exemple, en cas de pathologie évolutive l'adaptation des textures se fera régulièrement en fonction de l'aggravation, selon une démarche impliquant un travail pluridisciplinaire.

5.1 Compétences quant aux troubles de la déglutition des professionnels exerçant en EHPAD

5.1.1 Le médecin coordonnateur

Il effectue le dépistage des troubles de la déglutition. Il fait un entretien médical afin d'identifier et de préciser les difficultés rencontrées lors des prises alimentaires ou hydriques, ainsi que de permettre l'expression des aidants. Cet entretien permet d'ajuster le projet de soins de la personne à l'environnement spatial et humain. Le médecin évalue l'état nutritionnel. Il prescrit le bilan de déglutition à faire par un orthophoniste, l'adaptation des textures, les examens complémentaires. Il coordonne le projet de soins.

5.1.2 L'IDE

Il assure la traçabilité des résultats du dépistage, du type d'alimentation spécifique mis en place, des actes de surveillance générale (poids, température, appréciation de l'état général),

de l'observation des repas et du relevé des consommations alimentaires. Il surveille et stimule l'hygiène buccodentaire et effectue des aspirations trachéales si nécessaire. Il participe au dépistage de troubles de la déglutition (test au verre d'eau, après formation). Enfin, il participe à l'éducation du patient et de son entourage.

5.1.3 L'AS

Il réalise des soins liés aux actes de la vie quotidienne, en compensant ainsi un déficit ou une perte d'autonomie de la personne, tout en cherchant le maintien de l'autonomie restante. Ces soins s'inscrivent dans une appréhension globale des besoins de la personne, et notamment relationnels. L'aide-soignant exerce sous la responsabilité de l'infirmier.

5.1.4 L'AMP

Il assure l'accompagnement de personnes dépendantes, handicapées ou âgées, dans un souci de stimulation de l'individu (éveil, communication, échanges, etc.) et d'adaptation de la réponse aux besoins de la personne selon ses désirs. Au sein d'un EHPAD, l'aide médico-psychologique accompagne essentiellement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, les assistant également dans les actes de la vie quotidienne.

5.1.5 L'AES

Cette profession existe depuis 2016, suite à la réunion des diplômes d'AMP et d'auxiliaire de vie sociale.

On peut noter que ces 3 derniers professionnels constituent 43% du personnel des EHPAD, et qu'ils sont au premier plan lors de la prise alimentaire. Ils doivent être inclus dans les plans de formation sur les troubles de la déglutition, s'informer sur les recommandations de sécurité en place (texture prescrite, restrictions alimentaires, installation), et observer et signaler toute anomalie aux soignants.

En coordination avec les diététiciens, ils effectuent la liaison avec la restauration. Ils observent le bon déroulement du repas, participent au relevé des consommations alimentaires, aux transmissions concernant l'alimentation et l'hygiène buccodentaire, surveillent et stimulent celui-ci, concourent à l'éducation du patient et de son entourage.

5.1.6 L'ASH

Il a pour fonction de veiller au bien-être des résidents en assurant le confort de leur environnement, principalement à travers l'entretien de l'établissement (parties collectives, chambres, lits, ...). Côté des résidents, il peut également être amené à les aider (appui pour boire, aide au lever, ...) ou alerter le personnel compétent en cas de besoin.

5.1.7 Le psychomotricien et le psychologue

Ils contribuent à la prise en charge globale des troubles de la déglutition par : la détente, la réassurance, l'installation lors de la prise alimentaire, l'aide et soutien des patients et de leur entourage.

Ce soutien psychologique sera nécessaire s'il existe une angoisse face au risque d'étouffement déjà vécu.

5.1.8 Les animateurs et agents hôteliers

Ils doivent être inclus dans les plans de formation sur les troubles de la déglutition, s'informer sur les recommandations de sécurité en place (texture prescrite, restrictions alimentaires, installation), et observer et signaler toute anomalie aux soignants.

Tous ces acteurs sont utiles à la prévention. Cependant il est prépondérant de faire appel à d'autres professionnels non obligatoirement employés dans la structure. En effet, si le bilan médical et les prescriptions pourront être réalisés, qu'en est-il du bilan et de la rééducation ? Les résidents pourront bénéficier d'un apport extérieur sur prescription. Lors des entretiens exploratoires de ce travail, il a été constaté que les orthophonistes extérieurs étaient peu présents et/ou que les kinésithérapeutes sur les lieux n'investissaient pas ce sujet. Dans l'un des EHPAD la présence d'une diététicienne était reconnue utile.

Selon Rosenvinge (citée par Cormary et Tannou, 2013), on peut pointer que les aidants au repas en institution respectent à 90% les recommandations de posture et surveillance après avoir reçu une formation contre 51% sans.

5.2 Les autres professionnels

5.2.1 L'orthophoniste

Il effectue : le bilan orthophonique de la déglutition, transmet ses recommandations d'adaptations alimentaires (saveur, texture et température des aliments), de positionnement et de posture, concoure à la rééducation, à l'information et à l'éducation du patient, de son entourage et à la formation des équipes sur l'aspect fonctionnel de la déglutition. Sur ce point, c'est important que lorsqu'il rééduque la reprise per os, il le fasse en présence du personnel soignant présent quotidiennement. La reprise alimentaire est le fait d'accomplir de nouveau mastication et déglutition, sans fausse route. Les textures de reprise alimentaire sont de 4 types : lisse, semi-liquide, mou/haché, normale. On peut noter que ce type de textures peuvent être minimisées selon l'origine de la déglutition. Cormary et Tannou (2013) citent : Groher et McKaig qui ont exposé qu'en institution, seulement 9% des textures

modifiées sont adaptées à la personne ; et Smith et al. qui insistent sur la stimulation de la déglutition par les saveurs, et textures de base. Berzlanovich et al. (2005) ont montré que la majorité des décès de personnes âgées par fausses routes alimentaires se faisait après ingestion de nourriture semi-solide pendant le repas.

L'orthophoniste transforme la rééducation en situation écologique. Les décrets autorisent les différents membres de l'équipe paramédicale à y participer.

5.2.2 Le kinésithérapeute

Il effectue le bilan kinésithérapique de la déglutition (testing, essai alimentaire), et adjacents (tonus axial, statique...). Il fait aussi des recommandations de positionnement, de la kinésithérapie respiratoire, des aspirations trachéales, collabore à l'éducation du patient et de son entourage, et assure la formation des équipes.

5.2.3 Le diététicien

Il intervient pour déterminer les goûts des résidents, et les possibilités de repas journaliers. Si besoin, il détermine un régime personnalisé suivant les recommandations du médecin, de l'orthophoniste ou du kinésithérapeute. En cas de dénutrition, il a la possibilité de faire élaborer par la cuisine des compléments enrichis en protéines. Il définit les besoins nutritionnels du patient, contribue à la réalisation du MNA test, à l'éducation du patient, de son entourage, et à la formation des équipes.

5.3 La famille

Son implication est essentielle car elle peut aider à l'investissement psychologique et affectif de la personne âgée pendant les repas. L'ensemble de l'équipe (sauf intervenants sociaux et hôteliers) peut la soutenir au niveau de l'éducation.

Pour Cormary et Tannou (2013), la prévention des troubles de la déglutition en EHPAD, nécessite un investissement de tout l'établissement. Cette prévention sera primaire (locaux, matériel, organisation), secondaire (repérage et dépistage), et tertiaire (formation de tout le personnel à long terme).

Maintenant que nous avons décrit ces intervenants, voyons ce que peut faire un ergothérapeute exerçant en EHPAD, auprès des personnes présentant une dysphagie.

6 LES SPÉCIFICITÉS DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

6.1 *Compétences de l'ergothérapeute*

L'arrêté du 5 juillet 2010 (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique Ministère de la santé et des sports, 2010) donne le cadre professionnel de l'ergothérapeute et son champ de compétences. De cet arrêté nous pouvons retenir que : l'ergothérapeute peut identifier, évaluer le risque, en déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées, déterminer, concevoir et conduire pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité. Ses formations auprès d'autres professionnels, concernant des risques pour la santé des personnes suivies, permettent de transmettre ses connaissances et son savoir-faire.

Pour optimiser la qualité de l'intervention, l'ergothérapeute coopère au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans le cadre de son champ professionnel.

Sur ce point, l'exercice de l'ergothérapeute est aussi légiféré par l'article L. 4331-1 du code de la santé publique. Il respecte le champ d'intervention des autres professions réglementées. Par exemple, il n'empiétera pas sur le champ d'intervention de l'orthophoniste, mais collaborera avec lui dans un même but global de préservation de la santé, chacun poursuivant les objectifs propres à sa profession.

6.2 *L'ergothérapeute en EHPAD*

Nouvel (2017) constate que le décret du 26 août 2016 engage les EHPAD à procurer à ses résidents « des soins médicaux et paramédicaux », « une aide à la vie adaptée », et « prévention et éducation à la santé » pour l'inclure dans le projet de soins personnalisé en parallèle au projet de vie. Ces missions faisant partie du champ de compétences des ergothérapeutes, elles justifient leur recrutement dans les EHPAD.

Lorsque l'on se réfère au décret de compétences en ergothérapie, du Bulletin Officiel de la santé et de la protection sociale du 15 août 2010, nous pouvons relever que l'ergothérapeute : « Met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. »

L'ergothérapeute en EHPAD n'a pas pour rôle de faire recouvrir un état antérieur que les polyopathologies fréquentes ne permettront pas. Si on se réfère à la fiche de poste en EHPAD définie par l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG, 2007) : « L'objectif de l'ergothérapie en gériatrie est le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge », « d'améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents », et, « mettre en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité ».

Le repas faisant partie des activités de la personne concernant ses soins personnels, recherchons pourquoi et comment l'ergothérapeute intervient sur ce point.

6.3 L'ergothérapeute autour du repas et de la personne dysphagique

Selon l'arrêté du 5 juillet 2010, l'ergothérapeute, professionnel de santé, est habilité à veiller à ce que l'activité humaine de soin personnel qu'est le repas soit maintenu en sécurité en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement humain et matériel des personnes. Pour Arnou et Aquino en 2002, le but de l'ergothérapeute dans cette activité de vie quotidienne sera de favoriser et maintenir l'autonomie après l'avoir évaluée, et avoir fixé des objectifs (moteurs, sensoriels, cognitifs, aménagements du domicile, aides humaines ou techniques) prioritaires avec la personne concernée et ses aidants, tout en conciliant aptitudes de la personne et entraves de son environnement, et en respectant ses choix, ses repères, et son rythme.

Comment articuler les différents systèmes de cette activité complexe et complète qu'est le repas ?

L'utilisation d'un modèle conceptuel tel que le MDH-PPH (Modèle de développement humain – Processus de production du handicap) appelé plus communément « PPH » souvent utilisé en ergothérapie pourra nous aider à le visualiser.

6.4 Le PPH

Le modèle conceptuel du PPH (Processus de Production du Handicap) élaboré en 1998 par l'anthropologue canadien Fougeyrollas, peut être utilisé par des professions diverses. Il permet de dérouler et mettre en lien les différents aspects d'une activité humaine pour laquelle une personne se trouve en situation de handicap à un moment T.

Castelein (2012) le résume ainsi : « le concept de situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et autres caractéristiques personnelles), et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles). ». Ces déclinaisons se rapprochent de la vision ergothérapeutique.

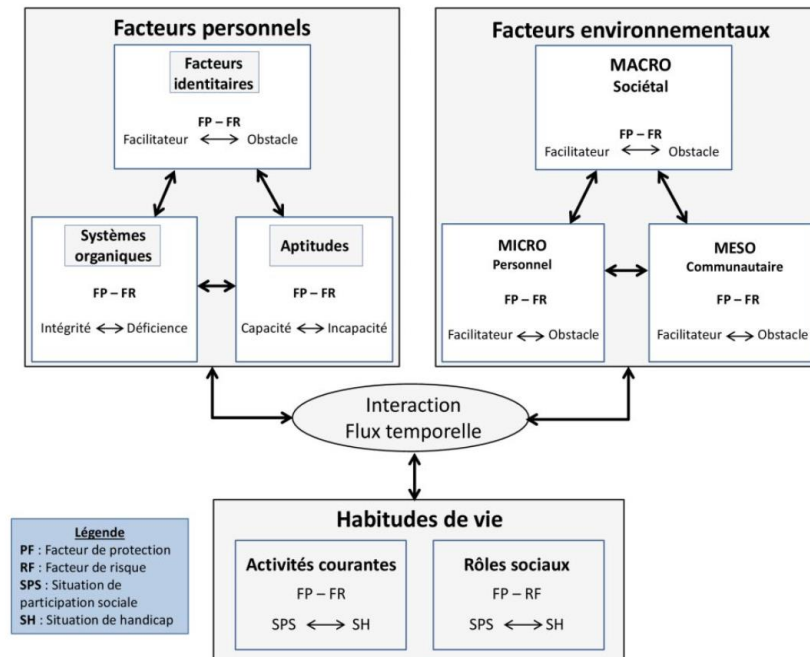


Figure 1 Schéma du processus de production du handicap, version 2010 du MDH-PPH2 (Fougeyrollas, 2010)

Dans ce modèle, les habitudes de vie allient activités courantes (soit de la vie quotidienne) et rôles sociaux. Le repas entre dans les habitudes de vie car activité quotidienne ayant de plus un rôle social.

Nous observons aussi que dans le cadre du PPH, plusieurs composantes de la participation sociale se retrouvent lors du repas en EHPAD : nutrition, condition corporelle, communication, habitation, déplacements, relations interpersonnelles, vie communautaire.

Le PPH définit la participation sociale comme étant : « la possibilité de réaliser pleinement ses habitudes de vie [...]. Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situations de vie sociale assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. »

Les facteurs environnementaux matériels et humains entrent aussi en jeu.

Lorsque l'on utilise ce modèle, le trouble de la déglutition est une déficience du système organique et peut engendrer des situations de handicap affectant l'habitude de vie de la personne qu'est le repas et donc sa participation sociale.

Suite au déroulement du modèle pour l'activité choisie, nous pouvons décliner les évaluations nécessaires et les objectifs d'interventions en découlant, ceci pour chaque sphère mise en lumière.

Lorsque la personne mange seule, elle anticipe les phases suivantes d'ingestion. Une aide la facilitera moins. Pour que la personne dysphagique puisse réaliser seule son activité de repas l'ergothérapeute va d'abord évaluer les éléments et capacités requis pour la réalisation de celle-ci. Voyons ci-après ce qu'elle pourra choisir.

6.5 Bilans et évaluations du repas

Ruglio et Triger soulignent en 2009 que l'ergothérapeute n'évalue pas la dysphagie mais ses conséquences sur l'activité repas, et critiquent l'évaluation en ergothérapie limitée à la capacité de manger seul ou pas.

L'ergothérapeute évaluera donc suivant ses compétences et en s'appuyant par exemple sur le PPH : les habitudes de vie, l'environnement humain, l'environnement matériel, la participation sociale, la réalisation en sécurité de cette activité, la dépendance et ou l'autonomie de la personne lors du repas.

Pour ces dernières, d'après Castelein (2012) l'ergothérapeute pourra utiliser en partie des outils tels : la MIF (mesure d'indépendance fonctionnelle), le CAFIM (Constat d'autonomie fonctionnelle ici et maintenant), l'ADL (activities of daily living), le RAI (resident assessment instrument). Pour la participation sociale pour l'activité repas, il pourra se servir des évaluations telles que : MHAVIE (Mesure des habitudes de vie), G-MAP (Grille de mesure des limitations d'activité et de la restriction de la participation).

Il consulte aussi le dossier médical, les recommandations de l'orthophoniste et/ou du kinésithérapeute, et l'équipe proche du patient lors des prises alimentaires.

Ruglio et Triger évoquent en plus de l'évaluation de l'activité repas, celles des habitudes de vie, de l'indépendance du patient dans les activités d'hygiène bucco-dentaire, des capacités posturales en position assise, des déficiences sensorielles et neuro-motrices du membre supérieur, des déficiences cognitives, des capacités fonctionnelles du membre supérieur. L'ergothérapeute évalue aussi le positionnement nécessaire pour rendre l'activité possible et sûre, en tenant compte des recommandations de l'orthophoniste ou du kinésithérapeute (rotation de la tête par exemple) spécifiques pour la personne.

Belisle, et al. (1996) spécifient l'utilité d'évaluations neuropsychologiques (attention, mémoire, langage, savoir-faire gestuel, fonctions exécutives), et ajoutent la nécessité de prendre en compte l'état psychique de la personne.

Ces évaluations effectuées, voyons quelles interventions pourra réaliser l'ergothérapeute dans le cas d'un résident dysphagique.

6.6 *Objectifs d'interventions auprès de la personne dysphagique*

Avec les résultats des évaluations, et des situations de handicap déduites, l'ergothérapeute pourra mettre en place un projet d'intervention, dans lequel figureront comme objectifs : améliorer les capacités fonctionnelles, aménager l'environnement physique et social ainsi que modifier des modes de réalisation de certaines habitudes. Pour le collectif (2002) (cité par Ruglio et Triger) l'objectif principal sera « la préservation et l'acquisition de l'autonomie du boire et manger ».

6.7 *Interventions*

Pour ce paragraphe, nous nous appuyons essentiellement sur les écrits de Bleecks (2006), Puisieux (2009), Ruglio et Triger (2009), Cot et Jobin (1996), et Belisle et al. (1996).

6.7.1 *Adapter l'environnement*

Environnement immédiat : Adapter cet environnement consiste à essentiellement à apporter des aides techniques adaptées (couverts à gros manches, rebord d'assiette, verre à encoche nasale, tapis de table antidérapant...), en cas de situation de handicap du geste d'amener des aliments à la bouche. Elles permettent au patient concerné d'effectuer ce geste en indépendance, et sans frustration. Adapter le hauteur de table est aussi un apport de ce type, ainsi que placer les outils à une distance facilitante.

Environnement d'ambiance : L'ergothérapeute préconisera : la suppression de tout facteur de distraction ou de perturbation pouvant entraîner des fausses routes. Il faut favoriser la concentration de la personne sur sa déglutition.

Environnement humain : Les aidants au repas donneront des consignes verbales simples, éviteront de faire parler la personne, et favoriseront un volume raisonnable de bolus amené par le couvert, en étant vigilant à la vitesse d'amener.

6.7.2 Positionnement

Le positionnement visera la progression du bol alimentaire en sécurité de la bouche à l'œsophage, en recherchant l'alignement vertical tête-corps. Il permet aussi d'ajuster le tonus du tronc.

Classique : Hors recommandations spécifiques de l'orthophoniste ou du kinésithérapeute, le positionnement classique sera : bien assis ou semi-assis avec un redressement céphalique, une flexion de tête antérieure qui protégera les voies aériennes supérieures et facilitera l'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage. L'hyperextension de tête est proscrite car elle favorise l'envoi du bol alimentaire vers les voies respiratoires. L'angle tête-cou sera de 30 à 45°. Les pieds doivent être à plat, éventuellement relevés pour rechercher une position horizontale du fémur. La bascule d'assise peut aussi être adoptée en conservant le principe de flexion de tête.

Autres positions : Suite à un AVC, la personne peut avoir du mal à déglutir du côté hémiparétique. On adoptera alors la flexion de tête mais orientée du côté « sain ».

Exceptionnellement l'hyperextension de tête peut être la bonne, mais ce sera le bilan orthophonique ou kinésithérapique qui indiquera la marche à suivre.

Facilitation neuromotrice : L'inhibition de la spasticité peut être appropriée pour améliorer le positionnement.

6.7.3 Rééduquer

Si le patient a la possibilité motrice de manger seul, rééduquer les gestes fins, et les limitations fonctionnelles sera un objectif de l'ergothérapeute. Les aspects neuropsychologiques peuvent aussi être pris en compte.

6.7.4 Favoriser la participation sociale

L'ergothérapeute accompagnera la personne dans son projet de vie en favorisant sa participation sociale.

C'est-à-dire comme spécifie Castelein en 2012, en mettant en lien rôle social, environnement et capacités de la personne en situation de handicap. Pour cet auteur, une règle à respecter est « de donner la possibilité à la personne d'assurer une participation réelle conforme à son projet de vie ».

Le projet de vie est établi lors de l'admission en EHPAD, et sa mise en œuvre nécessite la collaboration de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Maintenant que nous avons vu quels sont les professionnels impliqués auprès de la personne dysphagique en EHPAD, voyons comment ils peuvent collaborer.

6.7.5 Éducation

Comme les autres rééducateurs, il contribue à l'éducation du patient, de son entourage, et à la formation des équipes en enseignant comment reproduire la position, et l'apprentissage des aides techniques et matériels nécessaires.

6.4 *La collaboration dans l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD intervenant auprès de la personne dysphagique*

Nous l'avons vu l'ergothérapeute n'est pas le seul intervenant au sein de l'EHPAD. Il est indispensable qu'il travaille avec ces autres acteurs.

D'ailleurs lors des entretiens exploratoires que j'ai effectués en septembre et octobre 2017, les ergothérapeutes interviewées ont toutes insisté sur la collaboration nécessaire avec un ou plusieurs autres intervenants autour du repas : orthophoniste, kinésithérapeute, médecin, diététicienne, infirmière, aide-soignantes, personnel hôtelier, cuisinier.

Mais qu'est-ce que la collaboration ?

Elle peut se traduire de 3 façons, appelées pluridisciplinarité, interdisciplinarité, et transdisciplinarité. J'ai pu les observer et les expérimenter au cours de mon parcours professionnel et lors de mes stages.

6.4.1 Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, et, transdisciplinarité

En 1999, Hernandez soulignait déjà la sémantique qui explique la différence entre les termes de pluridisciplinarité et interdisciplinarité (pluri : plusieurs qui traduit la juxtaposition d'éléments, et inter : entre, espacement, répartition, relation), et comment mieux accompagner le projet de vie d'une personne en situation de handicap en relation avec les collègues. Pour concevoir une prise en charge globale ou proposer un projet de soins individualisé en définissant les collaborations interprofessionnelles pour éviter les « bagarres » de primauté entre professionnels, et assurer plutôt la qualité des soins.

En 2012, Belio estime que l'ergothérapeute est convaincu que le savoir sur le handicap se rapporte à un travail d'équipe efficace si prenant en compte le projet de vie du patient et de ses proches. Il définit les 3 types de travail d'équipe en secteur sanitaire et social :

Pluridisciplinarité : constitution de base d'une équipe. Chaque membre de l'équipe agit avec ses connaissances sur la « partie » corporelle qui lui est déléguée. On vise l'efficacité du traitement sur le symptôme.

Interdisciplinarité : professionnels de différents corps de métier réunissent leurs compétences communes pour collaborer sur un projet traitant plutôt des pathologies.

Transdisciplinarité : les professionnels inter échangent et interviennent selon le projet de vie construit avec le patient. Ici le relationnel prime.

Belio conclue : « Le handicap ne peut pas être envisagé dans son intégralité en le réduisant à un seul champ disciplinaire. La pensée du handicap est une pensée transdisciplinaire »

Pour Guyader (2004), l'équipe intervenant auprès des personnes âgées est pluridisciplinaire cumulant équipe de soins et de rééducation, ainsi qu'intervenants psycho-sociaux, animateurs, agents de service hospitaliers, bénévoles.

L'auteur insiste sur le fait que cette variété n'a d'intérêt que si cette équipe se décroïssonne, communique et met en commun ses résultats afin d'aboutir à une action interdisciplinaire permettant d'atteindre leur objectif commun : accompagner l'individu au bien être bio-psycho-social auquel il aspire. Soit : bénéficier de la qualité de vie attendue selon son projet de vie. La prise en charge des soignants dont nursing, soins d'hygiène, et d'entretien seront mieux vécus si effectués selon un projet individuel que normalisés et déshumanisants. Le projet de soins en EHPAD sera élaboré en suivant le projet de vie.

6.4.2 Objectifs communs

Dans son article concernant son intervention en EHPAD, Codron-Duquesne (2012) met en avant l'indispensable démarche pluridisciplinaire, puisque la dysphagie est associée à différents champs et professionnels. Elle insiste sur la nécessité de transmissions aux cuisiniers et au personnel soignant, ainsi que de leur sensibilisation aux troubles de la déglutition. Cette sensibilisation est aussi utile aux proches de la personne lorsqu'ils partagent son repas.

Dans ce chapitre 5, on peut constater que le point commun des intervenants est la participation à l'éducation du patient et de son entourage.

Triger et Ruglio, insistent aussi sur l'interdisciplinarité nécessaire. Ils mentionnent la réflexion de Meredith (2006) qui évoque la difficulté éthique dans les discussions d'équipe pour les décisions médicales pouvant contrarier la qualité de vie de la personne. Alors qu'un risque vital peut être en jeu, ils déplorent l'insuffisance de la prise en charge de ce problème, liée en partie à la formation incomplète ou inexistante du personnel encadrant les repas et la nécessité de sa sensibilisation à cette problématique. Cependant la prévention du risque de F.R.A auprès des P.A est en essor après constat des conséquences en comorbidité, mortalité, et coût pour la société.

Conclusion du cadre théorique

L'élaboration de ce cadre conceptuel a permis d'approfondir les connaissances sur les différents points de l'étude à venir : le cadre (PA, EHPAD), la prise alimentaire et l'activité repas, l'intervention des différents acteurs sur l'aspect santé et l'aspect psychosocial de la prévention des troubles de la déglutition en EHPAD.

Nous avons pu voir l'imputation possible de ceux-ci sur le repas, et leur lien avec le risque de dénutrition.

Nous avons exploré les missions de l'ergothérapeute en EHPAD. Elles sont adaptées aux besoins en santé et réhabilitation psychosociale contre l'altération et la limitation d'activités telles que celle du repas. Celle-ci peut être déclinée à l'aide d'un modèle conceptuel tel que le PPH, pour déterminer évaluations, objectifs et interventions nécessaires de l'ergothérapeute quant à sa participation à la prévention du risque de fausse route alimentaire. Il préconise des aides techniques, applique les recommandations de l'orthophoniste ou du kinésithérapeute quant à l'installation de la personne, et participe sur ces points à la formation de la personne, et de son entourage familial ou soignant. L'ergothérapeute soutient le projet de vie de la personne en améliorant sa participation sociale en lui permettant par exemple de réaliser seul l'activité repas.

L'ergothérapeute coopère avec l'équipe pluridisciplinaire en respectant son champ d'intervention et celui des autres. Son intervention quant à l'accompagnement de la personne dysphagique est indissociable des interventions des autres acteurs de l'EHPAD et des échanges qu'ils pourront avoir.

Lors du repas, il a un rôle dans l'équipe pluridisciplinaire au niveau de la prévention des fausses routes alimentaires et hydriques. Par ses compétences quant au positionnement, et à l'accès à l'indépendance au repas (aides techniques, rééducation gestuelle, attention à l'environnement), il contribue à diminuer les fausses routes alimentaires.

Un point important découvert et à souligner est : la limitation des fausses routes lorsque la personne s'alimente seule.

À la suite de cet apport bibliographique, je pose donc l'hypothèse que :

L'ergothérapeute contribue à prévenir les fausses routes alimentaires en permettant aux personnes dysphagiques résidant en EHPAD de s'alimenter seules.

II MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

1 RECUEIL DE DONNÉES

1.1 Enjeux de l'enquête

Nous recherchons des réponses à la question de recherche et souhaitons confirmer ou infirmer l'hypothèse.

Les objectifs de l'enquête de terrain posés seront donc :

- de déterminer quelle équipe pluridisciplinaire agit auprès des résidents dysphagiques en EHPAD, et comment elle le fait.
- d'identifier les actions de l'ergothérapeute auprès de cette même population.
- d'établir l'effet préventif des fausses routes alimentaires par l'intervention de l'ergothérapeute sur l'indépendance au repas.

Pour parvenir à remplir ces objectifs, il faut fixer le recueil de données. Celui-ci englobe le lieu et la population étudiés, et l'outil d'enquête envisagé pour recueillir les informations requises. Ci-dessous sont exposés ces différents points.

1.2 Lieu de l'enquête et population cible

L'étude concerne une partie de l'exercice de l'ergothérapeute en EHPAD. C'est donc vers ces structures que je me suis orientée. Il n'y a pas eu de volonté de choisir ni un statut juridique particulier, ni une capacité d'accueil précise. Ceci pourra offrir un panel plus large d'expériences.

L'enquête concerne les professionnels ergothérapeutes exerçant en EHPAD.

J'ai choisi de rencontrer de visu les personnes interviewées. Pour faisabilité de l'enquête, j'ai réduit ma recherche d'échantillonnage à la région parisienne.

J'ai appliqué 2 méthodes pour contacter des ergothérapeutes concernées par mon étude.

J'ai tout d'abord consulté les fiches de stage de l'IFE (Institut de Formation en Ergothérapie) pour identifier des ergothérapeutes exerçant en EHPAD en Ile de France. J'en ai contacté six, une seule a répondu positivement pour un entretien de visu et une autre n'acceptait qu'un questionnaire en ligne et proposait de transmettre ce dernier à un collègue supplémentaire. Ce point ne correspondait pas à ce que j'envisageait : des rencontres de visu. Cependant, j'ai pensé pouvoir me servir de ces envois comme tests de grille d'entretien. Finalement après envoi de ma grille par mail et deux relances, espacées de 2 semaines, cette

personne ne m'a rien renvoyé. Je n'avais donc qu'une ergothérapeute volontaire. Pour élargir le panel de l'enquête et pouvoir effectuer un comparatif, j'ai prospecté téléphoniquement des EHPAD de la région en demandant si un ergothérapeute intervenait dans leur structure. Six établissements m'ont répondu positivement, et m'ont mis en relation avec ces professionnels. Quatre d'entre eux ont accepté de participer à mon étude. Je n'ai pas recherché plus de volontaires estimant que cet échantillon de cinq contacts serait suffisant pour avoir une vision minimale de la situation. De plus, au vu des moyens et du temps imparti pour réaliser mon travail., je ne pourrai pas assurer plus de rencontres ni les analyser.

1.3 Choix de l'outil d'enquête

J'ai retenu l'entretien comme méthode qualitative de recueil des informations. En effet, pour répondre à la question et explorer l'hypothèse, je recherche des réponses qualitatives permettant de faire ressortir le vécu de la personne interviewée. Une méthode quantitative tel un questionnaire ne m'aurait rien apporté sur ce point.

J'ai adopté une forme semi-directive pour me permettre d'orienter le discours de l'interviewé vers ma recherche d'informations, et que la personne puisse délivrer son expérience.

Selon Van Campenhoudt et Quivy, l'entretien se fait par un échange direct, avec peu de directivité, et lors d'un entretien semi-directif, la personne interrogée peut « s'exprimer avec un grand degré de liberté sur les thèmes suggérés par un nombre restreint de questions relativement larges afin de laisser le champ ouvert à d'autres réponses (...) Les questions restent donc ouvertes et n'induisent ni les réponses, ni les relations qui peuvent exister entre elles. »

1.4 Élaboration du guide d'entretien

1.4.1 Structure

Pour construire l'entretien, j'ai suivi des recommandations de Van Campenhoudt et Quivy :

- il est en relation avec les hypothèses de recherche, pour pouvoir les vérifier
- les questions sont ouvertes autorisant des réponses libres
- la question finale permet que le répondant exprime des éléments qui n'étaient pas anticipés de la part du chercheur et permettent des pistes de réflexion.

J'ai tout d'abord échafaudé une grille d'entretien (ANNEXE 2) en reprenant les mots clés de ma question de recherche et de mon hypothèse. Cela m'a permis de dégager 5 thèmes.

14 questions ont été formulées pour explorer ces thèmes. 1 question de conclusion a été ajoutée pour ouvrir à la réflexion propre de l'interviewé sur le sujet et découvrir d'autres

aspects. Enfin, 2 questions subsidiaires ont été posées pour évaluer l'expérience des interlocuteurs et rapprocher en analyse leurs réponses avec le cadre théorique. J'ai ajouté des sous-questions accessoires pour réorienter éventuellement l'entretien vers ce qui m'intéresse si l'ergothérapeute interrogée venait à diverger de la question initiale. J'ai débuté l'entretien par une introduction avec rappel des conditions de l'entretien.

1.4.2 Contenu

Ci-dessous les thèmes choisis et ce qui est attendu comme renseignements.

Thème 1 : Intervention de l'ergothérapeute en EHPAD.

Les réponses aux questions posées devraient permettre de savoir d'après les personnes interrogées quelles sont les particularités de l'exercice de l'ergothérapeute en EHPAD par rapport aux autres structures, le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD, comment il se situe dans l'institution, ses différentes interventions.

Thème 2 : Les résidents ayant des troubles de la déglutition en EHPAD.

Les réponses devraient permettre de savoir s'il y a des troubles de déglutition dans cet EHPAD, de connaître la population identifiée, et de savoir par qui, comment, et pourquoi sont effectués les repérages, et les dépistages.

Thème 3 : L'équipe pluridisciplinaire en EHPAD concernée par le suivi des troubles de la déglutition.

Les réponses devraient permettre de savoir qui fait quoi, quand, pourquoi et comment, dans l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD intéressée par le suivi des troubles de la déglutition. Je veux savoir quels professionnels y participent, dans quelles chronologies, et comment ils communiquent sur ce sujet.

Thème 4 : L'ergothérapeute en EHPAD concernant le suivi des troubles de la déglutition.

Les réponses devraient permettre de savoir ce que fait l'ergothérapeute quant aux troubles de la déglutition des résidents en EHPAD.

Dans mes entretiens exploratoires les ergothérapeutes EHPAD ont été surprises du choix de ce sujet estimant que ce n'était pas la priorité de leur exercice en EHPAD. Or, comme vu dans le cadre théorique, la prise en charge des troubles de la déglutition se fait en équipe pluridisciplinaire, c'est sa participation dans l'équipe qui est importante.

Je veux connaître sa place dans l'équipe quant au suivi des troubles de la déglutition, quand, comment, et pourquoi il intervient, ses évaluations sur ce sujet, si il y a des facilitateurs ou des obstacles à son intervention, si il a bénéficié de formations, ou si il estime que ce serait nécessaire.

Thème 5 : L'amélioration de la prise de repas.

Cette partie concerne mon hypothèse de recherche. Elle devrait permettre de savoir si les actions concernant l'amélioration de la prise de repas faites par l'ergothérapeute limitent les fausses routes alimentaires.

Je veux savoir quand, comment, et pourquoi se passe la mise en place de ces actions facilitant la prise du repas. Je souhaite connaître les facilitateurs et obstacles à cette mise en place, et comment on pourrait l'améliorer.

Je veux connaître son avis sur les bénéfices de l'amélioration de la prise de repas, si il s'informe de, ou si il évalue la diminution des fausses routes alimentaire suite à ses actions.

1.5 Contexte de réalisation des entretiens

Deux des interlocuteurs ont souhaité que je leur envoie la grille d'entretien quelques jours avant afin de se préparer à l'entrevue. J'ai hésité car leur réponses ensuite pouvaient être moins spontanées. J'ai accédé à leur demande car cela pouvait les amener à être plus détendus, confiants, et donc libérer plus leur parole. L'une d'elle avait effectué des recherches avant la rencontre pour me donner des chiffres exacts. À part ce fait, le reste de l'entretien a été authentique.

Les personnes interviewées ont toutes décidé de trouver un endroit le plus calme possible pour échanger. Selon qu'elles bénéficiaient d'un bureau, partagé ou non, avec un ou plusieurs collègues. En ce cas, elles informaient ceux-ci du contexte du rendez-vous et leur ont parfois demandé si ils étaient intéressés pour s'entretenir avec moi. 2 orthophonistes et une psychomotricienne ont accepté et j'ai pu effectuer des entretiens de 15 minutes avec chacune d'elles. J'avais préparé auparavant une grille d'entretien semi-directif pour ces professionnels le cas échéant. Le but de ces entretiens était d'avoir une donnée qualitative de l'avis de collaborateurs sur l'exercice de l'ergothérapeute. J'ai finalement choisi de ne pas les exploiter dans cet écrit.

La durée moyenne d'un entretien avec les ergothérapeutes était estimée à 45 minutes, finalement ils ont duré 1h en moyenne.

L'anonymat des thérapeutes interrogés ainsi que celui des établissements ont été garantis, et leur accord pour enregistrement a été demandé et notifié par écrit.

La première ergothérapeute contactée exerçait sporadiquement dans un EHPAD au sein d'une structure de SSR gériatrie. Je n'ai finalement pas exploité ses réponses dans ce travail

écrit. Effectivement, ce n'était pas un EHPAD d'entité unique et l'enquête pouvait être biaisée. L'analyse de l'enquête s'est donc restreinte sur 4 EHPAD.

Je n'ai pas eu l'occasion de tester la grille avant les rendez-vous. Lors des 2 premiers entretiens je me suis rendu compte que 2 questions se recoupaient et que la personne n'y répondait donc pas ou se répétait. J'ai donc modifié cette partie pour les entretiens suivants. J'ai conservé les 2 premiers entretiens pour analyse car le contenu n'en était pas modifié et que ce que je cherchais apparaissait.

2 TRAITEMENT DES DONNÉES

2.1 Profil des ergothérapeutes interviewées

Dans ce paragraphe, est exposé le profil des ergothérapeutes interviewées. Connaître ces caractéristiques pourrait être utile à une analyse plus fine des résultats ultérieurement.

Toutes les 4 peuvent être qualifiées de professionnelles qualifiées au vu de leur nombre d'années d'expérience d'exercice en ergothérapie (5,18, 18, et 22 ans). Elles témoignent d'une pratique en EHPAD ancienne de 12 ans pour deux d'entre elles, et de 3 ans pour les deux 2 autres. Ces années de recul permettent d'entrevoir des réponses fiables aux questions. En ANNEXE 3, figure la retranscription de l'entretien avec E4. J'ai choisi de faire figurer celui-ci car les réponses de E4 ont plus suivi le cours du guide d'entretien. Les autres interviewées anticipaient plus les réponses, ou redonnaient des éléments ultérieurement.

Elles interviennent toutes dans des EHPAD privés, dont 2 dans des « groupes » privés commerciaux de maison de retraite/ EHPAD.

E1 a un nombre de résidents plus élevé à suivre. On notera aussi que la résidence où elle exerce a la particularité de n'accueillir que des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer, ou maladies apparentées.

	E1	E2	E3	E4
Nombre d'années de DE Ergothérapeute	18	5	18	22
Années d'expériences en EHPAD	12	3	12	3
Années d'expériences dans cet EHPAD	5	3	1	3
Type d'EHPAD	Privé groupement	Privé	Privé	Privé groupement
Nombre de résidents	142	70	97	85

Tableau I Profil des ergothérapeutes interrogées et type d'EHPAD concernés

2.2 Particularités de l'exercice de l'ergothérapeute en EHPAD

On notera que E1 et E4 parlent de perte d'autonomie, E2 de valoriser l'autonomie. J'ai réutilisé dans l'écrit leurs termes. Je ne sais pas si elles entendaient par-là perte d'indépendance, d'autonomie ou les 2 associées.

Les 4 professionnelles interviewées ont conscience de s'occuper de personnes âgées dans leur lieu de vie et les appellent d'ailleurs des résidents ce qui est différent d'un établissement sanitaire (type SSR [Soins de suite et de réadaptation], ou hôpital) où l'on parlera de patients.

Par rapport à ce type d'établissement, E4 dit faire peu de rééducation du geste, et E1, et E3 n'effectuent quant à elles pas de bilans.

E4 précise une évolution dans ses prises en charge par la collaboration EHPAD et SSR grandissante. L'EHPAD où elle exerce fait partie de ceux développant les séjours temporaires post-SSR. Elle effectue une partie de la fin de rééducation de ces personnes pas encore prêts (transferts, déplacements, ...) à réintégrer leur domicile, et prépare avec eux ce retour.

E3 et E4 soulignent que la personne étant sur son lieu de vie, elles peuvent travailler sur du long terme, « jusqu'à la fin de sa vie ». Cela permet à E3 de travailler paisiblement (« pas de stress, pas de pression ») et d'avoir le temps de bien connaître la personne, sa vie antérieure et actuelle de jour et de nuit.

E2 estime que le fait que l'EHPAD soit généralement le dernier lieu de vie peut-être stigmatisant, et elle indique que, pourtant, ce type d'établissement permet aux résidents de bénéficier d'une rééducation, et/ou d'une stimulation qu'ils n'auraient peut-être pas eu à domicile.

Pour E4, à domicile, ainsi que dans les autres lieux d'exercice de l'ergothérapeute, la personne ou sa famille peut choisir le revendeur de matériel médical, alors qu'ici il est imposé. Cela pose des problèmes quant aux choix de matériel qui se trouve ainsi limité. Les autres ergothérapeutes n'ont pas mentionné cette problématique liée à l'appartenance de cet EHPAD à un grand regroupement.

Concernant la collaboration, elles notent toutes le faire avec tous les professionnels intervenant au sein de l'EHPAD. Ils sont selon les équipes : infirmières, aide-soignantes, AMP, ASG, psychomotricienne, psychologue, animatrice, IDEC, kinésithérapeutes, orthophoniste, agent du service technique, cuisinier, ASH, lingère, secrétaires, et directeur.

Les kinésithérapeutes et orthophonistes sont soit salariés, soit libéraux. Dans l'EHPAD où exerce E1, une orthophoniste intervient 1,5 jour /semaine en vacation.

Une autre particularité soulignée par E3, est qu'en EHPAD, il n'y pas de médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation. E1, E2, et E4 précisent travailler avec des médecins gériatres, soit libéraux, soit salarié pour E1, avec parfois l'intervention de 5 à 6 médecins traitants différents comme pour E2. Partout un médecin coordonnateur est présent.

E2 remarque la prédisposition aux polyopathologies de la population accueillie.

E4, définit une contradiction de l'exercice auprès des résidents en EHPAD : « Faut être très réactif, mais faut pas être pressé par rapport au résultat ». Elle argumente ce postulat par le fait qu'une perte d'autonomie peut se produire très rapidement chez ces personnes, et qu'une rééducation peut être longue notamment du fait que certains résidents aient des troubles cognitifs, et des capacités de concentration réduites. E3 évoque leur rythme lent.

Pour E4, l'ergothérapeute a un rôle très important et même central en EHPAD par rapport à la personne et à l'équipe du fait de la perte en autonomie progressive de la personne. Elle note cependant que la fonction de l'ergothérapeute est méconnue en EHPAD. Elle ne m'a pas précisé si cette méconnaissance est du fait des autres professionnels et/ou de l'administration.

E1, E 3, et E4 s'occupent des résidents avec une « approche globale », c'est-à-dire qu'elles prennent en compte tous les aspects de la vie de la personne. Elles insistent aussi sur l'évolutivité, le processus dégénératif dû soit aux pathologies, soit à l'âge. Cette particularité leur fait remettre en question, en continu, leurs interventions.

Pour E2, cette intervention ergothérapeutique en EHPAD, a pour principaux objectifs d'optimiser et d'entretenir les capacités cognitives et fonctionnelles des personnes accueillies.

Un aspect de l'exercice en EHPAD occupant beaucoup de temps pour E4 et E3 est la gestion du matériel médical (entretien, réparation, location, achat). E3 est ravie du stock mis à sa disposition : « C'est la caverne d'Ali Baba ! ».

E4 déplore de ne pas avoir de salle d'ergothérapie à sa disposition, et de devoir faire des séances soit en salle de kinésithérapie, soit en chambre, ce qui n'est pas adapté surtout si la personne a des troubles cognitifs.

E1 et E4 relatent de l'utilité de leurs années d'expériences car tout ce qu'elles ont pu expérimenter auparavant se retrouve en EHPAD : rééducation fonctionnelle adulte, « autonomie » dans la vie quotidienne, orthopédie, neurologie, formation auprès des personnels, techniques de transfert, matériel. E4 (22 ans d'expérience professionnelle) déconseille l'exercice en EHPAD aux ergothérapeutes débutants de par la nécessité d'expérience professionnelle antérieure pour être réactif.

Enfin, E4 précise que l'exercice des ergothérapeutes en EHPAD n'est pas ancien, et donc que les collègues avec qui elle travaille sont expérimentées sur des champs où elle intervient.

Que font plus précisément ces ergothérapeutes en EHPAD ? C'est ce qui est développé ci-après.

2.3 *L'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD*

2.3.1 *A l'entrée de la personne :*

E1, E3, et E4 ont spécifié ce qu'elles font lors de l'admission de la personne en EHPAD. Elles préparent son arrivée. Pour cela, E1 lit le dossier de préadmission. Elles prévoient et mettent en place le matériel nécessaire à la personne dans son environnement (aide à la marche, fauteuil roulant, soutien de tête, matelas préventif de troubles trophiques, potence de lit, chaise de douche, urinal pour homme, matériel orthopédique, ...). Pour E1, l'adaptation se fera en fonction de la pathologie, et, en lien avec l'équipe et le psychologue. Elles s'intéressent également aux centres d'intérêt du nouveau résident pour faciliter son inclusion dans des groupes d'activité, et « *qu'il se sente bien dans la collectivité.* » (E3).

À l'admission, puis régulièrement dans l'année (2 fois /an pour E4), est élaboré en équipe pluridisciplinaire le projet de vie individualisé. Elles participent toutes à ce projet, qui pose les objectifs de prise en charge à travailler avec la personne durant l'année.

E2 insiste sur l'avis des résidents à prendre en compte pour concevoir des objectifs personnalisés qui les motivent et les valorisent

2.3.2 *Évaluations*

E1 et E3 n'effectuent pas de bilans. La réalisation d'un bilan modulaire d'ergothérapie par exemple serait idéal pour E1, mais nécessiterait beaucoup de temps pour elle et le résident avec au bout peu d'efficacité, car le résultat serait vite dépassé par l'évolutivité de la maladie d'Alzheimer. De plus elle trouve que la mise en situation de bilan peut stresser le résident, être désagréable pour lui et donc biaiser le résultat.

Elle préfère comme E3 et E2 observer la personne dans son environnement, ses habitudes de vie quotidienne, et prendre des informations complémentaires auprès des soignants. Elles en déduisent des objectifs d'intervention et réfléchissent aux moyens qu'elles pourront utiliser pour y répondre.

E4 est la seule à spécifier appliquer des bilans qu'elle a employé dans son exercice antérieur : « Après le bilan, il est, euh, ... Il peut être précis, comme global. Ça dépend des situations. Mais j'ai des bilans, oui, bien sûr. Des bilans, que j'ai rapporté de mes anciens établissements dans lesquels j'ai travaillé, euh, type service de rééducation fonctionnelle, ou même du service hospitalier, en neurologie par exemple. Je peux travailler avec les mêmes bilans que les autres ergothérapeutes utilisent, quoi, des bilans communs ».

Pour elle, E1 et E3, il est important de comprendre d'abord les situations de handicap de la personne pour répondre à une problématique à un instant T. de la vie du résident.

2..3.3 Interventions et moyens de l'ergothérapeute en EHPAD

Leurs interventions visent pour toutes à favoriser « l'autonomie », maintenir ou retrouver les capacités des résidents dans toutes les activités de la vie quotidienne (AVQ) telles que : toilette, habillage, transferts, déplacements, repas,

Pour cela, en premier lieu, elles adaptent l'environnement du résident. Pour E1, ce sera l'environnement de l'EHPAD face à des résidents déments déambulants, ou leur environnement immédiat de la chambre, salle de bains, vêtements. Elles pourront toutes apporter des aides techniques. E2 insiste sur l'importance de stimuler les personnes en utilisant la guidance verbale.

E1, E3, et E4, soulignent toujours prendre en compte l'évolutivité, et donc la nécessité de réévaluer la situation de la personne.

Pour E2, l'installation adaptée est importante pour leur permettre de réaliser les gestes voulus. E3 y ajoute la notion de confort de l'installation.

E4 fabrique des orthèses de confort, pour les personnes hémiplegiques.

Elles ont mis ou envisagent de mettre en place des ateliers tels que : AVQ, dextérité, stimulation cognitive, ceci souvent en collaboration avec leurs collègues psychomotriciennes. E2 fait d'autres ateliers avec l'animatrice selon les objectifs personnels des résidents.

Un autre aspect de l'intervention de l'ergothérapeute sera la prévention.

Ainsi, des ateliers « antichute » sont conduits, sur ce point, E3 propose aussi aux résidents des chaussures « *antichute* » et des semi-barrières de lit.

Au niveau de la prévention E1, E3, et E4, font aussi de l'information et de la formation concernant les gestes et postures aux équipes, incluant le mode d'emploi du matériel de transfert. E1 effectue à ce sujet des fiches de recommandations. Elles disent faire quotidiennement des rappels sur ce sujet de façon informelle.

Concernant le travail de collaboration, E1 cite son apport dans l'articulation des équipes pour faciliter la prise en charge, et éviter le préjudice au résident. E4 travaille aussi avec le kinésithérapeute pour les aides à la marche. Enfin elles participent toutes aux réunions pluridisciplinaires quotidiennes.

E4 résume ses interventions en EHPAD ainsi : « c'est ça le travail de l'ergothérapeute c'est vraiment : bilanter, comprendre, tester, puis ensuite, même rassurer, puis ensuite : montrer, passer la main, aux collègues pour qu'elles le fassent, elles, tous les jours. Écrire ça dans le quotidien de la personne. (...) Et on peut réintervenir, si justement à un moment donné il y a un retour en arrière. Si justement la personne, elle commence à faire moins de choses. Essayer de comprendre pourquoi elle fait moins, ou elle fait plus les choses. ».

De ce chapitre, nous pouvons retirer que le rôle de ces ergothérapeutes en EHPAD va être de favoriser l'indépendance des personnes âgées accueillies à long terme, en développant ou en maintenant leurs capacités, en tenant compte de l'aspect évolutif dégénératif qui oblige le professionnel à réévaluer constamment la situation. Elles font peu de bilan et de rééducation. Celle-ci se fait principalement sous forme d'ateliers. L'adaptation et la réadaptation visent à un environnement facilitateur et préventif. Avoir des expériences professionnelles antérieures dans d'autres structures est un atout. Pour toutes ces actions, les ergothérapeutes collaborent avec l'ensemble du personnel de l'EHPAD.

2.4 Les résidents ayant des troubles de la déglutition en EHPAD

2.4.1 Population concernée

J'ai regroupé les informations données par les ergothérapeutes du nombre de personnes qu'elles estiment avoir des troubles de la déglutition dans l'EHPAD où elles exercent. Le chiffre est vague, nous verrons pourquoi ensuite.

E1	E2	E3	E4
¼ des résidents mangent en mixé (soit 25%)	Une dizaine (soit 14 %)	Une douzaine (soit 12 %)	Une quinzaine (soit 18%)

Tableau II Estimation du nombre de résidents concernés

Elles catégorisent toutes les résidents dysphagiques comme pouvant avoir 2 types de troubles :

Soit un trouble permanent :

Il concerne tout d'abord des personnes démentes, atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade avancé ou maladies apparentées, ayant des : troubles cognitifs, apraxies de la déglutition, troubles du comportement, agnosie de la nourriture. Ensuite, sont citées les personnes ayant : des séquelles d'accident vasculaire cérébral, la maladie de Parkinson à un stade évolué, des troubles de la posture, ou encore une édentition. « *Là c'est mécanique* » dit E4, E1 le remarque aussi.

E2 et E3 soulignent qu'il s'agit généralement de personnes dépendantes, grabataires, très fragiles avec qui la communication est difficile, qui ont besoin d'être surveillées, d'avoir une aide humaine. E1 observe que les personnes dépendantes au repas n'ont pas toutes une alimentation à texture modifiée. Cela est peut-être dû au fait que le dépistage est effectué par l'orthophoniste de l'EHPAD 1.

Soit un trouble temporaire :

À un instant T. la personne pourra avoir un problème somatique transitoire. Les troubles de la déglutition peuvent alors apparaître lors d'une baisse de la vigilance (fièvre), une baisse de la force musculaire (fatigue), une posture mal adaptée à la prise de repas (reste au lit). E4 évoque aussi les dépressions.

Une alimentation et une boisson avec texture adaptée, sont alors prescrites à la personne. Le retour à une alimentation « normale » se fera après réévaluation de son trouble (E1, E4). Cette décision est prise en équipe pluridisciplinaire (soignants, paramédicaux, animatrice, agents hôteliers, famille) pour E2.

2.4.2 Le repérage

Le repérage est effectué par toutes les personnes gravitant autour du résident au moment du repas : les aidants au repas, les personnes effectuant le service à table, ou encore l'infirmière au moment de l'administration des médicaments. Les aidants au repas cités sont : les aides-soignantes, les AMP, les ASG, les infirmières, dont une « référente nutrition » pour E3, et l'animatrice et la psychomotricienne pour E2. E1 et E4 ne participent pas aux repas, E3 le fait occasionnellement quand il manque du personnel, et E2 le fait tous les jours à la table réservée aux personnes nécessitant une aide humaine au repas.

Ce repérage fait appel à la vigilance de toute l'équipe présente et se traduit par l'observation d'une toux. « *C'est un signe d'alerte* » dit E3. E2 évoque aussi les difficultés à avaler, les fausses routes silencieuses qui masquent le trouble, et celles survenant après le repas.

E4 remarque que les aide-soignantes et les AMP sont bien formées pour caractériser les matières à l'origine de survenue de la toux (texture, solide, liquide).

Ce repérage fait, la toux ou autre signe observé est signalé par les intervenants au repas, et transmis au médecin.

2.4.3 Le dépistage

Après le repérage vient le dépistage qui va valider ou non le trouble, et le spécifier. Selon les 4 EHPAD cette suite se déroule différemment.

Dans l'EHPAD d'E1, la question de présence d'un trouble de la déglutition ou non est demandée par le médecin lors de la consultation de préadmission. Lorsqu'une suspicion survient, l'orthophoniste salariée de l'établissement effectue les bilans associés. Dans l'EHPAD d'E2, il n'y a pas d'orthophoniste intervenant ni comme salarié, ni comme libéral. Le médecin effectue donc une prescription pour bilan de la déglutition. Celui-ci sera réalisé en consultation externe en centre hospitalier. Dans l'EHPAD d'E3, il n'y a pas non plus d'intervenant orthophoniste. Les libéraux surchargés de clientèle ne peuvent pas assurer ces actes, aucun bilan n'est donc réalisé. Dans l'EHPAD d'E4, la situation est presque identique, cependant quelques patients ont été clients antérieurement d'une orthophoniste libérale, et ils conservent ce contact. Ils bénéficient alors de ses compétences. L'équipe fait alors appel à ces professionnels pour d'autres résidents, mais elles répondent rarement à cette demande se sentant généralement peu formées. Au mieux, elles ne réalisent que le bilan de la dysphagie, jamais de rééducation.

Après confirmation du trouble, le médecin prescrit une modification de la texture alimentaire. Cette consigne est respectée. Exceptionnellement, en l'absence du médecin et attendant son retour, dans l'EHPAD d'E1, c'est l'IDEC qui prendra cette décision après avoir consulté l'avis de l'équipe pluridisciplinaire.

E4 évoque l'importance du suivi de la prescription au vu des conséquences (dégradation rapide du résident et son hospitalisation) des pneumopathies d'inhalation consécutives aux fausses routes.

2.4.4 Le suivi par l'équipe pluridisciplinaire

Une fois la prescription de changement de texture fait, les autres consignes à respecter sont les mêmes partout. Elles font appel à la vigilance des aidants aux repas par de l'observation. Ce seront des professionnels différents qui effectueront les recommandations.

Pour l'EHPAD d'E1, nous l'avons vu, c'est l'orthophoniste qui donne des conseils, elle a pu organiser avec l'ancienne psychomotricienne des ateliers « d'apraxie buccale ». Pour E3, c'est une infirmière « référente nutrition » ayant eu une formation de prévention des troubles de la déglutition, qui conseille. Elle effectue le bilan nutritionnel des résidents, renseigne les aide-soignants sur les personnes à risque et leur donne des consignes adaptées. Pour E2 pas de référent mais une équipe pluridisciplinaire, dont l'ergothérapeute, est présente au repas des personnes les plus à risque, il n'y a pas de protocole particulier. Ici, la consigne des médecins est « *d'être vigilants* », observer, et stimuler la déglutition par guidance verbale. Pour l'EHPAD d'E4, il n'y a pas de référents, mais des professionnels (aide-soignants, et AMP) expérimentés et ayant suivi des formations sur cette prévention. E4 pense qu'elles sont à même de constater, analyser la problématique, et d'en déduire et réaliser des adaptations d'environnement simples, ou d'alerter les IDE ou l'ergothérapeute si elles ne se sentent pas compétentes : « *faire la différence entre quelque chose qui est lié au corps, ou au problème de position de la tête ou du corps, quand la personne s'est dégradée, et qu'il faut passer à autre chose* ».

Pour prévenir les fausses routes alimentaires durant le repas à table, les aidants avertis par leurs conseillers, leur formation, ou par leur expérience prêtent attention : au positionnement de la personne, à son état de vigilance, à ce que la texture proposée corresponde à la prescription, ou encore à leur communication à la personne en cas de troubles du comportement spécifique E3 (« *n'allez pas trop vite, faites attention, ne mettez pas trop dans la fourchette, ...* »).

E1, E3, et E4 notent l'importance de l'implication du cuisinier dans le respect des textures alimentaires modifiées. Il est félicité quand il ajoute une attention à l'aspect et au goût de ces plats, pour donner envie de manger à ces personnes, qui perdent souvent ce désir face au mixé, et perdent en regard rapidement du poids, ce qui engendre une dégradation de l'état général. E4 relève aussi que le cuisinier peut être facilitateur dans l'équipe : « *Le cuisinier, hein ? Il faut vraiment qu'il fasse partie intégrante de l'équipe, quoi ! Que lui aussi relève des choses par rapport aux régimes, des incohérences.* ».

Les autres professionnels intervenants sont selon E3 : le médecin coordinateur et l'IDEC qui tiendront plus en compte la dénutrition que la dysphagie.

2.4.5 Communication interprofessionnelle sur le sujet

La communication du repérage ou de l'évolution de la dysphagie et des consignes se fait de la même façon dans les 4 EHPAD.

- transmission orale : lors des relèves d'équipes, et aux réunions interdisciplinaires quotidiennes avant le repas.

- transmission écrite : dans le dossier informatisé du patient. Tout ce qui a été dit par oral y est consigné et lu par tous les intervenants des 4 EHPAD. Le lire et y écrire tous les jours est obligatoire dans l'EHPAD d'E1.

- transmissions informelles : elles sont aussi orales, mais données hors réunion à une ou 2 personnes à la fois. E2 le constate parfois au moment du repas par praticité et lorsque l'information n'a pas été délivrée lors des transmissions formelles. E4 évite de le faire durant ce temps pour que le repas reste un moment de plaisir et par souci de confidentialité.

E1 signale aussi les informations données par la famille.

De ce chapitre on peut retirer que, le nombre de personne ayant des troubles de la déglutition dans ces EHPAD est peu ou mal évalué. Les ergothérapeutes ne peuvent pas donner un chiffre exact. Le trouble est souvent assimilé à la présence d'une toux lors du repas et rapproché du nombre de personnes ayant une alimentation adaptée en mixé. Le repérage est généralement limité à une toux, ou à une difficulté à avaler repérée. Le dépistage n'est pas du tout effectué dans 1 des EHPAD. La prise en charge qui s'ensuit est investie par toute l'équipe impliquée dans le repas, avec transmissions quotidiennes par différents moyens, et respect des consignes médicales (textures) et de celles issues des formation ou informations qu'ont pu avoir ces intervenants (posture).

On peut se poser la question des disparités de prise en charge. L'importance du nombre de salariés de l'EHPAD, la composition des équipes intervenant au repas, et surtout les politiques d'établissements concernant la formation en intra établissement semblent en être la raison.

2.5 L'ergothérapeute en EHPAD et le suivi des troubles de la déglutition

2.5.1 La demande d'intervention

Concernant le suivi des troubles de la déglutition dans l'équipe, E1, E4, et E3, déclarent intervenir dans un deuxième temps.

E3 intervient quand la demande lui est faite par l'infirmière référente en nutrition. Elle fait d'elle-même le positionnement au fauteuil. Cependant lorsqu'elle participe à la prise des repas des personnes nécessitant une aide humaine de l'établissement, elle observe les résidents car : « *C'est là, c'est en étant en contact avec les résidents, qu'on voit ce qu'il y a*

à faire ». Elle pense qu'elle devrait être plus souvent présente lors des repas, et qu'elle en est écartée.

Pour le positionnement de la personne en fauteuil à table, E1 n'est sollicitée qu'en cas de problématique complexe, car elle estime que le personnel intervenant au repas est suffisamment formé et compétent pour appliquer les postures de base quant à la prévention des fausses routes. « *J'assiste pas, de manière précise, déterminée, aux repas. Euh, ...parce que c'est pas nécessaire chez nous. Ici on a beaucoup de chance, parce que je trouve qu'on a des collègues aide-soignantes, et AMP qui sont très, très bien formées, et on a pas forcément besoin, Elles nous remontent les infos. Elles sont fiables. Si y a besoin d'aide technique, si y a besoin de matériel, si y a un résident qui mange plus tout seul alors que c'était le cas, elles sont en difficulté, elles vont me le dire, et là je vais venir.* ». Il en est de même pour E4 : « *C'est pas un rôle primordial. Parce qu'un professionnel bien formé, il sait que la posture, euh, quelle posture la personne ne doit surtout pas avoir. (...) Les gens qui sont bien formés, n'ont pas besoin d'une intervention de l'ergothérapeute.* »

E2, qui est présente à tous les déjeuners auprès des résidents « vraiment dépendants », déclare : « moi je me place un petit peu en tant que soignante. Donc je vais signaler des difficultés de déglutition, je vais être vraiment vigilante ». Elle répond sur ce point à la demande informelle des médecins, ou de l'IDEC durant les transmissions orales d'observer une présence ou non de toux. E2 est incluse dans l'équipe avec la même demande, qui n'est pas spécifique à ses compétences.

La sollicitation des services des 3 autres ergothérapeutes se fera différemment.

Pour E3, ce sera par l'IDE référente avec tous les moyens de communication à disposition dans l'EHPAD, de façon formelle ou informelle. Cela concernera : l'installation au repas avec révision du positionnement au fauteuil roulant, ou demande d'adaptation spéciale (hauteur de table, de chaise, ...), ou encore avis sur les couverts adaptés à apporter.

Pour E1, il y aura soit une demande écrite du médecin, soit une demande informelle des équipes qu'elles formaliseront par écrit ensuite. Elle anticipe aussi selon ce qui est dit lors des transmissions, ou par les familles. Elle refait aussi un point lorsque le projet de vie est revu. Dans tous ces cas, elle vient analyser la situation de la personne pendant le repas.

Pour E4, la demande peut se faire soit lors des transmissions de l'équipe pluridisciplinaire, soit de façon informelle par tous les intervenants au repas (IDE, AS, AMP, ASH). Les équipes de nuit donnant une collation au lit à 22h, lui demandent par l'intermédiaire du dossier informatisé une préconisation d'installation.

2.5.2 L'évaluation

Comme pour le reste de leurs interventions, E1, E2, et E3 n'effectuent pas de bilan mais des observations du résident dysphagique, puis une réévaluation de ce qu'elles ont mis en place notamment au vu de l'évolution de la personne.

E3 observe le résident lors d'autres activités ou des ateliers. Elle prend en compte ses capacités, ses habitudes de vie actuelles et antérieures, ses besoins actuels, son environnement physique (salle bruyante, hauteur de table, ...), son positionnement, et ses souhaits exprimés lors de ces moments. Ces vœux n'auront peut-être pas été formulés auprès du reste de l'équipe. E3 s'en fait le rapporteur.

E2 durant le repas n'est pas qu'attentive à la survenue d'une toux. Elle observe aussi l'installation à table des résidents lorsqu'ils sont en fauteuil roulant : « *parce qu'il y en a beaucoup qui sont en fauteuil. des fois les aide-soignantes ne font pas très attention, et le fauteuil est toujours en bascule arrière !* ». Elle regarde aussi la verticalité du tronc, les capacités de préhension (force, déformations, ...) des outils de repas (verre, couverts).

E4 est la seule à avoir spécifié utiliser des bilans, ici comme pour le reste de ses interventions. Elle les effectue en plusieurs fois.

Elle prend en compte les pathologies, les troubles neurologiques, et cognitifs, le « *support* » sur lequel est installé le résident lors du repas (lit, chaise, fauteuil roulant, ...), ainsi que la condition psychologique du résident : « *quand la personne elle a une grosse dépression, il faut en tenir compte aussi* ». Elle évalue les capacités motrices et fonctionnelles du membre supérieur, le tonus musculaire du tronc.

Ces bilans, permettent à E4 de délivrer des conseils aux équipes. Le chapitre suivant décrit ce qu'elle est les autres interviewées proposent.

2.5.3 L'intervention

E4 effectue des préconisations. Cependant, avant leur mise en place, elle les discute avec les équipes. E1 essaie pareillement de trouver des solutions avec les professionnels intervenant lors du repas, pour notamment permettre à la personne de continuer à manger seul. E3 le fera avec l'IDE référente et la personne concernée.

Les interventions des ergothérapeutes interrogées sont essentiellement adaptatives, et se portent sur l'environnement de la personne.

Les 4 ergothérapeutes m'ont parlé du positionnement de la personne.

E4 propose des solutions, quand apparaît une nécessité plus pointue que l'installation de « *base* ». Elle procure par exemple un accessoire supplémentaire pour tenir la tête, ou d'autres soutiens pour une personne en fin de vie : « *trouver des aides techniques, pour que*

la personne puisse être alimentée... alimentation plaisir bien sûr... dans son lit. Comment, euh, utiliser bien les fonctions du lit, quel type de coussin on va mettre en place pour bien maintenir la personne pendant les repas, vous voyez ? Euh, bannir le bec canard, quand la personne est au lit ! ».

E3 qui exerce avec une seule personne formée à la prévention de la dysphagie, est attentive, quand elle participe au repas, à l'installation à table de la personne : proximité et hauteur de la table, redressement du dossier, appui-tête. Celui-ci parfois ne suffit pas à maintenir la tête de la personne en position recommandée, une aide humaine est alors nécessaire. Après sa réflexion avec l'IDE, elle collabore parfois avec l'agent technique pour modifier du mobilier par exemple (scier des pieds de table, de chaise, ...).

E2, et E1 portent elles aussi leur attention à éviter l'hyper extension de tête, et à redresser le tronc.

Concernant l'environnement immédiat, elles me parlent toutes de l'apport d'aides techniques, qui permettront à la personne de s'alimenter seul et /ou d'être aidé couverts adaptés (manches grossis, lestés, ...), antidérapant, rebord d'assiette, verre à encoche. Ce dernier est identifié comme l'ustensile évitant les inhalations.

E1 insiste sur le fait qu'il faut avant d'adapter un nouvel outil à une personne, voir si l'instrument de base n'est pas un « *mauvais* » outil, comme le « verre canard » (qui oblige à une position de tête en hyperextension), ou le « *décor de restaurant aggravant les difficultés* ». Là aussi, la collaboration avec d'autres professionnels sera prépondérante. E1 réfléchit avec la responsable hygiène et qualité de l'établissement pour que la vaisselle d'hôtellerie choisie soit compatible avec les troubles développés par la population démente accueillie. Elles tiendront donc compte de la gnose des ustensiles de repas, ou encore des contrastes de couleur pour les personnes ayant des troubles visuels, de l'adhérence des surfaces (« *pas de nappe glissante ou de table en merisier vernis* »). Les couverts et verres sont choisis « *faciles à prendre et pas trop lourds* ». Ce fait est aussi souligné aussi par E2, et E3.

E1 remarque que lorsque la pathologie démentielle évolue, « *l'autonomie* » au repas diminue, et l'aide humaine par des personnes formées devient nécessaire. E2 le dit aussi et précise qu'en cas d'apraxie du geste main-bouche, elle fera de la guidance gestuelle pendant le repas : « *des personnes qui ont perdu, euh, aussi l'habitude du geste. Où on a besoin toujours de leur mettre la cuillère dans la main pour qu'ils continuent à se servir de cet outil, montrer un peu le geste à faire, engager le mouvement en soutenant le coude* », et les stimule verbalement : « *Ouvrez la bouche, déglutissez, avalez ce que vous avez dedans* ».

L'environnement physique sera aussi pris en compte surtout pour les résidents ayant des troubles cognitifs : sonorité, luminosité, distractibilités. (E1, E2, E3)

Pour les personnes dysphagiques, E4 n'intervient pas au cours des repas : « je l'ai fait, ça ne marche pas, et en plus, ça n'aide pas la personne à apprécier son repas. Donc, on peut travailler les troubles de la déglutition, même des prises alimentaires en dehors des repas ! ». Elle choisit pour ce faire, un lieu calme, sans interférences. Au vu des troubles mnésiques et de concentration, elle rappelle à chaque fois l'intérêt de son intervention, déroule celle-ci en plusieurs fois en temps de séances courtes.

Enfin, E2, sensibilise les équipes d'aidants au repas, en rappelant les consignes d'installation, d'aides techniques. Pour E3, lorsque les aidants n'ont pas eu de formation complémentaire, ou que ce sont des vacataires, ou que l'IDE référente est absente, alors il est nécessaire de leur montrer l'exemple en corrigeant l'installation à table (redresser le tronc), et de concentrer leur attention sur le résident en verbalisant l'action.

E4 note qu'il est important faire des rappels pour que l'information passe bien, et ne s'oublie pas : « on vérifie que dans le temps que les choses perdurent. Parce que ça peut aussi, euh..., ça demande aussi un travail en plus pour les équipes, donc on peut aussi par moment, euh, voir que les personnes ont tendance à ne plus faire certaines choses ! »

De ce chapitre on peut retirer que les modalités d'intervention de l'ergothérapeute auprès des patients dysphagiques se font en collaboration avec plusieurs acteurs (soins, hôtellerie, service technique), mais différent selon le type d'EHPAD. Dans ceux appartenant à des grands groupes, les équipes participant au repas sont composées essentiellement d'aide-soignantes et d'AMP, qui bénéficient de formation en interne concernant la prévention de la dysphagie. Les ergothérapeutes travaillant avec ce personnel lui font confiance pour mettre en place le positionnement préventif de base contre les inhalations. Elles sont averties en cas de posture plus complexe à adopter. Pour E3, l'IDE référente fait aussi appel à elle pour des situations nécessitant un positionnement plus précis, ou des aides techniques améliorant la prise alimentaire. Cette IDE ne connaît peut-être pas les autres compétences de l'ergothérapeute. Le peu d'ancienneté de l'ergothérapeute dans la structure ne lui a peut-être pas permis de se faire plus reconnaître comme expert des activités de la vie quotidienne, dont fait partie le repas. Elle pourrait collaborer avec cette IDE auprès des équipes non formées lors des repas, et pourrait repérer d'autres troubles à rééduquer en dehors du temps de repas et ainsi favoriser aussi la renutrition de ces personnes. Les autres ergothérapeutes, elles aussi parlent peu de rééducation. Pourquoi ? Je ne dispose pas ici d'éléments pour répondre à cette question. Une autre question survient aussi suite à ces chapitres. Si le dépistage était plus

effectué, auraient-elles plus de demandes réadaptatives et rééducatives ? L'expérience d'E1 démontre à priori que non.

2.6 L'amélioration de la prise du repas et la diminution des fausses routes alimentaires

Pour E1, qui intervient rappelons-le avec des résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, ses actions qui améliorent la prise de repas et préviennent les fausses routes, ne sont pas les apports d'aides techniques : *« J'trouve qu'on compte un peu trop sur les aides techniques comme des outils miracles. Avant de dire que les personnes n'y arrivent pas, est-ce que c'est pas plutôt l'outil qui est mal choisi ? »*

Elle pense qu'agir sur l'environnement est le plus important en évitant surtout la distractibilité qui occasionne les doubles consignes, et renforce les troubles de l'attention. Pour les personnes ayant une apraxie gestuelle, elle privilégie l'installation à table en miroir d'une personne indépendante au repas pour entraîner une imitation du geste.

Elle conclue ainsi : *« De toute façon, c'est de chercher à comprendre. Se mettre dans la position de la personne âgée, et qui a des troubles cognitifs, et de se dire : « moi, est-ce que j'y arriverai à sa place ? » Voilà, et : « comment j'peux faire pour y arriver », comment on peut lui permettre, bien sûr, de conserver le plus longtemps cette autonomie ».*

Pour E2, être bien installé favorise la prise alimentaire, et évite les fausses routes.

Pour E4, cette même raison améliore la prise alimentaire dans le temps. Elle évoque un cercle vertueux : la réduction des fausses routes angoissantes au cours du repas augmente le plaisir de manger, et donc la prise alimentaire, et donc la quantité ingérée, et donc va aussi augmenter le plaisir. *« Parce que une personne âgée peut vite s'arrêter de vouloir manger. Très, très vite. En 2-3 jours, elle peut s'arrêter complètement de manger. Mais, ne plus manger du tout ! ».* Si cette installation est confortable, le repas est d'autant plus apprécié.

2.6.1 Facilitateurs

Le principal facilitateur cité de l'action de l'ergothérapeute dans l'amélioration de la prise alimentaire est unanimement : l'équipe intervenant lors du repas. Parce que ces personnes connaissent les résidents en les accompagnant au quotidien. E3 appuie ceci en disant qu'il est important de les écouter car elles peuvent connaître une solution sans en avoir conscience. E1 et E4 insistent sur le fait que leur collègues ont de l'expérience, et des connaissances de par leurs formations complémentaires délivrées en intra établissement, soit par le médecin coordonnateur pour E1, soit par un organisme dépêché par le groupe d'EHPAD pour E4. Celle-ci dit : *« des gens qui sont bien formés, qui comprennent bien le sens de nos propos et*

ils comprennent bien le sens de nos actions. et puis la connaissance de la pathol..., du trouble de la déglutition ». E3 trouve qu'une formation auprès du personnel manque dans l'établissement. E4 insiste aussi sur les indispensables coordination, et communication des différentes équipes portant sur les informations concernant le résident au repas.

Les autres facilitateurs mentionnés sont les aides techniques qu'elles peuvent apporter : petite cuillère, verre à découpe nasale, vaisselle qui ressemble à de l'utilisé par le passé, ... Le budget disponible pour acquérir tous ces objets n'est pas restreint. (E2, E3, E4). E2 dit : « Pour le bien-être du résident, surtout pour tout ce qui est autour d'activités de la vie quotidienne, ils sont pas regardants. C'est important. »

Un autre point facilitateur relevé par E4 est que les résidents participent à la commission des menus.

2.6.2 Obstacles

L'équipe autour du repas est aussi évoquée comme étant l'obstacle majeur.

Ici, E4 recite la coordination de l'équipe. Si elle est non faite, le message d'information ne passera pas : « On travaille toujours avec 2 équipes. Donc il faut une collaboration. si dans les équipes on ne travaille pas de la même façon, j'vous dis, la personne âgée, elle va perdre ses repères, et ça va pas l'aider à s'améliorer. Et ça arrive ! Souvent ! » Elle rejoint ici ce que dit E1 sur l'exercice en EHPAD pour éviter le préjudice au résident.

Le manque de formation de cette équipe est relevé par E3, qui constate parfois une non application de ses consignes : « les idées qu'ont les aide-soignantes sur ce qui doit être fait. Si pour eux, ont leur a appris qu'il fallait super redresser les gens, j'peux pas faire autrement », « des esprits bornés, qui font comme ça parce qu'ils pensent que c'est mieux ». ou encore : « des fois, ils peuvent manger tout seuls., mais les collègues, et ben, ..., elles vont pas prendre le temps de laisser la personne. ».

E1 mentionne une difficulté possible : la position vicieuse fixée « d'enroulement » du tronc qui est une gêne à la prise alimentaire. Elle veille, en amont à contrer son apparition. C'est une action en dehors du temps de repas. Pour elle, elle est la référente de l'établissement en ce qui concerne les postures.

Elle indique également que, par rapport à la population accueillie dans cette structure composée rappelons-le de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées, les freins à son intervention sont : la déambulation des résidents déments qui fait que les personnes ne restent pas assises à table, la non observance des résidents de l'adaptation qu'elle propose car ne « *l'intègrent* » pas. Par déficience cognitive, la personne poursuit ses gestes habituels, les aides techniques sont alors peu utilisées.

Elle recite les « *mauvais outils* » dont elle a constaté la présence lorsqu'elle est arrivée dans cet EHPAD (nappes glissantes, verres et couverts trop lourds, assiettes carrées, ...). Ces ustensiles ne favorisent pas la mise en bouche des aliments que ce soit par agnosie de l'objet ou par non praticité. Elle dit : « *Et c'est ça qu'on voit vraiment, si au lieu que ça fasse beau, ou est-ce que c'est pratique ?* »

Elle évoque aussi les visiteurs extérieurs qui ne sont pas de la famille, et ne connaissent pas le quotidien de la personne ses habitudes ou une préconisation par rapport à la nourriture.

E2 parle aussi des troubles cognitifs des personnes accueillies qui ont des difficultés de concentration. L'aide humaine ne devra « *pas être pressée* » et la guidance verbale sera de mise.

2.6.3 Retours sur l'efficacité des actions de l'ergothérapeute sur la diminution des fausses routes alimentaires.

Le résultat des actions de l'ergothérapeute sur la diminution des fausses routes alimentaires est difficilement chiffrable. E3 ne peut l'isoler du reste des statistiques concernant l'amélioration de la dénutrition. Cela fait partie des actions préventives communes à l'équipe. Elle ajoute aussi que consécutivement à la mise en place des mesures préventives, il n'y a pas de fausses routes constatées.

L'efficacité sera plutôt reconnue subjectivement par les aidants au repas par observation. Cette information est transmise de façon formelle et informelle. (E2, E4)

E1, elle, pose la question aux équipes, car avoir un retour est essentiel, pour que le résident voit un intérêt à cette action et pouvoir la négocier avec lui.

2.6.4 Autres bénéfiques

Selon les 4 ergothérapeutes interrogées, leurs actions sur l'amélioration de la prise de repas ont des effets positifs sur d'autres points.

Pour E2, c'est important que les résidents conservent leur indépendance au repas, car c'est parfois une des dernières activités qu'il leur reste. Ses actions améliorent donc la prise de repas car elles stimulent « l'autonomie ».

E4 évoque un autre cercle vertueux : l'amélioration de la prise alimentaire favorise la reprise de l'alimentation, donc la reprise de poids, donc l'amélioration de l'état général de la personne, et donc celle de la prise alimentaire indépendante.

Pour E3, la reprise de l'alimentation participe à la renutrition, elle-même favorable à une diminution des risques trophiques, et à un meilleur état général. C'est celui-ci qui engendrera pour la personne d'autres bénéfiques secondaires : meilleure mobilité, meilleure posture (pas seulement au moment du repas). L'état général amélioré est aussi souligné par E2 : « *Qu'une*

personne mange bien, généralement c'est ce qu'on dit : c'est que la personne elle va bien ». Au-delà de l'aspect physique E2, et E3 évoquent la valorisation de soi. Effectivement, être indépendant au repas, sans aide humaine, même si une aide technique est nécessaire, améliore l'image de soi pour la personne elle-même et aussi pour son entourage. Ainsi E1 souligne comme bénéfique l'augmentation des liens sociaux, et donc l'amélioration de la participation sociale du résident.

E1 analyse aussi qu'un constat par l'équipe, d'une diminution des fausses routes entrainera un retour progressif à une alimentation de texture normale, et donc à un retour du goût et du plaisir de manger.

E4 suggère que les autres résidents peuvent aussi être bénéficiaires. En effet un conseil ou un geste mis en place pour l'un peut être réinvesti par l'équipe pour un autre résident.

L'équipe sera donc bénéficiaire d'un apport de connaissance et d'expérience, et sera valorisée dans son exercice par l'indépendance au repas de la personne, la diminution des fausses routes et l'amélioration de sa santé. E2 dit : « *Elle va bien, nous aussi ! On est contents* ». Elle intègre aussi l'ensemble de l'établissement dans ce constat car il « *valorise l'esprit de cette maison de retraite basé sur la bientraitance* ».

E1 indique un autre bénéfice pour les équipes, l'indépendance au repas diminuant les contraintes institutionnelles. Effectivement une personne qui mange seule nécessitera moins d'aide humaine. Le ratio de personnel dans cet EHPAD étant d'un pour 6 résidents. Les aidants au repas pourront investir leur temps d'exercice vers d'autres tâches.

Dans ce chapitre, on voit que si le positionnement est bien identifié comme facteur de diminution des inhalations, l'amélioration de la prise de repas l'est moins. Seule E1 et E2 ont identifié plusieurs éléments : l'adaptation de l'environnement physique (diminution des distractibilités), postural (lutte contre l'enroulement), et technique (bons outils), et un peu de rééducation (voisin en miroir, guidance gestuelle).

Le retour de l'efficacité de leur action est positif, et effectué par les aidants au repas suite à l'observation. On peut supposer que cette observation sera principalement la même que celle du repérage : l'apparition de toux ou non. L'amélioration de la prise de repas et le positionnement ne sont pas divisibles dans la vérification de leur effet, puisqu'exécutés en même temps. Les actions et préconisations de ces ergothérapeutes ne seront efficaces que si relayées par les équipes, moyennant une bonne communication ; et une formation spécifique à la prévention des troubles de la déglutition, faite à ces mêmes équipes.

On peut se demander pourquoi l'amélioration de la prise de repas est peu identifiée comme facteur diminuant les fausses routes. Je n'ai pas trouvé de réponse dans ces entretiens.

On peut se demander si le repérage par la toux est suffisant.

Il est intéressant de voir que ces ergothérapeutes relient ces actions préventives à une contribution pour la résolution d'autres problématiques : dénutrition, posture, déplacements, escarres, image de soi, plaisir de manger, participation sociale.

2..7 *Autres remarques*

Dans les éléments ajoutés par les ergothérapeutes à l'entretien, E2 a tenu à parler des repas thérapeutiques effectués par sa collègue psychomotricienne. Celle-ci a ses objectifs propres, et parmi ses moyens d'intervention est citée l'adaptation de l'environnement physique avec l'évitement des distractibilités. E2 identifie cela comme facteur d'amélioration « *de l'autonomie* ».

E3 note que lors des repas la dysphagie n'est pas la seule déficience à prendre en compte. Elle cite la dénutrition et s'interroge sur la cause de non prise de repas par les résidents. Elle trouve ces réponses : environnement physique (bruit), environnement humain (voisins à troubles de comportement, aidants discutant de leur vie personnelle), déficiences (difficulté à mastiquer, édentition, difficulté fonctionnelle du geste main-bouche, posturale « *elle est toute tordue* », troubles cognitifs (déambulation, agnosie du repas, ou des aliments), iatrogénie médicamenteuse, autre problème buccal comme une mycose.

E1 pense que concernant le repas, des éléments autres que les troubles de la déglutition sont à prendre en compte en amont. Elle précise également que beaucoup de personnes dépendantes d'une aide humaine au repas mangent en texture normale, et que la personne à qui est prescrite une alimentation mixée est forcément dépendant.

E2 évoque aussi le finger food qui peut contribuer à la renutrition de la personne démente déambulante. Cependant, elle émet une réserve si cette déambulation est associée à une dysphagie puisqu'elle implique une alimentation lisse difficile à prendre avec les doigts.

E2, diplômée le plus récemment, ajoute un autre élément : « c'est difficile de se situer vis-à-vis des troubles de la déglutition. Parce que, euh, à l'école, euh, enfin moi dans mes cours, ça n'a pas été spécialement mis en avant. ».

Dans ce chapitre, il me faut ajouter un élément qui m'a marquée avant chacun des entretiens. Que ce soit lorsque j'ai contacté ces ergothérapeutes par téléphone, ou avant que j'aie le temps de débiter mes questions, ou l'enregistrement. Systématiquement, alors même que

j'avais énoncé le thème de mon mémoire en citant « les spécificités de l'ergothérapeute » elles m'ont toutes parlé d'orthophoniste « *c'est avant tout une prise en charge de l'orthophoniste* » ou proposé de rencontrer celle exerçant dans la structure ou l'infirmière référente nutrition en me disant : « *elle saura beaucoup mieux vous parler du trouble de la déglutition que moi !* ».

Je peux aussi ajouter qu'à chacune de mes questions concernant l'apport de l'ergothérapeute sur cette problématique, elles ont toutes parlé à un moment ou à un autre de l'apport des autres professionnels, ou de leur actions avec ces collègues mais rarement de leur action propre.

Suite à ce chapitre on peut s'interroger sur l'appropriation de cette problématique par les ergothérapeutes. Certes elles s'investissent pour prévenir ces troubles. Comme le reste de l'équipe elles identifient clairement le positionnement comme étant un élément important de cette prévention et comme étant de leur ressort. Elles évoquent également la collaboration avec l'équipe. Mais qu'en est-il de la non prise de conscience qu'une partie de ce qu'elles citent intéressant la dénutrition ou l'intervention de leurs collègues concerne aussi la dysphagie et/ou leur pratique. Est-ce que comme l'évoque E2, l'abord restreint de ce sujet lors de la formation initiale peut en être la cause ? ou est-ce dû à un sentiment d'être exécutant d'une recommandation de l'orthophoniste ou du médecin ?

3 ANALYSE DES RÉSULTATS EN REGARD DU CADRE THÉORIQUE

3.1 Les troubles de la déglutition en EHPAD

Concernant les troubles de la déglutition, les chiffres d'estimation de résidents ayant une dysphagie dans les EHPAD étudiés, est en dessous de la prévalence énoncée par l'ARS d'Ile de France (sauf pour l'établissement d'E1 où exerce une orthophoniste). Le dépistage n'y est donc à priori pas optimum, ce qui est confirmé par les dires des ergothérapeutes interviewées. La carence d'orthophonistes libéraux (référénts identifiés de la prise en charge de la dysphagie dans les écrits) intervenant en EHPAD est manifeste. Le repérage est fait par les aidants au repas, et se résume généralement à l'observation de la présence ou non d'une toux. L'évocation des toux silencieuses est peu cité, même dans les EHPAD où les accompagnants au repas ont reçu une formation. C'est bien en-deçà des signes possibles énoncés dans la littérature.

L'enquête a révélé que la dysphagie est souvent perçue comme synonyme de texture alimentaire mixée. Pourtant, cette texture convient surtout aux personnes ayant des séquelles

d'AVC. L'article à l'origine de mon questionnement soulevait cette problématique. Mixé équivaut aussi souvent à dépendance dans les esprits. Pourtant, là où le dépistage est fait, les personnes dépendantes ne mangent pas forcément en mixé.

3.2 L'ergothérapeute en EHPAD

On peut voir, conformément au cadre théorique que les ergothérapeutes interrogées effectuent leur mission en EHPAD de maintien et/ou de restauration de l'indépendance et de l'autonomie des résidents accueillis, en effectuant des interventions de prévention, et d'adaptation de l'environnement. Les aspects rééducatifs, et de confort sont moins mis en avant. Elles expriment bien le travail en collaboration avec l'ensemble du personnel.

3.3 Spécificités auprès de la personne dysphagique en EHPAD

Les recherches ont montré qu'adapter la texture alimentaire n'est pas la seule réponse à la prévention de la dysphagie. Les ergothérapeutes interviewées ont cité quelques autres solutions, pour lesquelles leur intervention est appropriée. La majorité n'effectue pas de bilans et très peu de rééducation, ni dans les interventions au sein de l'EHPAD, ni pour la dysphagie. Cependant, elles prennent en considération les éléments retrouvés dans le MPH-PPH2 (déficiences, incapacités, habitudes de vie et facteurs environnementaux). Pourtant, une évaluation est possible (pathologies, troubles neurologiques, et cognitifs, « support », condition psychologique, capacités motrices et fonctionnelles du membre supérieur, tonus axial.

On constate qu'elles parlent surtout des solutions réadaptatives. Elles rejoignent sur ce point les connaissances qu'ont les autres professionnelles sur les compétences de l'ergothérapeute, puisque c'est à ce propos qu'elles sont sollicitées. La priorité est donnée à leur expertise sur le positionnement moyen de prévention des inhalations. C'est un moyen connu, contrairement à l'amélioration de l'indépendance au repas évoquée dans la théorie.

Parmi les moyens cités dans la littérature, l'adaptation de l'environnement d'ambiance est mentionnée comme aidant à la concentration de la personne sur son activité repas et donc comme facilitatrice de prise de repas sans fausse route.

3.4 La formation des aidants au repas

La nécessité de formation des aidants au repas est flagrante dans l'enquête, elle ressort aussi dans les écrits. Les ergothérapeutes exerçant avec des personnels formés sont confiants sur les compétences générales de ceux-ci concernant la prévention de la dysphagie. C'est en accord avec le constat de Rosenvinge (citée par Cormary et Tannou, 2013).

3.5 La collaboration de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès de la personne dysphagique

La littérature et les ergothérapeutes questionnées ont indiqué qu'une des particularités de leur exercice en EHPAD, et aussi dans le cadre de la prévention de la dysphagie, est de travailler avec plusieurs acteurs. La collaboration, la communication, et la coordination entre ceux-ci sont importantes.

Dans les EHPAD visités, la collaboration des différents acteurs sur le sujet est effective, chacun identifie les rôles des autres selon les connaissances qu'il a de leurs compétences (par exemple ergothérapeute = positionnement). La communication en rapport est réalisée sous diverses formes pour être efficace. La coordination semble moins évidente, bien qu'il y ait présence de médecins et infirmières coordinateurs. On peut dire en regard de la littérature, que dans cette enquête, les équipes travaillent en interdisciplinarité.

Revenons au but, émis dans les écrits, de l'intervention commune de tous ces acteurs : accompagner l'individu vers son bien-être biopsychosocial défini dans son projet de vie individualisé.

On peut voir que les interventions des ergothérapeutes concernant la prévention de la dysphagie ont cet aboutissement, mais que ce ne serait pas possible sans cette pratique interdisciplinaire.

4 DISCUSSION

Dans cette partie, des réponses à la question de recherche sont posées et l'hypothèse est confirmée ou infirmée, et sont exposés quelques-uns des nombreux questionnements apparus après cette enquête. Les limites de la méthode de recherche qui a été employée sont réfléchies.

4.1 Vérification de l'hypothèse de recherche

Après l'apport théorique, une hypothèse a été formulée : l'ergothérapeute contribue à prévenir les fausses routes alimentaires en permettant aux personnes dysphagiques résidant en EHPAD de s'alimenter seules. L'enquête l'a validée partiellement.

Les rares moyens mis en œuvre pour suivre cet énoncé sont l'apport d'un verre à encoche (et bannir le verre à « bec canard ») comme aide technique, et la diminution des distractibilités de l'environnement ambiant.

Usuellement, l'ergothérapeute en EHPAD permet aux résidents de s'alimenter seuls dans le but de maintenir leur indépendance et leur autonomie. L'ergothérapeute n'identifie pas l'amélioration de l'indépendance dans la prise alimentaire comme préventive de la dysphagie. Pourtant elle en paraît indissociable car elle est toujours évoquée en parallèle.

Il contribuerait donc inconsciemment à la prévention des fausses routes alimentaires en permettant au résident de s'alimenter seul.

Les résultats de cette amélioration ne peuvent pas vérifier une diminution des fausses routes car ils sont indissociables des résultats des autres actions mises en œuvre.

4.2 Retour sur la question de recherche

Pour prévenir les fausses routes alimentaires durant le repas à table des résidents dysphagiques en EHPAD, les interventions de l'ergothérapeute est essentiellement adaptative. Il est expert en positionnement, et en fait des préconisations aux autres intervenants au repas. Ceux-ci l'identifient aussi sur ce point, et lui font appel spontanément. Pour l'installation au repas à table, il sera attentif au redressement du tronc, et à éviter l'hyper extension de tête. Il apporte par exemple un appui-tête, et si insuffisant recommande une aide humaine.

L'ergothérapeute effectue aussi des informations au personnel aidant sur les positionnements et aides techniques au repas, et doit les réitérer.

Lorsque les professionnels acteurs autour du repas ont eu une formation complémentaire sur la prévention de la dysphagie, l'ergothérapeute leur fait confiance, et est moins sollicité sauf cas complexe.

Pour apporter cette autonomie au repas, l'ergothérapeute fait peu d'évaluation (comme pour ses autres interventions dans l'EHPAD), hormis de l'observation,

Pour les résidents déments, l'ergothérapeute est aussi attentif à ce que les ustensiles courants adaptés, ou non, et le mobilier de restauration correspondent aux besoins des résidents. Une

aide humaine légère peut être apportée avec guidance du geste ou verbale, une adaptation de l'environnement d'ambiance et humain. Les séances de rééducation si il y a se feront hors repas.

Toutes ses interventions sur ce sujet vont de pair avec un travail d'équipe interdisciplinaire. L'ergothérapeute lui-même est attentif à ce que ses collègues disent ou mettent en place. La coordination des équipes permet un bon suivi des consignes. Cela sera d'autant plus vérifié si la formation des intervenants autour du repas est effective. C'est ensemble que le bien-être biopsychosocial du résident est recherché.

4.3 *Réflexions complémentaires*

4.3.1 *Le suivi en interdisciplinarité est-il suffisant ?*

Malgré les formations et le travail en interdisciplinarité l'ergothérapeute est amené à faire des rappels réguliers sur les consignes données.

Si les formations en interne ne sont pas proposées, ou ne suffisent pas, plusieurs professionnels (IDE, kinésithérapeute, diététicien, ergothérapeute, orthophoniste, médecin) pouvant être présents dans les EHPAD sont aptes à délivrer une formation ou une information selon leurs compétences. Ne pourraient-ils pas le proposer en collaboration, en connaissances partagées, en incluant les autres acteurs ? Je pense que des échanges et interventions transdisciplinaires seraient plus opportuns qu'une prise en charge interdisciplinaire.

C'est la conclusion à laquelle était arrivée l'équipe de l'IEM, où j'ai pu effectuer un stage, et qu'elle a mis en pratique. La problématique de la prise en charge des troubles de la déglutition apparaît depuis dans son projet d'établissement.

4.3.2 *Pourquoi les ergothérapeutes ne font elles pas le lien entre transfert des acquis et indépendance au repas ?*

Les ergothérapeutes ont signifié proposer des ateliers « dextérité » et « stimulation cognitive ». Cependant, elles n'ont pas évoqué transposer les acquis de ces séances de rééducation dans la prise de repas, alors qu'ils ont des répercussions positives sur différentes activités de la vie quotidienne.

Elles ont dit apporter de l'adaptation au repas. Je suppose que ce fait ne leur a pas fait observer ce qu'elles font d'autre. Peut-être le font elles inconsciemment, c'est inscrit dans leur pratique, elles ne le relève plus.

4.4 *Limites de la méthode de recherche*

Avant même le début des entretiens les ergothérapeutes avaient une attitude un peu fermée (bras croisés, adossées fermement au dossier en arrière, jambes allongées) et me parlaient des actions des orthophonistes, alors que j'exposai bien ma question en parlant des spécificités de l'ergothérapeute. Je les ai vues au fur et à mesure se détendre, développer de plus en plus leur discours, (les entretiens ont été plus longs que prévu) et s'impliquer gestuellement (imitaient leurs actions, ou les résidents). Après l'entretien, elles ont parfois ajouté : « *j'ai oublié de parler de (...)* » et ont toutes demandé à recevoir mon écrit et des références bibliographiques en rapport par la suite. Le sujet a donc semblé les intéresser.

Même si j'ai pu rencontrer des ergothérapeutes expérimentées et donc pu supposer des réponses fiables, l'échantillonnage de 4 ergothérapeutes est très restreint pour témoigner de la pratique sur ce sujet en France.

Une seule ergothérapeute m'a dit faire des séances de rééducation concernant la dysphagie, mais elle n'a pas développé plus ces interventions. Je m'en suis aperçue après la retranscription de l'entretien. Comme cela concernait directement la question de recherche, il est dommage que je n'ai pas relancé la question à ce moment-là.

Les personnes interrogées ne l'ont pas exprimé mais il est possible qu'un facteur de temps de présence sur les établissements puisse influencer sur les possibilités de faire ou pas des bilans. Une question sur leur temps de présence hebdomadaire aurait donc pu être ajoutée.

CONCLUSION

La dénutrition et les troubles de la déglutition, ont des conséquences sur le bien-être biopsychosocial de la personne âgée résidant en EHPAD. Ils sont peu évalués. L'HAS recommande d'effectuer un suivi pluridisciplinaire de ces troubles.

Le but de ce travail, a été de rechercher les spécificités apportées par l'ergothérapeute dans ce suivi. Les résultats de l'enquête effectuée ont montré que le suivi de la dysphagie s'effectue en équipe interdisciplinaire et que l'orthophoniste est reconnu pour en être le principal acteur. Les autres professionnels accomplissent de la prévention. L'ergothérapeute contribue à prévenir les fausses routes alimentaires par son expertise de la réadaptation du positionnement de la personne. Il est reconnu en ce sens par les équipes participant au repas. Conjointement à cette prestation, l'ergothérapeute répond à une de ses missions en EHPAD : maintenir l'indépendance et l'autonomie des résidents dans les activités de la vie quotidienne dont le repas. Pour cela, il propose des solutions majoritairement adaptatives suite à l'observation et à la connaissance qu'il a de ces résidents au long cours. Il semble que l'ergothérapeute n'ai pas conscience de toutes les dimensions de son action dans ce domaine. Grâce au transfert des acquis lors des ateliers hors repas, il peut apporter un moyen supplémentaire à l'indépendance au repas. Manger seul prévient les inhalations. L'implication de l'ergothérapeute dans la prévention des troubles de la déglutition est donc plus conséquente qu'il ne pense et ne le pratique. En prendre conscience, lui permettrait de développer ses connaissances, et ses champs d'action possibles, notamment rééducatifs dans le domaine de la dysphagie.

La limite de cette recherche au niveau théorique a été la difficulté à trouver des écrits concernant la phase d'anticipation de la déglutition. La majorité de la littérature concerne la prise en charge de la dysphagie haute, part de l'intervention de l'orthophoniste. Ceci est une démonstration supplémentaire que cette dimension est peu connue des ergothérapeutes.

Il serait intéressant de rechercher comment l'ergothérapeute pourrait prendre conscience et connaissance de ce qu'il pourrait apporter de plus dans le domaine de la prévention des troubles de la déglutition.

Ce travail d'initiation, m'a permis d'explorer l'intérêt d'une recherche en suivant une méthodologie. J'ai aussi pu découvrir un aspect différent de la prise en charge de la personne dysphagique. Elargir ses connaissances est important pour remettre en cause sa pratique.

Je pense continuer à le faire durant mon cursus professionnel.

BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE

OUVRAGES

Arnou, S., Aquino, J-P., (2002) Alimentation, ergothérapie : quelle intervention ?, dans M. Ferry (dir.), *Nutrition de la personne âgée*, 323-327. Paris : Masson.

Belio, C., (2012). Une synthèse transdisciplinaire et une certaine approche de la complexité, dans J-M. Caire, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Collection ergothérapies ANFE. 52-55. Marseille : Solal.

Belisle, F., et al. (1996), Monter un programme de dysphagie ? dans F.Cot (dir.), *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*. 252, 255-256 . Boucherville : Maloine.

Bleecx, D., (2001). Physiologie de l'alimentation, dans *Dysphagie : Évaluation et rééducation des troubles de la déglutition*. 5-64, 71-78. Bruxelles : De Boeck Université.

Castelein, P., (2012), La participation sociale : un enjeu pluridisciplinaire, dans M-H.Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie, 25^{ème} série*. 11-24. Montpellier : Sauramps Médical.

Champvert, P., Mallet, P., (2002). Le temps du repas en maison de retraite, dans M. Ferry (dir.), *Nutrition de la personne âgée*, 307-317. Paris : Masson.

Condro-Duquesne, I., (2012), Intervention de l'ergothérapeute en EHPAD dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire des résidents présentant des troubles de la déglutition, dans M-H.Izard (dir.), *Expériences en ergothérapie, 25^{ème} série*. 210-216. Montpellier : Sauramps Médical.

Cot, F. (1996), Évaluation de la déglutition, dans F.Cot (dir.), *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*. 61 . Boucherville, Canada : Maloine.

Cot, F., Jobin, M-F. (1996), Intervention dans les troubles de la déglutition, dans F.Cot (dir.), *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*. 171, 177, 183-184, 187-188. Boucherville, Canada : Maloine.

Feuz, A., (2002). La restauration collective en institution gériatrique, dans M. Ferry (dir.), *Nutrition de la personne âgée*, 291-300. Paris : Masson.

Fougeyrollas, P., (2010), *Le funambule, le fil, et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*, 152. Laval, Canada : Les presses de l'université Laval

Guyader, D., (2004), Le projet de vie de la personne âgée au cœur de l'action soignante, dans M-H. Izard, R. Nespoulos (dir), *Expériences en ergothérapie, 17^{ème} série*. 249-253. Montpellier : Sauramps Médical.

Hernandez, H., (1999), De la pluridisciplinarité à l'interpluridisciplinarité, dans *La pluridisciplinarité : un concept, une réalité / 10^{ème} journée de l'APHP*. Paris. 20-22

Poulain, J-P., (2001) Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. 18-27,41,56-58, 104, 113, 194. Paris : Privat.

Ruglio, V., Triger, F., (2009), L'intervention auprès des personnes âgées présentant des troubles de la déglutition, dans E. Trouvé (dir.), *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*, 267-306. Marseille : Solal.

Van Campenhoudt, L., Quivy,R . (2011) Manuel de recherche en sciences sociales. 4^{ème} édition, 160-163, 170-173, 199-200. Paris : Dunod.

Villez, A. (2007). EHPAD La crise des modèles, dans G. Imbert (dir.), *Gérontologie et société* vol. 30 / n° 123, 169-184. Paris : Fondation Nationale de Gérontologie.

ARTICLES

Nouvel, F., (2017) Changement de cap pour les EHPAD, dans Revue de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie n°33.

TEXTES LÉGISLATIFS

Légifrance, (1975), Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. En ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>

(consulté le 12 Novembre 2017)

Légifrance, (1997), Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. En ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703>

(consulté le 12 Novembre 2017)

Légifrance, (2000), Code de la santé publique - Article L4331-1. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689409&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 18 mars 2016)

Légifrance, (2002), Code de l'action sociale et des familles. En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=FFA51F599FF2AB1D932D89D829B6D9F7.tpdjo04v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006174398&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20081231 (consulté le 12 Novembre 2017)

Légifrance (2016), Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. En ligne : www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/8/26/AFSA1614530D/jo/texte (consulté le 10 Décembre 2017)

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique Ministère de la santé et des sports, (2010), Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. *Bulletin Officiel de la santé et de la protection sociale du 15 aout 2010*.170-185. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf (consulté le 18 mars 2016)

REVUES EN LIGNE

Covelet, R., (2007). Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées, dans *Gérontologie et société*, Volume 30 (123), 249. DOI : 10.3917/gs.123.0249

Ferreira, E., et Zawieja, P., (2012). Un « chez-soi » en ehpad ? dans *Cliniques n°4*, 164 – 179. DOI : 10.3917/clini.004.0164

Hébuterne, X., (2010). Physiopathologie de la dénutrition de la personne âgée et conséquences pour la prise en charge, dans *Gérontologie et société*, Volume 33 (134), 155. DOI : 10.3917/gs.134.0143

Neyret-Chompre, V. (2002). Un groupe de parole en maison de retraite, *Empan*, n° 48, p. 52-56. DOI : 10.3917/empa.048.0052

Puisieux, F., et al. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/ réponses dans *Revue des Maladies Respiratoires* ; 26 : 587-603. DOI : 10.1019/20094092

SITES INTERNET

AFEG, (2007) La fiche de poste d'ergothérapeute en EHPAD. En ligne : http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche_poste/Fiche_AFEG_EHPAD.pdf (consulté 23 septembre 2017)

ARS (2017) Nutrition, dénutrition, alimentation de la personne âgée en EHPAD et en établissement de santé. En ligne : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/nutrition-denuitrition-alimentation-de-la-personne-agee-en-ehpad-et-en-etablissement-de-sante> (consulté le 20 février 2018)

Bérard, A., (2015) Combien coute la maladie d'Alzheimer ? France Alzheimer, Fondation Médéric Alzheimer. En ligne : file:///C:/Users/ln/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/2015_09_21%20Rapport%20FMA%20coût%20MA.pdf (consulté le 18 avril 2018)

Berzlanovich, A., Fazeny-Dörner, B., Waldhoer, T., Fasching, P., Keil, W., (2005) Foreign Body Asphyxia A Preventable Cause of Death in the Elderly , dans *American Journal of Preventive Medicine*, Vol 28. En ligne : [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(04\)00077-7/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(04)00077-7/fulltext) (consulté le 28 février 2018)

CNSA (2016) Le conseil de la vie sociale. Pour les personnes âgées. Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. En ligne : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/exercer-ses-droits/exercer-ses-droits-en-etablissement/le-conseil-de-la-vie-sociale> (consulté le 20 avril 2018)

CNSA, (2017) La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Pour les personnes âgées. Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. En ligne : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillissement#0> (consulté le 22 avril 2018)

Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS (2012) Rapport du 2 août 2012. 7, 10,13-16, 22-25, 28-31, 45-49. Paris, Ministère des Affaires sociales et de la Santé. En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final-Pathos-MEP-BAT-2.pdf (consulté le 20 février 2018)

Cormary, X., Tannou, Y., (2013) Troubles de la déglutition : la prévention est l'affaire de tous ! dans *Le journal du médecin coordonnateur*. n°51, 11-15. En ligne : <https://www.ehpa.fr/wp-content/uploads/2012/09/JMC51.pdf#page=12&zoom=auto,-109,221> (consulté le 13 mars 2018)

De Peretti, C., Grimaud O., Tuppin P., Chin F., Woimant F., (2012) Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, 2008-2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 1,1-12. En ligne : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7917 (consulté le 7 octobre 2017)

DRESS, (2016) Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. *Les dossiers de la DRESS* n°5. 6, 9-10. En ligne : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf> (consulté le 21 février 2018)

El Amraoui, N., Toupin, M-H, (2017) La situation des EHPAD en 2016 Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD. C. Moreau (dir.) CNSA Novembre 2017. 5, 7,12, 52, 80. En ligne : file:///C:/Users/ln/AppData/Local/Temp/Temp1_rapport_ehpad_2016_0.zip/CNSA_portrait_EHPAD_2016_vf.pdf (consulté le 21 février 2018)

Ferry, M,(2013) Mieux manger pour mieux vieillir : une stratégie gagnante. En ligne : <http://alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2013/10/DP-17102013.pdf> (consulté le 21 février 2018)

Girod-Roux, M., (2012) Troubles de déglutition dans la maladie d'Alzheimer - Revue de littérature, dans *Lettre Psychogériatrie* 2012. 2-3, 6-7. En ligne : <http://www.lettrepshychogeriatrie.com/wp-content/uploads/2012/05/49-M-Girod-Roux-Déglutition-Alzheimer1.pdf> (consulté le 23 février 2018)

HAS, (2007) Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. *Service des recommandations professionnelles*. 16-17, 26. En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf (consulté le 22 septembre 2017)

INPES, (2011) Programme national nutrition santé 2011-2015. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 - DICOM n° S-11-047. 5-8, 31-34. En ligne : http://inpes.santepubliquefrance.fr/reperes_nutritionnels/pdf/pnns-2011-2015.pdf (consulté le 22 septembre 2017)

Larousse Médical (2006) Vieillesse. 1071. En ligne : <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/1071#t16942> (consulté le 7 Octobre 2017).

Ministère des solidarités et de la santé (2015). Nutrition. En ligne : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/nutrition> (consulté le 22 septembre 2017)

Muller, M., (2017) 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. *Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015, numéro 1015*, DREES. En ligne : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf> (consulté le 12 novembre 2017)

OMS, (2017), Thèmes de santé : nutrition. En ligne : <http://www.who.int/topics/nutrition/fr/> (consulté le 22 septembre 2017)

Zissler, C., Schmitz, N., Laborde, et al. (2013). *Entrer en maison de retraite : ça se décide, ça s'anticipe*.11. Clic 6. En ligne : http://www.clic6.org/IMG/pdf/livret1_online.pdf (consulté le 9 décembre 2017)

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Facteurs de dénutrition de la personne âgée (HAS, 2007).....	II
ANNEXE 2	Grille d'entretien.....	III
ANNEXE 3	Retranscription de l'entretien n°4	VII

ANNEXE 1 Facteurs de dénutrition de la personne âgée (HAS, 2007)

Tableau 10. Situations à risque de dénutrition chez les personnes âgées, d'après le groupe de travail	
Socio-environnementales	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement social - Deuil - Difficultés financières - Maltraitance - Hospitalisation
Troubles bucco-dentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de la mastication - Perte des dents naturelles - Appareillage mal adapté - Sécheresse de la bouche - Candidose buccale - Diminution de la perception du goût
Troubles de la déglutition	<ul style="list-style-type: none"> - D'origine ORL - D'origine neurologique (AVC, démence sévère...) - Secondaire à une déshydratation
Troubles psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Syndromes dépressifs - Psychoses
Troubles neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles cognitifs - Syndromes parkinsoniens - Troubles de la vigilance
Traitements médicamenteux au long cours	<ul style="list-style-type: none"> - Polymédication (≥ 5) - Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs... - Corticoïdes - Diurétiques - Psychotropes
Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie infectieuse - Fracture entraînant une impotence fonctionnelle - Intervention chirurgicale - Escarre

ANNEXE 2 Grille d'entretien

Je vous remercie de bien vouloir prendre un peu de votre temps pour prendre part à l'étude de terrain concernant mon travail de recherche de fin d'études.

Les retranscription et analyse des réponses que vous pourrez faire seront anonymes.

Acceptez-vous que j'enregistre cet entretien ? Si oui, voici une attestation d'autorisation d'enregistrement que vous pouvez remplir et signer.

Dans mon étude, je cherche à savoir quel peut-être le rôle de l'ergothérapeute exerçant en EHPAD, dans le suivi des résidents présentant un trouble de la déglutition.

En italique des questions de relance pour aboutir aux réponses escomptées.

1ère. partie : Intervention de l'ergothérapeute en EHPAD.

Question 1 :

Par rapport à d'autres structures quelles sont les particularités de l'exercice de l'ergothérapeute en EHPAD ?

Question 2 :

Pourriez-vous me décrire l'exercice de l'ergothérapeute en EHPAD, et comment y pourvoyez-vous ?

Sur quoi portent vos interventions ? Effectuez-vous des évaluations ?

Effectuez-vous de la prévention ? Du positionnement au fauteuil ? autres ?

D'autres installations ? Des ateliers ? Proposition d'aides techniques, lesquelles ?

Information et auprès de qui ? Travaillez-vous en collaboration, avec qui ?

2nde. partie : Les résidents ayant des troubles de la déglutition en EHPAD

Question 3 :

Y a-t-il des personnes présentant des troubles de déglutition dans l'EHPAD où vous exercez ? Si oui, de quelles populations s'agit-il et dans quelles proportions ?

Question 4 :

Le trouble de la déglutition est-il suspecté, ou les résidents ont-ils bénéficié d'un bilan sur ce point ?

3ème partie : L'équipe pluridisciplinaire en EHPAD concernée par le suivi des troubles de la déglutition

Question 5 :

Ces personnes bénéficient-elles d'un suivi des troubles de la déglutition ?

- Si non, pourquoi ?

- Si oui, pourriez-vous m'exposer chronologiquement l'action des différents professionnels dans ce suivi de la détection à la mise en bouche ?

Quelle est la chronologie du suivi ? Qui réalise les bilans (Orthophoniste médecin) ?

Comment font-ils ? Qui décide de ce qu'il y a à apporter si un trouble de la déglutition est confirmé ?

Quel est le rôle de chacun par exemple quant à la mise en place des d'épaississants ? des conseils, etc... Que font : Infirmière, l'orthophoniste, la diététicienne ? le personnel de cuisine, et hôtelier ?

Question 6 :

Comment les différents professionnels communiquent ils sur ce sujet ?

Quelles transmissions sont faites à ce sujet, quand, comment ? De qui à qui ?

4^{ème} partie : L'ergothérapeute en EHPAD concernant le suivi des troubles de la déglutition

Question 7 :

Selon vous, dans l'équipe pluridisciplinaire, quelle est la place de l'ergothérapeute dans ce suivi ?

Place accessoire ? A t'elle sa place dans le travail d'équipe pluridisciplinaire ?

Pensez-vous que vos interventions sur ce sujet sont utiles ? Pourquoi ?

Question 8:

Comment la demande d'intervention vous est-elle faite ?

Par qui ? Le médecin, l'infirmière, autre ? Est-ce discuté en équipe ?

À quel moment de la prise en charge du suivi de la déglutition êtes-vous averti de ce trouble ? (Par qui, quand, comment, pourquoi ?)

Demande formelle, informelle ?

Question 9 :

Dans ce suivi, comment effectuez-vous votre diagnostic ergothérapeutique, et quels sont les facteurs (personnels, environnementaux) ou habitudes de vie que vous retenir ?

Observation ? Bilans ?

Quels outils d'évaluation utilisez-vous ?

Effectuez-vous une réévaluation ? Quand, comment, pourquoi ?

Question 10 :

Comment se déroulent vos interventions auprès du résident dysphagique ?

Interventions avec divers moyens en rééducation et/ou réadaptation.

Positionnement ? installation assise ? Comment stimuler pour manger ?

Apport d'aides techniques et/ou humaines ? Modifications de l'environnement ? lesquelles ? Rééducation gestuelle ?

Êtes-vous dans la prévention ? Êtes-vous dans l'information ? Êtes-vous dans le travail en collaboration ?

Auprès des équipes, des familles (information, ...) ?

Y a-t-il des facilitateurs ou des obstacles à ces interventions ?

5^{ème} partie : L'amélioration de la prise du repas.

Question 11 :

Selon vous, comment vos actions peuvent-elles améliorer la prise de repas ?

Question 12 :

Quels sont les éléments facilitateurs ou obstacles à la mise en place de ces actions ?

Question 13 :

À la suite de ces actions, avez-vous constaté ou avez-vous eu une information quant à la diminution des fausses routes alimentaires ? Si oui, comment avez-vous fait ce constat ou avez-vous eu cette information ?

Évaluez-vous s'il y a une diminution des fausses routes à la suite de la mise en place de ces aides techniques ? Si oui, comment l'évaluez-vous ?

Transmissions formelles et informelles des aidants au repas.

Question 14 :

Vous a-t-il été rapporté ou avez-vous noté un ou des bénéfices autres à la suite de vos actions visant l'amélioration de la prise du repas ? Si oui, lesquels ?

Diminution des pneumopathies ? de la dénutrition ?

Retentissement sur une ou plusieurs dimensions du repas pour la personne ?

Retentissement plus global sur sa vie ?

Diminution de l'aide humaine utile quant au ratio en EHPAD ?

Conclusion.

Question 15 :

L'entretien arrive à sa fin, souhaiteriez-vous ajouter un ou plusieurs éléments aux informations données jusqu'à maintenant ? Si oui, lesquels ?

Question 16 :

Enfin afin de mieux connaître l'expérience des personnes interviewées, j'ai encore 2 questions :

En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?

Depuis combien d'années exercez-vous dans cet EHPAD ? Avez-vous eu d'autres expériences en EHPAD, Si oui, combien d'années ?

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de prendre un peu de votre temps pour répondre à cette enquête.

Seriez-vous intéressé que je vous envoie mon travail de recherche ?

ANNEXE 3 Retranscription de l'entretien n°4

(en gras mon discours)

Je vous remercie de bien vouloir prendre un peu de votre temps pour prendre part à l'étude de terrain concernant mon travail de recherche de fin d'études.

Les retranscription et analyse des réponses que vous pourrez faire seront anonymes.

Acceptez-vous que j'enregistre cet entretien ?

Oui, pas de problème.

Voici une attestation d'autorisation d'enregistrement que vous pouvez remplir et signer.

[elle remplit le formulaire d'autorisation]

Dans mon étude, je cherche à savoir quel peut-être le rôle de l'ergothérapeute exerçant en EHPAD, dans le suivi des résidents présentant un trouble de la déglutition.

[elle s'exprime sur le sujet avant que j'aie commencé à poser les questions de la grille d'entretien]

C'est les orthophonistes qui travaillent la déglutition hein ? C'est bizarre parce qu'à l'hôpital on en a beaucoup et à l'extérieur en fait elles ne travaillent pas du tout la déglutition. Elles travaillent tout ce qui est fonctions cognitives, hein, le langage. C'est une spécificité. Je ne sais pas si ailleurs il y en a, mais ici en tout cas on en a pas.

Ça dépend des EHPAD.

Elles sont blindées, hein ? Les orthophonistes elles n'ont pas de place, en fait c'est pour ça, hein ! Déjà parce que c'est une spécificité, je pensais que ça faisait partie de leur fonction première ! Et en plus parce qu'elles ont un client il reste ad vitam æternam, mais quand même quand il vient voir l'orthophoniste il est là jusqu'au bout quoi ! Donc elles ont d'abord beaucoup d'enfants et puis des adultes. Elles les gardent et, et puis, et puis, elles ont pas de place qui se libère. Nous, on en a qui viennent de l'extérieur, parce que c'est des résidents qu'ils les avaient chez eux à domicile, et quand ils viennent ici, ils gardent leur orthophoniste. Et donc, quand elles viennent ici, on leur demande pour Monsieur X, Madame Y qui ont des troubles, qu'est-ce que vous pouvez faire ? Au mieux, elles nous font un bilan mais rééducation ... Il y a au moins 7 ou 8 prescriptions.

D'accord

Mais bon, ça va je connais les troubles de la déglutition, donc euh... Ayant travaillé longtemps dans la SLA, ça m'a permis d'apprendre, de connaître un p'tit peu c'que peut faire une orthophoniste. Et de c'que l'ergo. peut avoir à compléter. de l'orthophonie. C'est ça. C'est avant tout une prise en charge de l'orthophoniste, hein ! Nous on va compléter, hein ? D'accord ?

Oui. Alors, en premier je voulais savoir par rapport à une autre structure quelles sont les particularités de l'exercice de l'ergothérapeute en EHPAD ?

Particularités ?

Oui, par rapport à une autre structure où exercerait une ergothérapeute : Qu'est-ce que ça a de particulier l'EHPAD pour son exercice ?

L'EHPAD ce qu'il y a de particulier déjà, c'est qu'il y a une méconnaissance de la fonction. Euh... Qu'est-ce qui est particulier ? C'est que, euh... on demande peu la rééducation et beaucoup un travail sur le matériel, hein ? Voilà, on nous demande beaucoup ça. Alors qu'on est avant tout des rééducateurs quoi ! Voilà après la fonction spécifique, ben c'est... ben c'est un rôle très important.

Du fait de son avancement en âge, la personne va perdre son autonomie. Et bon, l'ergo. est là pour donner les moyens, euh..., soit techniques, soit même les moyens, euh..., physiques pour éviter les euh... pertes. C'est inéluctable, hein ? On est face à un processus dégénératif quoi ! Donc, là on a un rôle central quand même hein ? par rapport à la personne et par rapport à l'équipe aussi hein ? C'est important oui c'est un rôle très important, hein ? Important : parce que, parce que, parce que : ça va très vite la perte d'autonomie chez le sujet âgé. c'est en quelques jours, hein ? que ça peut se produire hein ? donc un je dirais qu'il faut être un hyper réactif, bien connaître les choses... Quelqu'un qui débute, c'est un peu difficile l'EHPAD je pense, pour un débutant. Parce qu'il faut bien connaître le matériel, tout de suite réagir à plein de choses. Voilà. Après, c'est des rôles comme à l'hôpital un p'tit peu. C'est un peu le même principe que les interventions.

Euh... Qu'est-ce qui peut être spécifique en EHPAD ? [réfléchit] Ah oui ce qui est spécifique aussi en EHPAD, c'est que, euh, on peut nous imposer de travailler avec des fournisseurs. et ça, ça peut bien nous compliquer la tâche aussi.

D'accord, oui ?

Alors qu'ailleurs, on est libre. On a trois ou quatre fournisseurs. et on choisit nous avec qui on veut travailler. Et on demande aux familles aussi avec qui elles veulent travailler. Que ici, en maison de retraite, comme on est, euh..., comme on est dans un regroupement ... C'est des regroupements maintenant d'accord ? Y a deux ou trois gros groupements, et ils possèdent toutes les maisons de retraite de la France vous voyez ? Et les groupements travaillent avec des fournisseurs. Qui sont pas toujours pour faciliter la tâche de l'ergothérapeute. Parce que parfois on a pas, euh, pas autant de liberté dans le choix du matériel. oui quand on vous dit: "c'est tel coussin, tel coussin et pas un autre"... Ben vous avez pas le choix quoi. Donc, voilà...

La spécificité, c'est qu'on travaille avec des médecins traitants aussi ! Alors que d'habitude on travaille avec des médecins de rééducation par exemple. Bon voilà, c'est une spécificité.

Et puis qu'il faut, euh..., On intervient dans tous les domaines. Enfin j'veux dire: c'est tout quoi ... c'est dans tous les domaines. C'est, ..., enfin j'veux dire: y en a qui travaillent qu'en orthopédie, ils font que de l'orthopédie. Nous on fait de tout. C'est-à-dire: on fait de la vie quotidienne, on fait de l'orthopédie, on fait euh... de la rééduc... On fait de la formation auprès des personnels. Enfin oui, il faut en plus tout le côté matériel, euh... ah oui pour moi c'est très très global. C'est vraiment une prise en charge très très globale.

Comme nous l'apprend à l'école d'ailleurs! C'est vraiment un rôle au centre de la personne quoi. Ca on le voit bien ici. Et ce qui est aussi à mon avis spécifique c'est que on voit la personne à un moment T et jusqu'au bout, jusqu'à la fin de sa vie. bon on la suit. tandis qu'à l'hôpital bon ben la personne elle rentre, elle repart hein? Vous voyez ? C'est un peu comme dans un foyer, ici. C'est-à-dire que vous avez la personne pendant longtemps. Vous voyez. Elle est accessible pendant longtemps la personne. Donc on peut travailler sur du très long terme.

Ok

On peut même faire du retour à domicile, aussi ça arrive ça. Puisqu'il y a des séjours temporaires.

D'accord

Donc même ça on le fait en plus maintenant, alors qu'avant on n'en faisait pas. Maintenant on le fait le retour à domicile. Moi le retour à domicile, je le faisais quand j'étais à l'hôpital. Quand la personne allait sortir, quand on allait préparer le domicile, et cetera. Mais en maison de retraite en général, on entrait, et on n'en sortait pas. Alors que maintenant on fait des séjours temporaires. Euh ..., et là le rôle de l'ergothérapeute. C'est par exemple: la personne, elle sort de rééducation, un SSR, sauf qu'elle n'est pas encore prête à rentrer chez elle! Elle va venir en EHPAD ! On va fignoler, finaliser la reprise d'autonomie, hein? On va renforcer, en fait, le travail fait en SSR. et après la personne soit elle reste définitivement soit elle repart chez elle et là on organise le retour à domicile.

D'accord

Voilà ça nous arrive de plus en plus d'ailleurs !

Oui ?

Oui, ... Oui, ben c'est simple hein? Avant, on avait beaucoup de temps pour rééduquer les gens. Moi, j'ai commencé, on avait 6 mois pour éduquer un hémiplégique. Maintenant on a trois mois, alors forcément, euh... . En 3 mois, en neurologie la personne elle a... la récupération, elle est lente hein? c'est des grandes choses qui se passent, hein? Moi, j'ai vu des gens qui récupéraient des choses ou bout d'un an, un an et demi. Disons que à 3 mois, maintenant les gens ils sortent du SSR . [tape dans ses mains] Allez hop au suivant, euh..., la personne elle est pas prête à rentrer chez elle. Alors, euh..., elle passe par la maison de retraite pour un séjour temporaire.

D'accord

Donc, là c'est important qu'on connaisse bien les techniques de transfert, l'autonomie, ..., en fait les AVQ quoi ! J'ai vécu ! [rire].

Mais c'est ... ça porte d'autres noms maintenant, Ça devient compliqué de savoir ce qu'il faut utiliser. Donc, là aussi c'est important, l'ergothérapeute, c'est important, avec le Kiné... Quand la personne sort de rééducation elle se lève à peine. Et là, nous, ici elle va réapprendre vraiment à refaire ses transferts toute seule, pour ensuite pouvoir remarcher de manière sûre. Et à partir de là, euh, elle se relève toute seule et elle repart chez elle, hein? Voilà.

D'accord

Et la personne, j' pense elle est déjà plus au clair avec ses difficultés. Hein ? Quand elle est obligée de passer par la maison de retraite, là elle se dit que, Pour la prise de conscience j' pense que c'est un petit peu plus évident. C'est moins dans le déni. Bon ça existe encore le déni mais moins. Voilà, tout ça, ça se développe. Voilà un petit peu le rôle en EHPAD.

Ok.

Il y aurait plus de choses mais bon c'est global on va pas non plus mettre tous les détails.

Euh... maintenant, pourriez-vous me décrire votre exercice ? Là, vous m'avez décrit les particularités. Et votre exercice ? c'est-à-dire qu'est-ce que vous faites ? Quelles sont vos missions ?

Et bien par exemple, une des premières missions, c'est un travail euh, de euh..., retour..., travail de l'autonomie à la toilette. Aider les personnes qui perdent de l'autonomie pour la toilette, l'habillage, à retrouver leurs capacités, voilà .

Euh..., y a aussi tout c' qui est, euh..., j'vous disais, hein? Le travail de l'autonomie des transferts, le déplacement , l'aide au repas avec choix des aides techniques. Voilà.

On rééduque peu le geste, hein? Là c'est vraiment la version très matériel, hein? voilà. Choix des aides techniques au repas, euh..., et puis quand la personne arrive c'est, euh..., mise en place du matériel nécessaire à la personne. C'est-à-dire choix du matelas, choix de l'aide à la marche, euh, si il faut, euh, une chaise de douche dans la salle de bains! un pistolet pour les hommes, euh ..., si il faut un perroquet sur le lit. Euh, le type de matelas aussi, si il faut un anti escarre ? Un fauteuil roulant, quel fauteuil roulant ? On va faire le choix des fauteuils roulants aussi. Voilà ça ... Si il faut du matériel d'orthopédie aussi. Par exemple, euh, un Dujarrier. Si il faut mettre en place, euh, un soutien de tête... Euh... on peut aussi être amené à fabriquer des orthèses de euh, pour les personnes... un moulage en thermoformé, pour les personnes hémiplégiques ! Hein ? Voilà.

D'accord.

Euh, est-ce qu'il y a d'autre, euh...[réfléchit] il y a aussi,... euh... Ici, quand je suis arrivée, il y avait aussi des, ..., des ateliers: atelier de stimulation cognitive, euh, j' faisais des ateliers euh, ... Là on voudrait monter avec ma collègue psychomotricienne un atelier de, euh..., pour la prévention des chutes ! Parce qu'il y en a beaucoup, euh... Je travaille aussi beaucoup en lien avec tout ce qui est entretien, réparation, location, achat de matériel, de tout ce matériel médical. C'est travailler avec le revendeur médical, hein ? C'est une grande partie du boulot. Il y a aussi, euh, quotidiennement hein, c'est vraiment de rappeler aux équipes les gestes et postures, euh, comment prendre en charge une personne ? comment on tient la personne pour la relever de son fauteuil, pour la relever de son lit. Ça c'est des temps informels, mais, euh, ben c'est tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps !

Vous voyez, tout à l'heure, la personne elle allait la tirer [mime le geste, en se remémorant une scène vue 30 minutes plus tôt quand elle m'a fait visiter l'EHPAD], pousser pour la mettre dans le fauteuil. C'est pas possible ça, vous voyez ... Ça c'est des temps informels mais c'est tout le temps, tout le temps, pour rappel ça. Mais c'est, hein ?

Et quand après, là par exemple là j'ai une petite dame qui vient de rentrer. Les filles me disent : "elle est en fauteuil roulant, elle ne marche pas ». Bon, moi j'y vais avec un cadre de marche : elle se lève, elle marche avec moi. Donc, je vais la faire marcher dans la chambre pendant quelques temps. Et après je vais montrer à mes collègues : comment elles peuvent l'aider à se lever le matin, utiliser le déambulateur pour aller à la salle de bain avec. Et ça, elles le font tous les jours vous voyez ?

Oui.

Vous voyez ? Moi je commence ça avec la personne. Je la teste, la bilante, et après je montre à mes collègues comment, comment, comment : prendre en charge cette personne. Vous voyez c'est ça l'autonomie. Voilà, on teste, et après on passe la main aux AMP, aux aides-soignantes. En leur montrant, on leur apprend comment

faire pour aider cette personne à marcher. Quelles consignes on donne, hein ? Où est-ce qu'on met des mains ? Et euh pour que la personne elle marche en sécurité. Et après si elle le fait tous les jours, évidemment la petite dame au bout d'un moment, du cadre marche, elle ira au rollator, et puis un jour, elle le fera toute seule. On a un monsieur qui remarque là. Il a passé 3 mois en rééducation. il se levait pas de son fauteuil. Ici, il remarque tout seul avec son déambulateur (s'adresse à sa collègue kinésithérapeute : "hein ? T'as revu Mr. F ? Tu sais le monsieur qu'on avait fait remarquer dans le couloir ? Ben, il marche tout seul dans le couloir maintenant" kinésithérapeute : "oui" ergothérapeute : "Non mais tu rigoles ! Non mais c'est extraordinaire !" kinésithérapeute : "Ouais", ergothérapeute : " T'imagines même pas le ..." Kinésithérapeute ; "Le saut qu'il a fait, oui !" ergothérapeute : non mais ça veut dire que demain il veut rentrer chez lui il peut, hein ! Ce que ça veut dire en fait on se rend pas compte" kinésithérapeute : " enfin, rentrer chez lui si il veut" Ergothérapeute : "Oui parce qu'il fera ce qu'il voudra")

Mais bon voilà, c'est ça le travail de l'ergothérapeute c'est vraiment : bilancer, comprendre, tester, puis ensuite, même rassurer, puis ensuite : montrer, passer la main, aux collègues pour qu'elles le fassent, elles, tous les jours. Écrire ça dans le quotidien de la personne. Après, on est sur des habitudes, des rituels, et puis voilà. Enfin ça, c'est, ..., enfin on sait qu'après, ça ce sera fait de manière régulière. Et on peut réintervenir, si justement Un moment donné il y a un retour en arrière. Si justement la personne, elle commence à faire moins de choses. Essayer de comprendre pourquoi elle fait moins, ou elle fait plus les choses ?

On travaille beaucoup aussi en lien avec le kiné. pour tout ce qui est aides à la marche. Hein...

On fait aussi beaucoup partie des réunions pluridisciplinaires.

On fait aussi partie de l'équipe pour le projet de vie individualisé. C'est la partie un peu plus, heu..., on va dire théorique ! Euh, donc, euh, ... Nous, pour les personnes qui sont à l'espace fermé, euh... J'crois que c'est euh..., 1 mois - 3 mois- 6 mois. Vous voyez, on revoit les choses dans les trois mois puis dans les 6 mois ! Et puis, pour les personnes dans les étages, ..., j'crois que c'est à 1 mois de l'arrivée, Et après, c'est à 6 mois et un an, donc on les verra fait deux fois par an à peu près pour les personnes dans les étages.

Donc, on le fait en équipe pluridisciplinaire, de là on tire des objectifs de la prise en charge. D'accord ?

Ensuite, le psychologue se charge de le mettre en forme, d'écrire ce projet de vie de convoquer les familles pour leur expliquer. Euh..., la façon dont on voit les choses... , hein ?

C'qu'on ..., ce sur quoi on va travailler avec la personne, hein ? Euh ..., alors quand la personne elle a encore assez de cognitif pour le comprendre ; on le dit à la personne concernée. Hein, bien sûr, son projet de vie. Mais ils ont de tels troubles cognitifs, qu'en règle générale c'est avec les familles que ça se fait, hein. Pour que, euh, pour que la famille adhère, ou pas d'ailleurs au projet de vie, hein, voilà. Si, il y a quelques personnes avec qui le psychologue rediscute du projet de vie. Quelques personnes ici, qui peuvent comprendre ce dont on parle, hein ?

D'accord.

En termes d'objectifs, ce qu'on va travailler avec elle dans l'année, et puis euh, ... l'animatrice aussi se charge de vérifier comme ça régulièrement, si on met bien en place, euh, les moyens pour, euh, pour atteindre les objectifs fixés dans le PVI. Parce que il faut quand même aussi, ... ben après aussi, on peut oublier ! Hein ? les choses dans l'année. Parce que il faut se rappeler. Donc, voilà.

D'accord. Y a-t-il des personnes présentant des troubles de la déglutition dans l'EHPAD dans lequel vous exercez ? Si oui, de quelles populations s'agit-il, et dans quelles proportions ?

Y a toujours en EHPAD des gens qui ont des troubles de la déglutition. Toujours. Toujours, donc, y a les personnes pour lesquelles c'est lié à un problème neurologique ! Type AVC, hein ? voilà. Euh, ... ou autre maladie neurologique. Euh, dans la maladie de Parkinson, on a aussi ce type de difficulté, donc quand la maladie évolue. Donc, la population concernée, c'est : toute personne qui a des pathologies neurologiques, mais, on a aussi, euh, dans les troubles cognitifs. C'est-à-dire, que dans les maladies de type Alzheimer, dans une maladie dite évoluée, hein, donc, on a, euh, des troubles de la déglutition. Comme la personne, elle a des apraxies, euh, des agnosies, eh bien, elle perd euh, la capacité, à envoyer le bol alimentaire ou le liquide vers l'arrière. Il y a plus cette espèce d'automatisme, hein, dans la déglutition. Euh, parce que ce sont des gestes, et parce que la personne, elle a des apraxies. Donc, elle sait plus faire ces gestes-là. Dans les, ... dans les, ... dans les stades ultimes de la maladie d'Alzheimer, on a des troubles de la déglutition. Et comme en EHPAD, on a beaucoup, beaucoup, beaucoup de troubles cognitifs, et un gros pourcentage de maladies d'Alzheimer. Vous voyez, en fin de parcours, on a beaucoup de troubles de la déglutition. Donc, pour savoir la population concernée, ouh, c'est pas facile, hein ? Euh, ... on en a pas tant que ça, actuellement. Mais on en a tout le temps en fait. Mais, comme ça évolue, euh, perpétuellement, j'dirai que sur 85 résidents, on en a ..., attendez laissez-moi compter, ... On en a, à peu près, hein, ... [réfléchit]... J'dirai une quinzaine. Peut être un peu plus, un peu moins, mais, en gros, hein, voilà. Après, on a des troubles de la déglutition, euh, partiels. C'est-à-dire, que d'un

seul coup, la personne âgée, euh, est affaiblie, euh, par euh, ..., soit une dépression, soit, euh ..., une maladie, un rhume, ou ben voilà, quelque chose de ..., un virus, ou je ne sais quoi ! Et elle peut, justement, par manque de force musculaire, avoir des troubles de la déglutition, pendant un certain moment ! Un moment T. et puis après, on repasse à euh..., une pas une alimentation ni hachée, ni mixée, mais normale, et l'eau, euh, on est plus en eau pétillante ou eau gélifiée, on est en eau normale, hein, voilà. Voilà, c'est par moment, voilà.

D'accord.

Hein, voilà. Parce que la personne peut, euh, vite dégrader, hein, au niveau musculaire, hein ? une personne âgée, peut vite perdre de la force. Voilà. Il suffit qu'elle soit mal posturée aussi, vous voyez, euh ... Voilà, qu'elle soit beaucoup au lit. Là aussi, voilà. Selon la posture, on peut avoir des troubles de la déglutition. Donc, y en a toujours.

Ok, euh. Pour ces personnes, le trouble de la déglutition, est-il suspecté ou ont-elles bénéficié d'un bilan ?

Y a jamais de bilan, parce qu'on a pas de professionnel, euh, en nombre suffisant. Euh, c'est-à-dire, que même quand le, euh, le trouble est remarqué par l'équipe, c'est-à-dire les aide-soignantes et les AMP. Qui connaissent bien les résidents, puisqu'elles les voient tous les jours, euh ... Donc, même quand le trouble est avéré, on a peu, voir pas d'orthophoniste qui va venir faire le bilan spécifique de la déglutition. Je sais que notre infirmière de coordination, l'IDEC, recherche régulièrement des professionnels qui viendraient uniquement des bilans ! C'est-à-dire, qu'on parle même pas de la rééducation, de la prise en charge derrière. Ceci dit, euh, avec des troubles cognitifs majeurs, on en a beaucoup ici, la rééducation orthophonique, c'est un peu difficile. Donc, euh, vous voyez ? Donc, euh, les aide-soignantes, et les AMP., sont quand même assez bien formées pour détecter le trouble, hein ? faire la différence entre quelque chose qui est lié au corps, ou au problème de position de la tête ou du corps, par exemple, vous voyez ? hein ? Et puis de voir quand la personne s'est dégradée, et qu'il faut passer à autre chose. Donc, là, on demande aux infirmières de regarder le problème, et l'infirmière de faire remonter au médecin traitant, qui va décider du changement de euh, de texture.

D'accord.

Hein ? C'est une décision médicale, le changement de texture. Et, hein, applicable obligatoirement par les équipes.

Parce que vous pourrez avoir des équipes qui pourraient vous dire : " ah ben non, euh, moi le petit gâteau je lui donne, euh, quand même parce qu'elle le mange alors que quand il est, euh, ... "alors que quand ils donnent le goûter des mixés c'est-à-dire plus des yaourts ou des choses comme ça, et ben elle en veut pas. "Eh bien moi je préfère qu'elle mange doucement mais qu'elle mange sa petite madeleine au risque de l'avaler un peu de travers mais au moins elle va le manger. Elle va y prendre du plaisir". Vous voyez, les équipes, peuvent aussi par gentillesse, vouloir passer outre les préconisations médicales. Donc, ça on fait attention à ce que ce soit bien respecté par tout le monde. Hein ? si il y a un changement de texture c'est que, ..., un changement de texture ça doit être appliqué par tout le monde. Même si les gens ont de bonnes raisons de passer outre. Voilà parce que les, ..., quand on fait une pneumopathie de déglutition c'est, ..., c'est dramatique.

Parce que c'est le problème qui arrive derrière. Voilà parce que on ne l'alimente pas dans le mauvais endroit. C'est une hospitalisation de toute façon donc ça, c'est direction l'hôpital. Donc, nous on essaie de ne pas les envoyer, nos résidents le moins possible à l'hôpital. Et une pneumopathie d'inhalation : c'est une hospitalisation. Voilà on a vu des gens se dégrader très très vite avec les encombrements que ça déclenche.

Vous avez déjà partiellement répondu à la question suivante, pourriez-vous la compléter ? Ces personnes bénéficient-elles d'un suivi des troubles de la déglutition ? Si non, pourquoi ? Si oui pourriez-vous m'exposer chronologiquement l'action des différents intervenants de la détection du trouble à la mise en bouche ?

Ben donc non, il n'y a pas de, ... parce que moi, je le vois moi : les orthophonistes qui interviennent, elles interviennent pas sur le trouble de la déglutition. C'est-à-dire que même quand elles interviennent pour un résident, elles ne vont pas travailler le trouble de la déglutition avec cette personne. Ce que les deux personnes qui interviennent régulièrement ici, ne se sentent pas bien formées pour, ..., les troubles de la déglutition. Donc bon, il n'y a pas de rééducation. Donc, les interventions chronologiques donc c'est, euh ..., les personnes qui aident au repas. Ou qui servent la personne, le résident. Entendre hein ? Elles vont entendre, hein ? Quand la personne elle tousse. Donc, on va après regarder avec quelle matière il tousse. Est-ce que c'est par exemple avec des grains comme les semoules ? Euh, est-ce que c'est avec le pain de mie le matin ? Vous voyez ? Avec quelle texture ça ne passe pas ? Est-ce que c'est au liquide ? Est-ce que c'est au solide ? Donc, ça c'est les aides-soignantes qui le détectent d'abord, hein ? Et puis après, j'vous dis, c'est donc après, euh, deuxième personne, c'est les infirmières, avec l'infirmière coordinatrice, et après au médecin. Et après, quand, en dernier lieu quand il y a eu un changement de texture, ça arrive à la cuisinière, qui doit prendre en compte dans ses préparations,

euh, Parce que il y a plusieurs niveaux, par exemple, euh..., euh ..., d'abord quand on commence à faire des fausses routes aux liquides, on va passer par du gazeux, puisqu'on sait que les bulles vont stimuler le réflexe de déglutition. Et après si c'est pas du gazeux on passe à l'eau gélifiée. D'accord ? Hein ?

D'accord

Tout en essayant d'épaissir aussi les soupes, les p'tits déjeuners, euh, pour casser le moins possible les habitudes de la personne, et puis des, ..., les repas c'est pareil pour les textures solides. Il y a plusieurs niveaux. Il y a d'abord le haché. En fait, les légumes, tout ça, ça reste normal, mais c'est la viande qui est hachée. Voilà, parce que c'est le gros morceau, si vous voulez qui passe pas bien. Ou alors, après, ou vraiment, on passe au mixé, où là tous les aliments sont en bouillie, en purée. Et c'est très compliqué, parce que il y a beaucoup de gens qui finissent par ne plus aimer manger, puisque un bon plat mixé, n'a plus de goût. Donc là, il faut être assez ingénieux, bien connaître les goûts de chacun, pour pouvoir donner du goût à un plat qui n'en a plus. Et puis, comment donner envie de manger quand on donne toujours une espèce de purée ? Si je vous donnais de la purée tous les jours.... Un jour une verte, un jour une rose, un jour une ... aaun, et ben de toute façon, c'est que de la purée. Donc, c'est difficile en plus après de rendre une assiette jolie... ! Pour donner envie aux gens de manger. Donc on a des gens qui perdent beaucoup de poids, ..., c'est dramatique, hein, les troubles de la déglutition chez le sujet âgé. Parce qu'on en arrive à des grosses pertes de poids par manque d'envie de manger. Pour des gens qui ont encore assez de ..., de euh..., capacités pour le dire, ils le verbalisent très bien. Et on a des gens qui passent au mixé aussi parce qu'ils n'ont plus de dents ! Alors voilà, un peu le trouble de la déglutition qui serait lié euh au côté, euh, édenté de la personne, si vous voulez. Il a plus les dents pour couper, ben à ce moment-là, on passe en mixé. Simplement parce que la personne, elle peut plus couper ! Et ça on le voit aussi ! Ca peut engendrer des troubles de la déglutition. En fait, c'est mécanique, là, vous voyez ? Voilà. Donc, voilà un peu le.... Et puis, l'ergothérapeute dans tout ça, euh.... Moi, j'interviens plutôt sur la posture. Moi, j'arrive en dernier, moi, après tout ça.

Entre vous... Vous m'en avez déjà cité beaucoup, est-ce que vous voyez d'autres personnes entre-deux dans la chronologie ?

Euh, non, c'est assez... classique, ouais, ouais. Ça va assez vite, hein ? Il faut être réactif, hein ? Parce que si elle avale de travers, ça se complique, hein ? Assez vite quoi. J pense que vous avez vu avec les personnes, qui ont besoin, ..., qui ont, qui font de, euh..., qui se remplissent, il faut des antibiotiques en fait. C'est ce qui, ... Donc d'est assez rapide le chemin.

Ok. Comment les différents professionnels impliqués communiquent-ils sur ce sujet ?

En transmissions, il y a des transmissions chaque jour. En transmissions, et, euh, à des moments informels, euh, ... Enfin, il y a les transmissions, euh, donc chaque jour, et puis, c'est des transmissions qui sont aussi faites dans le dossier informatique de la personne. Donc, euh, dès qu'une personne, dès qu'on est informé, dès que la professionnelle est informée du problème rencontré, elle peut aller rencontrer un autre professionnel, dans un autre moment que dans le temps de transmission, pour parler de cette difficulté-là.

D'accord.

Ça se fait à différents moments.

D'accord, oui. Donc ça se sont les moments informels ?

Voilà, ou même pendant ... Alors, on évite de le faire au moment du repas, parce que c'est vraiment pas le meilleur moment, hein ? La personne elle doit prendre du plaisir, plutôt que d'entendre, euh, et puis devant tout le monde, euh, c'est pas le meilleur moment, vous voyez ?

Et c'est plutôt, ouais. On essaie de pas le faire pendant le repas, c'est à d'autres moments.

Ok.

Ce qui fait, que vous pouvez un discuter avec 3 personnes différentes dans la journée, ou en 2 jours de temps.

D'accord

Voilà. Mais par contre, après, vous le notez dans les transmissions du dossier, euh, informatisé de la personne. Voilà. Ça c'est important ! Pour savoir qui fait quoi, qui a dit quoi, pour telle ou telle raison. Ça permet un petit peu de préciser les choses, ou d'avoir d'autres idées, ou, techniques, ou d'essayer d'autres choses tout simplement auxquelles on avait pas pensé.

D'accord. Selon vous, dans l'équipe pluridisciplinaire, quelle est la place de l'ergothérapeute dans ce suivi. Pas ce qu'elle fait, mais est-ce qu'elle a sa place dans ce suivi ?

Des troubles de la déglutition ?

Oui.

J'dirai que non. Alors, c'est pas ... C'est difficile de trancher. Quand, ..., non quand c'est les professionnels concernés sont bien formés. C'est pas un rôle primordial. Parce qu'un professionnel bien formé, il sait que la posture, euh, quelle posture la personne ne doit surtout pas avoir. Parce que la bonne posture ça peut être différent des personnes, hein ? Mais en tous cas, elle connaît les postures, elle ..., à ne jamais, ..., à éviter. Euh, elle sait, euh, la quantité à mettre dans la cuillère, laisser le temps à la personne pour mettre en bouche, euh, ..., projeter le bol alimentaire vers l'arrière, déglutir, ne pas presser l'autre, lui laisser du temps, s'adapter, hein ? au rythme de l'autre personne. Donc, elles connaissent les postures, les quantités, les matières, les gestes à prodiguer en cas de grosses fausse route, hein ? A quel moment on appelle l'infirmière, parce que ça ne va plus, hein ? Elles savent très bien. Les gens qui sont bien formés, n'ont pas besoin d'une intervention de l'ergothérapeute. Sauf dans des cas très simples où la personne est en fauteuil roulant, par exemple, et on aurait besoin de trouver un accessoire supplémentaire pour tenir la tête, ou vous voyez ? dans ce cadre-là, oui là l'ergothérapeute aurait... Mais dans le trouble même de la déglutition, non. Non, non, je ne pense pas.

D'accord. Ok.

Parce qu'il ne faut pas oublier que les ergothérapeutes en EHPAD, c'est pas si vieux que ça. Donc, euh, souvent les gens ont appris à travailler, euh avant, bien avant de connaître un ergothérapeute. Donc, ils savent déjà pas mal de choses. On apporte des choses, bien sûr, mais voilà ! Enfin... Moi par exemple moi, ici, la place elle a été ouverte parce qu'on a obligé la direction. C'est-à-dire que pendant des années ça a fonctionné sans ergothérapeute, et comme ça a été racheté par un groupement, et que dans ce groupement ils désirent avoir des ergothérapeutes dans leurs EHPAD, ils ont demandé à ce qu'il y ait un poste de créé. Vous voyez ? Donc, les gens savaient travailler, voilà, j'leur ai pas appris grand-chose au niveau de la déglutition.

D'accord.

C'est très spécifique, quoi. Mais, c'est fréquent, hein ? C'est un sujet intéressant, hein ? C'est fréquent, hein, chez la personne âgée. Et puis, il y a aussi le problème avec, euh, où là peut être, on interviendrait peut-être un peu plus ! Où quand on est dans le fauteuil roulant, ou euh, vous voyez en fin de vie. Parce que en fin de vie, faut là aussi trouver des aides techniques, pour que la personne puisse être alimentée... alimentation plaisir bien sûr... dans son lit. Donc, vous voyez ? Comment, euh, utiliser bien les fonctions du lit, quel type de coussin on va mettre en place pour bien maintenir la personne pendant les repas, vous voyez ? Euh, bannir le bec canard, quand la personne est au lit ! Parce que quand la personne elle est bien, c'est plutôt bien, le bec canard. Vous voyez ? Là on a un rôle qui est peut-être un peu plus pointu. Mais, mis à part ça, on en a pas forcément besoin.

Ok, ensuite : comment la demande d'intervention concernant le suivi de déglutition vous est-elle faite ?

Euh... les personnes viennent me voir directement. Ils me le demandent en direct. Euh, les infirmières vont venir me voir. Ça m'est demandé aussi en direct par les AMP, les aide-soignantes, euh, c'est même des fois les ASH, les femmes de ménage, qui peuvent me demander, euh d'intervenir pour tel type de verre, tel type, vous voyez de matériel ! ou de posture, Enfin, voilà. C'est en direct, les personnes me voir. Je travaille tous les jours ceci dit. Et pour les personnes qui travaillent la nuit, elles me font une demande dans le dossier informatisé de la personne. On a une messagerie, si vous voulez. Interne, où on m'envoie un message, en me demandant telle ou telle chose. Parce que la nuit, il faut savoir, que vers 22 ou 23 heures, il y a une collation qui est proposée aux résidents. Donc, voilà, on peut aussi avoir ce genre de problème une fois que la personne elle est installée dans le lit. Vous voyez, euh, qu'elle a tendance à chuter un petit peu sur le côté, voilà, donc c'est pas toujours simple de tenir, et d'aider à boire, voilà. Donc, on peut me demander en, ..., sous plusieurs formes. Ou alors aussi aux transmissions de l'équipe pluridisciplinaire.

D'accord. Ok. Dans ce suivi, comment effectuez-vous votre diagnostic ergothérapeutique ? Et quels sont les facteurs par exemple : personnels, environnementaux, ou habitudes de vie, reprenez-vous ?

Ben moi je fais pas de diagnostic ... hein ?

Oui, j'entends au niveau ergothérapeutique, prenez-vous en compte différents facteurs ?

Ah ben oui, oui, quand même hein ? On a tout ce qui est le côté moteur, positionnement de la personne ! Sur quel support elle est la personne. Donc, on évalue le support. On évalue ses fonctions, euh, motrices, donc tout ce qui est accessibilité par le membre supérieur en fait. Euh, tonus aussi ! Il faut tenir compte du tonus de la personne, euh, et puis, euh ..., il y a le travail avec l'équipe. Puisque les équipes ne travaillent pas de la même façon. Donc, euh..., voilà ; rappeler les choses, euh, ... Après le bilan, il est, euh, ... Il peut être précis, comme global. Ça dépend des situations. Mais j'ai des bilans, oui, bien sûr. Des bilans, que j'ai rapporté de mes anciens établissements dans lesquels j'ai travaillé, euh, type service de rééducation fonctionnelle, ou même du service hospitalier, en neurologie par exemple. Je peux travailler avec les mêmes bilans que les autres ergothérapeutes utilisent, quoi, des bilans communs, on va dire.

D'accord, ok.

Et la question, c'était quoi ? Si il y a avait des choses en particulier ?...

Dans ce suivi comment effectuez-vous votre diagnostic, ...

Ben, voilà hein, ok, en fonction de plein de choses, hein ? Des bilans, oui, ...

Est-ce qu'il y a des choses que vous... Qu'est-ce que vous prenez en compte ?

Ben, c'est ça voilà, c'est vraiment, euh, le support, la psychologie, parce que quand la personne elle a une grosse dépression, il faut en tenir compte aussi, hein ? Il y a la psychologie, les troubles cognitifs, euh, les facteurs physiques, hein, donc tout ce qui est tonus, tonicité, troubles neurologiques, euh, troubles musculaires, euh, enfin du membre supérieur, et puis le support dans lequel la personne se trouve. Si elle est dans un fauteuil, quel type de fauteuil ? Si elle est assise sur une chaise, ou si elle est dans son lit, voilà. Enfin, tout ça, ça fait partie de ..., des éléments qui vont permettre de donner tel type de conseil, ou tel autre, type de conseil. Voilà, je pense que ça reste, euh Oui, la pathologie aussi de la personne, parce que c'est important aussi.

D'accord. Vous m'en avez un peu parlé avant, ..., pouvez-vous me préciser comment se déroulent vos interventions auprès du résident dysphagique ?

Ben oui, ben... on se présente, on explique simplement, avec peu de mots, hein ? notre fonction, ce pourquoi nous venons voir la personne. Euh, pareil, pour les bilans : des bilans courts, globaux, euh, faits en plusieurs fois souvent, avec à chaque fois les rappels du, ..., de l'intérêt de notre intervention, puisqu'il y a toujours des troubles cognitifs, hein ? dans nos résidents, en tout cas, ici. Et puis, on met en place, euh, des préconisations, ou du matériel. Donc, on essaie avec la personne, on valide, on valide après avec les équipes, et puis après on vérifie, euh, l'adéquation de ce qu'on a donné avec euh, ..., avec la réalité de la personne, et puis après, on vérifie que dans le temps les choses perdurent. Parce que ça peut aussi, euh..., ça demande aussi un travail en plus pour les équipes, donc on peut aussi par moment, euh, voir que les personnes ont tendance à ne plus faire certaines choses ! Donc, des rappels... ! Voilà. Bien vérifier dans le temps. Donc, les interventions elles se font très, très, souvent en plusieurs fois, des petits temps.

D'accord.

Les personnes âgées ayant des troubles cognitifs, ont peu de capacités de concentration.

D'accord.

Donc, euh, voilà. Il faut pas être pressé en maison de retraite. [rires] Faut être très réactif, mais faut pas être pressé par rapport au résultat ! Alors, ce qui est compliqué aussi, c'est le lieu de l'intervention. Voilà, donc, euh, puisqu'il n'y a pas de salle pour l'ergo. Donc, ça peut être dans la chambre. Mais dans la chambre, pour

quelqu'un qui a des troubles cognitifs c'est pas évident de comprendre qu'on travaille quelque chose alors qu'on est dans sa chambre ...

Vous voyez, au niveau des repères, c'est pas l'idéal, donc, euh, ça peut se faire soit en salle kiné, par exemple, en tout cas, toujours dans un lieu calme, ou il y a pas trop de bruit, pas trop d'interférences autres, parce que sinon la personne, elle va écouter ce qui se passe à côté plus que ce qu'on a à lui dire, ou dans les petits salons que vous avez pu voir (*elle m'a fait visiter l'EHPAD avant l'entretien*) voilà, c'est assez calme dans la journée, vous voyez ? Mais, mais, pas, pour les troubles de la déglutition, pas pendant les repas. Je, je, l'ai fait, ça ne marche pas, et en plus, ça n'aide pas la personne à apprécier son repas. Donc, on peut travailler, euh, tout un, ..., travailler les troubles de la déglutition, même des prises alimentaires en dehors des repas ! on peut faire semblant, mais on peut aussi réellement travailler, euh, avec, euh, sans gaver la personne, mais travailler euh, les textures par exemple, hein ?

Ok. Vous voyez d'autres choses à ajouter là-dessus ?

Euh, non.

Selon vous, comment vos actions peuvent-elles améliorer la prise de repas ?

... [réfléchit] Comment ? Ben simplement parce que si la personne, le repas, euh se passe bien, sans incident, euh, la personne va prendre du plaisir. Donc dans la notion de plaisir, on peut aider, voilà. Le fait de réduire les incidents, augmente la prise alimentaire, donc la quantité, et puis augmente le plaisir. Donc ça va faire perdurer, euh ..., aider la personne à continuer de manger. Parce que une personne âgée peut vite s'arrêter de vouloir manger. Très, très vite. En 2-3 jours, elle peut s'arrêter complètement de manger. Mais, ne plus manger du tout ! Donc, ça va très, très, vite chez le sujet âgé. Je me souviens pas que chez l'adulte, ça aille aussi vite, non. Je crois pas. Mais chez le sujet âgé, ça va très, très, vite. Ils ont peu de besoins, ils bougent moins que nous, donc, euh... Donc, je pense que voilà, on aide à ce que ça se passe, euh, de façon fluide. Et dans une notion de confort, dans l'installation, une notion de confort, voilà. On est bien installé, on apprécie son repas.

D'accord.

Parce qu'on avale mieux, voilà. C'est angoissant quand même d'avoir cette sensation d'étouffer, euh, en plein milieu du repas, ou au début, euh.... Si vous, vous ..., 2 premières bouchées, vous avalez de travers, j'peux vous assurer que le repas est très vite, vite terminé, voilà. Donc, c'est surtout dans la posture, et puis dans le geste qu'on améliore.

Ok. C'est tout ?

Oui.

Quels sont les éléments facilitateurs, et, ou obstacles à la mise en place ces actions ?

Les éléments facilitateurs ?

Ben les éléments, c'est la coordination d'équipe. Ça, c'est vraiment le... C'est à la fois le facilitateur et l'obstacle, quand les équipes n'arrivent pas à fonctionner ensemble. Parce qu'il y a 2 équipes, hein ? On travaille toujours avec 2 équipes. Donc il faut une collaboration. Ça c'est très important. Euh, ... les éléments, c'est aussi des gens qui sont bien formés, qui comprennent bien le sens de nos propos et ils comprennent bien le sens de nos actions. Donc, il faut des gens formés, ça c'est facilitateur. Et puis, que les gens se connaissent. Connaitre les gens avec qui on travaille. Une façon d'amener les choses si vous voulez, euh, que le message passe bien. Voilà. Donc, les éléments facilitateurs c'est : la communication, la connaissance de l'autre, et puis la connaissance de la pathol..., du trouble de la déglutition, et connaissance des solutions, euh, pour limiter les troubles de la déglutition. Voilà, donc c'est de la formation.

Et à l'inverse, pour les éléments, euh, Parce que ça demande pas, euh, d'argent, ou quelque chose comme ça. Ça pourrait être un élément qui nous bloque l'argent ; Parce qu'il faut investir beaucoup de choses. Mais, pas du tout ! Pas dans les troubles de la déglutition. Donc, voilà, tout ce qui est en positif, ça peut être aussi ce qui peut, euh, être mis en négatif, voilà.

D'accord.

Voilà, si dans les équipes on ne travaille pas de la même façon, j'vous dis, la personne âgée, elle va perdre ses repères, et ça va pas l'aider à s'améliorer. Et ça arrive ! Souvent.

Ok. Voyez-vous autre chose comme obstacle, ou facilitateur ?

Mumm, [réfléchit], ..., non.

Ok

La cuisine aussi, le cuisinier, hein ? Il faut vraiment qu'il fasse partie intégrante de l'équipe, quoi. Que lui aussi relève des choses par rapport aux régimes, des incohérences, euh, ça s'est important. Et on a ici, effectivement une chef de cuisine qui est vraiment là-dedans quoi ! « Ah ben, tenez, madame là, pourquoi vous lui mettez ça ? Je comprends pas, ... » Vous voyez ? Ça c'est important. C'est un facilitateur aussi j'y pense. Elle fait bien attention aux commandes d'eau gélifiée, euh, les parfums, euh, toutes les quantités d'hyperpro, enfin voilà, quoi, toutes ces choses qui pourraient lui passer au-dessus de la tête, et qui, ..., dont elle prend, ... euh. Elle fait vraiment très attention à ça. Elle goûte les nouveaux produits, aussi, enfin vraiment voilà, euh, elle connaît les produits, euh, notre cuisinière, donc, euh, donc, euh, on y pense pas, mais c'est très important. Elle va rajouter aussi des goûts dans les mixés. Pour que les personnes les mangent. Vous voyez ? Tout ça c'est important. Donc, ça c'est un facilitateur je pense.

Ok, d'accord d'autres éléments ?

Ben ouais, ici par exemple on fait, alors, comment ça s'appelle ? euh... rendez-vous des menus. C'est à dire, qu'on fait participer des résidents aux menus, aux changements de menus qu'on va faire. C'est-à-dire, qu'il y a des aliments qu'on va bannir. Parce qu'on arrive pas à les manger quand on est âgé. Vous voyez ? Si le type d'aliment, on va faire attention au type d'aliment qu'on va mettre en place. Des fruits qu'on mange pas parce qu'on y arrive plus, parce que on a pas assez de bonnes dents, euh, de la salade qu'on mâchouille pendant je en sais combien d'heures parce que ça va pas... Voilà. Donc, tout ça c'est important, parce que justement ça peut éviter ou faciliter les troubles de la déglutition. Les aliments en eux-mêmes, euh, si ils sont avec des fibres, vous voyez, si ça gratte trop la gorge, si on arrive pas bien à les mâcher, ben on va les avaler un peu plus, euh, gros, et on va les avaler p'têt un peu plus de travers. Voilà, tout ça ! Commission des menus ! Voilà, c'est ça, j'ai trouvé le terme exact. Donc, ça c'est facilitateur aussi, je pense.

D'accord.

Voilà.

À la suite de vos actions, avez-vous constaté une diminution des fausses routes alimentaires ? Si oui, comment avez-vous fait ce constat ou comment avez-vous eu cette information ?

Toujours, il y a toujours un retour de l'équipe. C'est les équipes, qui en direct vont nous dire : « Ah ben tiens, euh, C. regarde, euh, depuis qu'on a fait ça, eh ben ça va beaucoup mieux. » Ou au contraire : « Ça va moins bien, comment on pourrait faire ? » Euh, ..., quand on se croise, euh, souvent, on va parler des dernières problématiques qu'on a mis en place par rapport à des personnes ! Donc, elles vont me les, Mes collègues, les aide-soignantes, les personnes qui s'occupent des personnes au quotidien, vont, euh, ou même l'infirmière de coordination, va venir me dire le résultat de, euh, de la mise en place du matériel, ou de la préconisation. Toujours, toujours.

D'accord.

Ben oui, parce que les équipes, ça leur facilitée aussi la vie, donc, elles le verbalisent ça : « Tiens, ça c'est plus facile pour moi, euh, Regarde la personne, elle a, ... Elle mange mieux, euh, ... »

Voilà. Parce qu'elles sont contentes du résultat, voilà en général.

Il y a beaucoup de communication en EHPAD, hein ? Beaucoup, beaucoup.

Ok. Vous a-t-il été rapporté, ou avez-vous noté d'autres bénéfices à la suite de vos actions visant l'amélioration de prise de repas, autre(s) que la diminution des fausses routes alimentaires ?

Ben euh, forcément puisque, euh, vous voyez que la fois d'après, quand, euh ..., un problème similaire se pose pour une autre personne, euh, d'emblée, on met en place ce qui avait été préconisé, euh pour une autre personne. C'est-à-dire que, en fait les autres vont s'approprier le conseil ou le geste, pour le mettre en place pour une autre personne. Donc ça, c'est le bénéfice, euh, pour les autres résidents !

D'accord.

Voilà.

Ok

Et puis, euh, donc, ouais, ça se voit ça tout de suite. Et puis, il y a un retour à la reprise de l'alimentation pour la personne. Donc, ça c'est important parce qu'il y a une reprise de poids, parce qu'elle va mieux, euh, elle remange toute seule, et euh, et voilà.

Donc, elle va aller mieux dans sa tête cette personne âgée, au niveau psychologique.

Voilà, donc oui, il y a ce gain-là, oui. Ces gains-là.

Ok. L'entretien arrive bientôt à sa fin. Souhaiteriez-vous ajouter un ou plusieurs autres éléments aux informations que vous avez données jusqu'à maintenant ?

Non je pense qu'on a été assez précis dans tout ce qu'on a pu... Je pense que les questions sont assez, euh, précises, donc euh, ... [réfléchit]. Non, je pense que c'est bien. Je vous rappellerai, si je pense à quelque chose [rire]. Non, à priori non.

Ok.

C'est vrai qu'ici on a pas d'orthophoniste qui fait vraiment que ça, ..., avec des choses très précises, donc euh ...

En principe, c'est relativement bien, bien géré hein, ici, les problèmes de déglutition, hein. On en a, ça nous arrive, bien sûr, on a quelques pneumopathies d'inhalation, mais c'est quand même assez rare. C'est pris assez en amont, quand même, hein ? Les problèmes sont pris en amont. Les gens ont beaucoup d'automatismes. J'travail avec des gens, qui ont quelques années derrière elles, hein ? Donc, euh, voilà. Donc, euh, oui.

Afin de mieux connaître l'expérience des personnes interviewées, j'ai encore 4 petites questions : en quelle année avez-vous eu votre diplôme ?

Moi, je suis diplômée depuis 96., et j'ai été formée à Créteil. Voilà.

Ok. Depuis combien d'années exercez-vous dans cet EHPAD ?

Là ça fait 3 ans, ici.

Avez-vous eu d'autres expériences en EHPAD, si oui combien d'années ?

En EHPAD, euh ..., non. Mais j'ai fait du service à domicile. Voilà. Personnes âgées, à domicile, pas en EHPAD. Et j'ai fait, euh, personnes âgées à domicile, ..., 4 ans ! Voilà.

Mais je serais intéressée par connaître le résultat de votre, savoir par rapport euh, ... Vous pourriez m'envoyer un exemplaire de votre, euh ?

Oui, oui, c'est ce que je pensais proposer à toutes les personnes qui ont participé.

Oui les écrits, oui c'est intéressant oui.

Résumé

L'un des facteurs de dénutrition identifié chez la personne âgée résident en EHPAD est le trouble de la déglutition. L'ergothérapeute est l'un des intervenants de l'équipe impliquée dans la prise en charge de la dysphagie pour cette population. L'objectif de ce mémoire de fin d'études a été de rechercher les spécificités apportées par l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire assurant le suivi de la dysphagie de la personne résidant en EHPAD. L'étude de terrain a été réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs, auprès de 4 ergothérapeutes exerçant en EHPAD. Les résultats montrent que l'ergothérapeute intervient en seconde intention. Son apport dans l'équipe est préventif des dysphagies, de par son expertise reconnue en positionnement. Il permet aussi à la personne de s'alimenter seule par d'autres adaptations. Il semble ne pas avoir conscience qu'il permet aussi de réduire l'indépendance au repas grâce aux transferts des acquis rendus possibles par les ateliers de groupe. De plus, il ne sait pas qu'apporter l'autonomie au repas renforce aussi la prévention des fausses routes alimentaires. Il serait intéressant de rechercher comment il pourrait prendre conscience de ce qu'il apporte dans ce domaine.

Mots clés :_ergothérapeute, dysphagie, équipe pluridisciplinaire, EHPAD

Abstract

Swallowing disorders (dysphagia) are an identified factor of undernutrition for elderly people living in homes for dependent seniors. The occupational therapist (OT) is one of the team members involved in the care of dysphagia in this population. The aim of this paper is to investigate the role of the OT in a multidisciplinary team in the care of residents with dysphagia in dependent elderly people's home. A field study with semi-structured interviews of four OTs working in nursing homes was made. The results show that OT intervention comes in second-line. His/her contribution to the team prevents dysphagia through his/her acknowledged skill in body positioning. Additionally, the OT uses other adjustments: technical aids and adaptation of the environment, that also enable the resident to eat independently. These OT interventions contribute to the resident's independence, even though OTs do not always seem aware of this contribution or knowing that they also contribute to the prevention of aspiration. It would be interesting to find ways to be make OTs aware of their contribution in this area.

Key words: occupational therapist, dysphagia, multidisciplinary team, homes for dependent seniors.

Hélène FUNGERE

Sous la direction de Mme Marijane Provenzano Loizillon