

Mémoire d'initiation à la recherche pour l'obtention du D.E.
d'Ergothérapeute

Participation sociale au repas de la personne âgée dépendante présentant une dysphagie et accueillie en EHPAD



Léa BLAIS

Promotion 2016-2019

03 Juin 2019

Sous la direction de Catherine Guillaume

Engagement sur l'honneur

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiante réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiante de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.

un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiante est aidée dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

Je soussignée, Léa Blais, étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informée des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 03 juin 2019.

Signature :

Notes 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 », soit l'IFE de Créteil.

Remerciements

Je remercie tout d'abord ma maîtresse de mémoire, Catherine Guillaume, pour son accompagnement, sa bienveillance et sa disponibilité tout au long de ce travail de recherche.

Merci à Amandine Lamouret et Amélie Limousin pour leur soutien et leur expertise dans ce domaine.

Merci à l'ensemble des ergothérapeutes et des résidents qui ont participé à cette enquête.

Je remercie l'ensemble des membres de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil pour leur guidance et leur pédagogie.

Merci à mon entourage dont ma maman et ma grande sœur, mes amis, mes camarades de promotion et Nicolas pour m'avoir conseillée, soutenue, relue et aidée depuis le début de mon mémoire. Malgré la fluctuation émotionnelle, vous m'avez permis d'aller au bout de ce projet de recherche. Une pensée particulière à Jean-Marc.

Enfin, merci à mes chats pour m'avoir aidée à gérer mon stress et soutenue dans cette longue période de rédaction du mémoire.

*« De l'expulsion du ventre de notre mère jusqu'à notre dernier souffle,
vivre est un impératif d'équilibre et de réalisation de nos possibilités.*

*Celles-ci sont le résultat continu dans le présent
de notre négociation avec l'environnement. »*

(Fougeyrollas, 2010, p.293)

Sommaire

Introduction	1
I. Cadre conceptuel	3
1. Une personne âgée vivant avec une dysphagie	3
A. Qu'entend-on par « personne âgée » ?	3
B. Déglutition : définition et description.....	4
C. Qu'est-ce-que la dysphagie ?.....	4
2. L'EHPAD.....	9
A. Définition de l'EHPAD.....	9
B. Les services et les professionnels en EHPAD.....	9
C. L'admission en EHPAD.....	11
D. La dépendance.....	12
3. Le repas	13
A. Définition du repas	13
B. Les objectifs gouvernementaux.....	14
C. Le repas en EHPAD : quelles solutions thérapeutiques ?	16
4. L'accompagnement par l'ergothérapeute en EHPAD.....	19
A. Qu'est-ce-qu'un ergothérapeute ?	19
B. Missions de l'ergothérapeute en EHPAD.....	20
C. Participation sociale et MDH-PPH2 de P.Fougeyrollas.....	21
II. Cadre expérimental.....	23
1. Objectifs de l'enquête.....	23
2. Population.....	24
3. Outils	25
4. Résultats de l'enquête et analyse.....	26
A. Le questionnaire	26
B. Les entretiens.....	41
5. Discussion	50

A.	Interprétation des résultats et confrontation au cadre conceptuel.....	50
B.	Limites de l'enquête	52
C.	Intérêt de l'étude.....	52
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	54
	Lexique.....	65
	Annexes.....	I

Glossaire

AGGIR : grille nationale d'Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources

AMP: Aide Médico-Psychologique

ASG : Assistant en Soins Gérontologiques

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Agent des Services Hospitaliers

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EAPA : Enseignant en Activités Physiques Adaptées

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressources

MDH-PPH 2 : Modèle de Développement Humain et Processus du Handicap 2

MND : Maladies Neuro-Dégénératives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngée

PNA : Programme National pour l'Alimentation

PNNS : Plan National Nutrition Santé

SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

Introduction

En France métropolitaine, l'augmentation de l'espérance de vie et du nombre de personnes âgées engendrent, dans le système de santé, des préoccupations majeures sur leur accompagnement et leur qualité de vie¹. En 2019, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 26,1 % de la population française, soit 17 501 491 individus (INSEE, 2019). Fin 2017, plus de 608 000 sont dans les 7573 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (Ministre des Solidarités et de la Santé, 2018, p.5) et le nombre de personnes âgées dépendantes s'accroît (INSEE, 2019). Alors, comment favoriser leur « *bien-vieillir* » définit comme « *le maintien de l'autonomie fonctionnelle, surtout le fonctionnement physique, mental et social* » (Gangbè & Ducharme, 2006, p.297) ? Dans diverses cultures, en plus de participer au « *bien-vieillir* » et de satisfaire un besoin fondamental, le repas est un moment de convivialité qui semble pertinent à analyser.

En tant que future ergothérapeute, je me suis questionnée sur la situation des résidents dépendants, présentant une dysphagie, qui se confrontent à des situations de handicap et des restrictions d'activité durant le repas. Lors d'un emploi saisonnier en EHPAD, en tant qu'Agent des Services Hospitaliers (ASH), j'ai pu observer une personne âgée dépendante qui présentait une dysphagie. La dame avait des difficultés pour prendre son repas mixé. Elle ne parlait pas et semblait apathique. Elle n'a mangé que quelques cuillères de son repas, sans aucun plaisir.

Les résidents ont besoin d'un accompagnement interprofessionnel respectant les recommandations gouvernementales, telles que la bientraitance², le Plan National Nutrition Santé (PNNS), etc. Cette coopération interprofessionnelle fait émerger des solutions thérapeutiques facilitatrices qui permettent de conserver le plaisir de manger pour le résident.

Par ailleurs, au sein des EHPAD français, les ergothérapeutes sont plus présents que les orthophonistes sur les postes équivalents temps plein (Muller & DREES, 2017, p.19). Alors, comment se répartissent les champs d'interventions de chaque professionnel de l'équipe pour créer et maintenir une coopération ? Quels sont les moyens pour améliorer la qualité de vie de la personne âgée dépendante, présentant une dysphagie, lors du repas en EHPAD ?

Dans une visée plus holistique, ces réflexions m'ont amenée à me demander **de quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation sociale d'une personne âgée dépendante qui a une dysphagie, lors de la prise de ses repas en EHPAD ?**

¹ Définition dans le lexique

² Définition dans le lexique

D'une part, le cadre conceptuel détaillera les notions importantes de la problématique, dont découlera une hypothèse de recherche.

D'autre part, le cadre expérimental me permettra de présenter la méthodologie de l'enquête qui se focalisera sur la comparaison du point de vue des résidents dépendants qui présentent une dysphagie en EHPAD, à celui des ergothérapeutes qui les accompagnent quotidiennement. J'exposerai le déroulement du questionnaire et des entretiens.

Enfin, j'analyserai les données de l'enquête afin de discuter en vue de faire du lien avec l'hypothèse et la problématique d'enquête et de développer de nouvelles pistes d'étude.

I. Cadre conceptuel

1. Une personne âgée vivant avec une dysphagie

A. Qu'entend-on par « personne âgée » ?

Etre une personne âgée correspond à avoir 60 ans ou plus selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). A l'échelle mondiale, l'accompagnement des personnes âgées devient un enjeu majeur car leur proportion va doubler d'ici 2050 et s'élever à 22 % (OMS, 2018). L'adaptation du système de santé et de la société est indispensable face à l'accélération du vieillissement.

Le vieillissement se définit comme « *l'action du temps sur les êtres vivants et comme l'ensemble des processus moléculaires, cellulaires, histologiques, physiologiques et psychologiques qui accompagnent l'avance en âge. Pris dans sa dimension biologique, le vieillissement de chaque individu résulte de l'action conjuguée de facteurs génétiques et environnementaux dont le nombre et le poids respectifs, ainsi que les différents degrés d'interaction, rendent compte du caractère extraordinairement hétérogène.* » (Jeandel, 2005, pp.26-27). Le vieillissement est aussi influencé par le contexte socioculturel. Il peut avoir un impact sur la structure et les fonctions de l'organisme ainsi que sur les capacités cognitives. Ainsi, ces processus qui contribuent au vieillissement génèrent une variabilité individuelle.

Pourtant, la scission entre les différentes personnes âgées doit résider dans la différenciation du vieillissement qu'il soit réussi, habituel ou pathologique et non dans des catégories d'âge. Le vieillissement réussi se caractérise par le « *maintien des capacités fonctionnelles ou atteinte très modérée de celles-ci, [et l']absence de maladies chroniques* » (Lang, Proust, Vogel, & Aspinall, 2013, p.341). Le vieillissement habituel s'accompagne d'atteintes en lien « *avec l'âge physiologique de certaines fonctions, mais sans maladie bien définie. Il s'agit d'une réduction des réserves adaptatives, conduisant à un risque de déséquilibre en cas de survenue d'un phénomène aigu* » (Lang, Proust, Vogel, & Aspinall, 2013, p.341). Enfin, le vieillissement pathologique concerne « *un vieillissement aggravé par le survenue de morbidités : dépression, démence, troubles de la locomotion, troubles sensoriels, affections cardiovasculaires ; fréquemment associées à une dénutrition favorisant, dans ce contexte de polypathologie, l'émergence de maladies aiguës.* » (Lang, Proust, Vogel, & Aspinall, 2013, p.341). Alors, en quoi la dysphagie peut-elle accroître la dépendance et participer au développement du vieillissement pathologique ?

B. Déglutition : définition et description

Pour comprendre les difficultés d'une personne âgée dépendante qui présente une dysphagie, il est indispensable de comprendre le phénomène de déglutition. La déglutition se définit par l'action d'avaler (Rio et al., 2011, p.152). Plus scientifiquement, la déglutition est un « *processus sensitivomoteur semi-réflexe complexe* » (Forster et al., 2013, p.108) qui permet le passage des aliments de la bouche à l'estomac tout en protégeant les voies respiratoires. « *Elle participe également à l'élimination des sécrétions rhino-pharyngées, trachéales et salivaires.* » (Allepaerts, Delcourt, & Petermans, 2008, p.715).

Le déroulement de la déglutition nécessite une explication anatomique et physiologique (Rio et al., 2011, p.89 ; Ruglio, 2012, pp. 9-11). La gorge constitue un carrefour aéro-digestif. La respiration est suspendue pendant la déglutition. L'air inspiré passe par la trachée pour aller vers les poumons. Lors de la déglutition, les aliments passent de la bouche vers l'œsophage pour aller vers l'estomac.

Après la mastication des aliments mis en bouche, la langue propulse le bol alimentaire vers le pharynx tandis que les voies respiratoires sont protégées par l'élévation du palais mou, la contraction de la luette et la fermeture d'un clapet, qui est l'abaissement de l'épiglotte. Le bol alimentaire correspond à la préparation des aliments mixés en bouche grâce à la mastication, lubrifiés via la salive et prêts à être avalés. Les mouvements involontaires de l'œsophage, appelés péristaltisme, permettent de faire progresser le bol alimentaire jusqu'à l'estomac [Annexe I].

La déglutition se divise en trois phases.

- La phase orale est consciente et intègre la mastication des aliments dans la bouche et la propulsion du bol alimentaire vers le pharynx.
- La phase pharyngée est une phase réflexe qui comprend l'élévation du voile du palais et de l'os hyoïde, l'abaissement de l'épiglotte qui protège la trachée et la descente du bol alimentaire grâce à l'ouverture du sphincter œsophagien.
- La phase œsophagienne est une phase réflexe représentée par la descente du bol alimentaire de l'œsophage à l'estomac.

C. Qu'est-ce-que la dysphagie ?

a) Epidémiologie

La dysphagie chez les personnes âgées est un problème de santé publique. La prévalence est en constante augmentation notamment chez les personnes âgées en institution mais reste globalement sous-estimée (Allepaerts et al., 2008). Les données divergent selon les études. La prévalence de la

dysphagie est de « 30 à 40 % chez les sujets vivant en institution. » (Puisieux et al., 2009, p.590.) ; « Ils (les troubles de la déglutition) affecteraient au moins 30 à 59 % des personnes âgées institutionnalisées » (Desport et al., 2011, p. 248) ; « prévalence allant de 12 à 68% » (Greuillet & Couturier, 2005, cité par Allepaerts et al., 2008) pour cette même population. On constate donc que la prévalence et la fréquence de la dysphagie chez les personnes âgées en institution sont très élevées.

**b) Dysphagie, troubles de la déglutition, presbyphagie et dysoralité,
quelle est la différence ?**

La dysphagie se définit comme « *la sensation de gêne ou de blocage de la progression des aliments lors de leur passage de la bouche vers l'œsophage. Cette sensation peut concerner les aliments solides comme les aliments liquides* » (Rio et al., 2011, p.152). Les mécanismes qui doivent assurer la protection des voies respiratoires dysfonctionnent entre la mise en bouche des aliments, par la suite mastiqués et la progression du bol alimentaire vers l'estomac.

La dysphagie intervient lors de la phase orale et/ou la phase pharyngée et/ou la phase œsophagienne [Annexe I]. Elle englobe la sensation liée aux troubles de la déglutition et aux dysfonctionnements de certains facteurs environnementaux comme un appareil dentaire mal mis. Or, les troubles de la déglutition et la dysphagie sont souvent décrits comme synonyme.

Les troubles de la déglutition correspondent au dysfonctionnement, purement organique, du mécanisme de la déglutition.

Certains articles scientifiques mentionnent la presbyphagie. Elle caractérise le vieillissement physiologique des organes qui participent à la déglutition d'où le ralentissement du réflexe pharyngé (Forster et al., 2013, p. 109). C'est « *l'ensemble des effets du processus du vieillissement sur le mécanisme de la déglutition* » (Logemann, 2007).

Dans certaines recherches, la dysoralité est décrite et elle se définit comme « *l'ensemble des difficultés d'alimentation par voie orale. Il peut s'agir d'un petit appétit, d'un refus alimentaire, de vomissements, d'anomalies de la succion, de la déglutition et/ou de la coordination succion/déglutition/respiration, ainsi que de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant.* » (Vidal, 2015, p.71). Elle est très souvent associée à la mise en place d'une trachéotomie et/ou d'une sonde nasogastrique dans le domaine pédiatrique. On entend peu parler de cette pathologie en gériatrie bien que « *Des lésions sévères regroupées sous le nom de « Nasogastric tube syndrome » dans la littérature anglophone peuvent apparaître 48 heures après la pose de la sonde quel que soit l'âge du patient.* » (Vidal, 2015, pp.70-71). Les signes de la dysoralité sont l'« *hypersensibilité globale et des défenses tactiles – refus manuel lorsque l'aliment arrive à la bouche* » (Vidal, 2015, p.71).

Je n'inclus ni la presbyphagie ni la dysoralité. Les personnes âgées dépendantes, qui ont une pathologie neurologique, où la dysphagie est un trouble associé sont le public cible de cette recherche.

c) Causes de la dysphagie

De nombreuses pathologies et des causes iatrogènes peuvent être à l'origine de dysphagie. L'hygiène buccale altérée, le manque de dents, des appareils dentaires mal adaptés ou des difficultés à le mettre et l'utiliser, certains traitements médicamenteux et l'usage de sonde nasogastrique favorisent l'apparition de la dysphagie. Les affections neurologiques, musculaires ou touchant la sphère Oto-Rhino-Laryngée (ORL) impactent fortement la survenue de la dysphagie.(Allepaerts et al., 2008, p.716 ; Puisieux et al., 2009, p.590-591). Par exemple, « *les accidents vasculaires cérébraux sont responsables de 40 à 70% des troubles de la déglutition.* » (Allepaerts et al., 2008, p.717), ce qui démontre que la dysphagie est un enjeu de santé publique majeur.

Sur le plan anatomique, 6 nerfs crâniens interviennent lors de la déglutition. Le nerf laryngé supérieur, branche du nerf vague (X), est à l'origine du réflexe de déglutition (Desport et al., 2011). Un dysfonctionnement d'un des nerfs entraîne une dysphagie majeure et peut altérer le péristaltisme.

d) Repérer la dysphagie : signes cliniques, conséquences et complications

Les signes cliniques spécifiques de la dysphagie sont le bavage et/ou des fuites alimentaires, des dysfonctionnements au niveau de la mastication, une gêne pour avaler ou un blocage, des résidus buccaux visibles et/ou le maintien prolongé des aliments en bouche, la toux durant les différents moments du repas, un reflux nasal, une voix « mouillée », une diminution de la prise alimentaire jusqu'au refus, un hémage c'est-à-dire un raclement de gorge répétitif, etc (Allepaerts et al., 2008, p.717-718 ; Puisieux et al., 2009, p.591; Jahidi, 2014). Ils peuvent être repérés par l'ensemble des professionnels notamment les aides-soignantes, qui sont au plus proche des personnes, lors du repas.

Les conséquences de la dysphagie sont médicales c'est-à-dire physiques et physiologiques, psychologiques, émotionnelles et sociales. Elles impactent la qualité de vie et augmentent la mortalité des personnes âgées dépendantes.

La plus connue est la fausse route, c'est-à-dire le « *passage d'aliments solides ou liquides dans la trachée, pouvant conduire à une obstruction des voies respiratoires.* » (Rio et al., 2011, p.152 ; Fraisse, 2007, p 791). Lorsqu'il est fonctionnel, le réflexe de la toux, déclenché lors de fausse-route, redirige les débris alimentaires engagés dans la trachée vers l'œsophage. Les fausses routes sont

source d'anxiété pour la personne et son entourage, de peurs, d'insécurité et de diminution du plaisir. Cela peut engendrer une dénutrition protéino-énergétique³, une dépression, un isolement social ou encore un syndrome de glissement⁴.

Les autres complications graves de la dysphagie sont la déshydratation, la malnutrition, la pneumonie d'aspiration ou pneumopathie chimique (Puisieux et al., 2009)⁵. Les infections pulmonaires peuvent entraîner une hospitalisation de la personne voire son décès.

e) Facteurs aggravants la dysphagie

Afin de mieux prévenir la dysphagie, le repérage des facteurs aggravants est indispensable. Le processus de déglutition se réalise approximativement 2000 fois par jour (Rio et al., 2011, p.88). De nombreux facteurs liés à l'alimentation (Rio et al., 2011; Ruglio, 2012) peuvent favoriser les fausses routes tels que les textures liquides, fragmentées, hétérogènes, filandreuses, des températures chaudes tièdes, les saveurs fades ou encore les grosses quantités par bouchée et/ou gorgée. L'environnement bruyant ne permet pas à une personne âgée de se concentrer sur la prise de son repas. La position en cervidé favorise la dysphagie [Annexe II]. Elle se repère par un schéma d'extension de la nuque.

f) Diagnostic

Le diagnostic de dysphagie est posé par un oto-rhino-laryngologiste. Il repose sur l'entretien avec le patient puis avec la famille et sur des examens et des évaluations cliniques et paracliniques. Les examens analysent les réflexes nécessaires à la déglutition, la sensibilité oro-pharyngienne et la présence de troubles neurologiques. « *Les tests de déglutition sont donc un moyen simple de détection systématique parmi des populations à risque permettant rapidement de mettre en œuvre des mesures thérapeutiques adaptatives (adaptations posturale et diététique).* » (Puisieux et al., 2009, p.593).

g) Accompagner la personne âgée présentant dysphagie

Au quotidien

La dysphagie impacte le quotidien de la personne ainsi que celui de son entourage. L'éducation thérapeutique auprès du patient et de son entourage permet de surveiller l'état nutritionnel de la personne, minimiser les conséquences sur l'environnement global du repas et enfin maintenir la participation sociale de la personne (Rio et al., 2011, p.16).

³ Définition dans le lexique

⁴ Définition dans le lexique

⁵ Définition dans le lexique

L'accompagnement des personnes avec des troubles de la déglutition doit s'imbriquer avec « *le maintien du plaisir du manger et du boire, tout en assurant une nécessité vitale* » (Puisieux et al., 2009, p.595.) et en limitant l'isolement social.

Pour les résidents dépendants qui présentent une dysphagie en EHPAD, on comprend que les professionnels ont un rôle crucial dans leur accompagnement notamment lors du repas.

Le travail interprofessionnel

Tout d'abord, qu'est-ce que l'interprofessionnalité ? C'est « *un processus et des modalités d'organisation de travail permettant à des professionnels d'horizons et de pratiques différentes, d'échanger, de mettre en commun des connaissances, des informations mais aussi des opinions, des vécus personnels afin d'analyser et de comprendre les situations professionnelles auxquelles chacun est susceptible d'être confronté.* » (Chavane & Dibie-Racoupeau, 2006, p.16) c'est-à-dire que les interactions entre professionnels permettent d'échanger sur des connaissances théoriques, des postures et des attitudes thérapeutiques. Les objectifs communs, construits en équipe, répondent aux attentes de la personne et développent la coopération.

De ce fait, l'équipe médicale et paramédicale soutient et forme l'entourage et le patient pour améliorer la qualité de vie de chacun. L'équipe comprend les médecins, les oto-rhino-laryngologistes, les infirmiers, les aides-soignants, les diététiciens, les nutritionnistes, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les psychologues, les neuropsychologues et les psychomotriciens. L'accompagnement de la personne âgée qui présente une dysphagie doit se réaliser en étroite collaboration avec la famille afin que cette dernière soit informée de l'évolution des troubles et de la manière de les appréhender. Elle peut également aider l'équipe à mieux comprendre le comportement de la personne « *notamment dans l'investissement psychologique et affectif que peut faire la personne âgée dans les repas.* » (Puisieux et al., 2009, p.595).

Par ailleurs, l'intervention des cuisiniers formés sur la thématique de la dysphagie permet de proposer des repas plus adaptés. Ainsi, ils peuvent intervenir auprès des résidents avec la commission des menus. Elle tient compte « *de l'équilibre nutritionnel, du plan alimentaire, de la faisabilité en cuisine et des possibilités financières de l'établissement. Les repères concernant les besoins sont issus des recommandations françaises pour l'alimentation des personnes âgées, des recommandations de grammages en EHPAD* » (Massoulard et al., 2009, p.110). Cette démarche positive se caractérise par la proposition de plats gouteux dont la texture est adaptée pour limiter la dysphagie. Si l'établissement propose un repas savoureux et apprécié par le résident, cela sollicite ses fonctions cognitives, l'activité cérébrale et la déglutition est facilitée.

L'intervention du cuisinier avec l'équipe paramédicale élargit la coopération interprofessionnelle. Ceci permet de conserver le plaisir et le confort de la personne lors du repas. L'adaptation personnalisée à chaque résident répond à leurs besoins qui évoluent chaque jour. « *L'orthophoniste transforme la rééducation en situation écologique (de vie quotidienne) mais les décrets autorisent les différents membres de l'équipe paramédicale à y participer.* » (Puisieux et al., 2009, p.595). Les acquis obtenus suite à la rééducation en orthophonie doivent être réutilisés quotidiennement par la personne. Ainsi, les professionnels jouent un rôle dans la prévention de la dysphagie grâce aux conseils de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute. F. Puisieux a évoqué les situations écologiques afin de mettre l'accent sur la coopération d'équipe. Cependant, la situation écologique est un champ d'intervention propre à l'ergothérapeute. D'autres champs d'intervention tels que l'adaptation des textures sont communs à l'ergothérapeute et à l'orthophoniste. Cette coopération permet d'établir un plan d'action et de prévention interprofessionnel via la formation, les échanges, etc. Mais, qu'en est-il de la mise en place de cette coopération en EHPAD ?

2. L'EHPAD

A. Définition de l'EHPAD

Un EHPAD est un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. C'est à la fois un lieu de vie et une structure médicalisée qui accueille les personnes âgées de 60 ans et plus, en situation de dépendance, pour qui le maintien à domicile n'est plus envisageable. Anciennement, les EHPAD étaient nommés « *maisons de retraite médicalisés* » (EHPAD-fr.org, 2017). L'EHPAD dépend du conseil général, de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et du préfet du département. Cependant, comment s'organise l'EHPAD ?

B. Les services et les professionnels en EHPAD

L'EHPAD propose un service de restauration, le blanchissage du linge, l'entretien des chambres et des salles d'eau avec WC, des soins quotidiens pour les résidents et des actes de prévention en santé.

Sur le plan humain, l'EHPAD peut faire intervenir des prestataires extérieurs comme un coiffeur, une esthéticienne, etc. Les professionnels employés au sein de l'EHPAD ont tous des missions déterminées. L'équipe soignante comprend le médecin coordonnateur, des infirmières, un infirmier coordinateur dit IDEC ou une cadre de santé, des aides-soignants, des Assistant de Soins en Gériatrie (ASG), des ASH et éventuellement des professionnels paramédicaux. Il est question des ergothérapeutes, des psychologues, des kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des orthophonistes, des diététiciens et / ou des nutritionnistes, etc. Si ces soignants ne sont pas employés à

temps complet ou à temps partiel, ils peuvent intervenir comme des professionnels extérieurs à l'EHPAD. Qu'en est-il des rôles de chacun pour construire cette coopération d'équipe ?

- Le médecin coordonnateur travaille en lien avec le médecin traitant de chaque résident. Il évalue le niveau de dépendance de chaque personne en utilisant une évaluation avec la grille nationale d'Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources (AGGIR) [Annexe III]. Il coordonne l'équipe médicale et donne son avis sur les dossiers d'admission. Il participe à l'élaboration et l'application du projet de soins de l'EHPAD (Pour les personnes âgées, 2018).
- Les infirmiers réalisent des soins quotidiens et administrent les traitements médicamenteux de chaque résident. Ils mènent des actions d'information et de prévention auprès du résident et de sa famille. Ils participent à la coordination des missions des aides-soignants et aux projets de soins (Syndicat National des Professionnels Infirmiers, 2014).
- L'IDEC fait le lien avec le médecin coordinateur. Il est rattaché à la direction. Il participe à l'accompagnement du résident et de sa famille ainsi qu'à l'évaluation de l'autonomie de la personne. Il assure la gestion de la qualité, du personnel soignants et de la logistique en EHPAD (Syndicat National des Professionnels Infirmiers, 2016). Son rôle est équivalent au cadre de santé.
- Les aides-soignants accompagnent les personnes âgées dépendantes pour leurs soins personnels et les activités de la vie quotidienne. (Patrice Lefrançois, 2015). Ils peuvent être épaulés par les ASG.
- Les ASG peuvent être des Aides Médico-Psychologiques (AMP) ou des aides-soignants. Leur expertise concerne l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou très dépendance. Il soutient le résident et son entourage dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Ils prennent en compte leurs besoins et le degré d'autonomie du résident (Pour les personnes âgées, 2017).
- Les ASH gèrent l'entretien de la structure (SUD Salarié-es Korian, 2013).
- L'ergothérapeute préconise des aides techniques et des adaptations de l'environnement pour favoriser l'autonomie et l'indépendance du résident. Il participe à l'évaluation de la dépendance du résident. Le travail de réadaptation vise à limiter les situations de handicap et maintenir la réalisation des activités de la vie quotidienne. Il peut former l'équipe soignante et réaliser des actions de prévention auprès des résidents. Il accompagne les résidents avec des activités significatives qui sollicitent ses capacités physiques et/ou cognitives et il prend en compte la sphère émotionnelle et psychologique (SUD Salarié-es Korian, 2014).
- Le psychologue accompagne le résident dans son changement de lieu de vie qui peut générer de l'anxiété. Il tente de conserver les liens familiaux et sociaux significatifs pour le résident. Il a un rôle de soutien et d'écoute pour le résident, la famille et le personnel (Frégeac, 2019). Il peut avoir un rôle de conseiller en lien avec l'analyse des problématiques d'équipe.

- Le kinésithérapeute réalise des activités analytiques dans le but de soulager, prévenir ou mener une rééducation. Il entretient les mobilités articulaires et musculaires pour maintenir les capacités du résident, notamment les déplacements (Degonde, 2016).
- L'Enseignant en Activités Physiques Adaptées (EAPA) propose des activités sportives adaptées aux capacités du résident. Il sollicite la sphère cognitive, sociale et émotionnelle des résidents. Il peut collaborer avec les professionnels de l'équipe (Cap Retraite, 2016a).
- Le pédicure-podologue réalise des soins sur la peau et les ongles des pieds tout en prenant en compte l'interaction avec l'appareil locomoteur. Il peut confectionner des orthèses. Il participe au maintien de l'autonomie et à la prévention des chutes (Pour les personnes âgées, 2016b).
- L'orthophoniste participe à améliorer ou maintenir les capacités de communication. Il réalise la rééducation laryngo-pharyngée pour que la personne puisse s'alimenter en limitant le risque de fausse-route (Pour les personnes âgées, 2016a).
- Le diététicien intervient ponctuellement pour lutter contre la dénutrition des résidents à risque. Il effectue des suivis personnalisés et il collabore avec les soignants. Il a un rôle de formateur auprès des résidents, de leur entourage et de l'équipe. Il travaille avec l'équipe de cuisine pour conseiller sur une alimentation facile à déglutir et les enrichissements possibles pour couvrir les besoins nutritionnels des résidents (AgeVillagePro, 2019). Il peut être en lien avec un médecin nutritionniste.
- L'équipe d'animation propose des activités variées et conviviales qui sollicitent les échanges entre résidents et professionnels. Cela s'organise en lien avec l'ergothérapeute pour adapter les activités aux capacités physiques et cognitives des résidents. L'équipe d'animation collabore avec l'ensemble des soignants pour favoriser le bien-être des résidents (Cap Retraite, 2016b).
- L'équipe de cuisine s'occupe de la préparation et du service du repas. Elle collabore avec le diététicien pour l'élaboration des menus, l'orthophoniste et l'ergothérapeute pour l'adaptation des textures et l'équipe d'animation lors des repas à thème (De Vivie, 2018).
- L'équipe administrative s'occupe de faire respecter l'application des lois et elle gère l'ensemble des tâches financières et administratives. Elle gère le personnel et les locaux tout en échangeant avec les prestataires extérieurs (maisons-de-retraite.fr, s. d.).

C. L'admission en EHPAD

a) Le projet personnalisé d'accueil

La personne âgée dépendante peut être accueillie de manière permanente ou temporaire, lorsqu'elle a 60 ans ou plus.

« Ils mettent en place avec la personne accueillie (et avec sa personne de confiance) un projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de soins et un projet de vie exprimant les aspirations et choix à court, moyen et long terme. » (Direction de l'information légale et administrative & Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 2018), c'est-à-dire que l'ensemble de l'équipe établit un projet pour contribuer au bien être et au confort de la personne, lors de son arrivée en EHPAD. Le projet est adapté aux besoins et à la durée du séjour de la personne. Le résident et sa famille sont informés du fonctionnement de la structure, de ses droits, de ses obligations et de ses conditions de prise en charge. Le contrat de séjour détaille les prestations que propose l'établissement ainsi que leur coût.

b) La vie en collectivité

Lors de son entrée en EHPAD, le résident bénéficie d'une chambre associée à une salle d'eau et des WC. Cet espace sera son unique lieu d'intimité. Les autres pièces de l'EHPAD constituent des espaces de vie commune. L'adaptation à ce changement constitue une épreuve complexe pour la personne âgée dépendante.

D. La dépendance

La dépendance c'est « *le fait d'avoir besoin d'aide pour réaliser des activités de la vie de tous les jours d'une manière satisfaisante.* » (Meyer, 2013, p.14). La dépendance est en lien étroit avec diverses situations de handicap et restriction de participation.

En France, la principale prestation destinée aux personnes âgées qui sont en perte d'autonomie, dans leurs occupations significatives est l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Le suivi des données statistiques de l'APA permet de cerner le contexte concernant la dépendance en France. Dans les institutions, en 2016, les personnes âgées de 85 ans et plus représentent 70,3 % des bénéficiaires de l'APA, selon l'INSEE (2019). Cette aide financière est reversée aux personnes dont le niveau de dépendance est catégorisé entre le Groupe Iso-Ressources (GIR) 1 et 4 [Annexe III] lors d'une évaluation avec la grille nationale AGGIR. L'évaluation AGGIR permet de cibler les besoins de la personne, en termes d'aides financières et humaines, pour réaliser les activités de vie quotidienne. Le GIR 1 correspond au niveau le plus élevé de perte d'autonomie, c'est-à-dire les « *personnes ayant perdu toute autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale imposant une présence indispensable et continue d'intervenants* » (Coutton, 2001, p.121) tandis que le GIR 6 est le plus faible, « *personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie courante* » (Coutton, 2001, p.122). La grille AGGIR se base sur l'analyse de « *10 activités corporelles et mentales, dites activités discriminantes* » (Direction de l'information légale et administrative & Caisse Nationale de Solidarité

pour l'Autonomie, 2018). Ces activités correspondent aux soins personnels, à la mobilité fonctionnelle et à « 7 activités domestiques et sociales, dites activités illustratives » qui sont des activités complexes de la vie quotidienne, comme l'observance médicamenteuse. Les « activités discriminantes » déterminent le GIR et les « activités illustratives » permettent de cibler les besoins d'aide face aux difficultés du quotidien.

De plus, « la proportion de personnes âgées très dépendantes (classées en GIR 1 et 2), qui nécessitent un accompagnement médical plus conséquent, s'accroît tendanciellement au sein de la population hébergée en institutions. » (INSEE, 2019) ce qui démontre qu'il est nécessaire de faire évoluer les structures et les pratiques pour un accompagnement plus adapté à la personne. Ceci est à corréluer avec l'augmentation des besoins des personnes âgées dépendantes et de leur espérance de vie.

Néanmoins, la validité de la grille AGGIR date de 1994. Elle est aujourd'hui très discutée concernant sa précision dans l'évaluation de la dépendance, bien qu'elle soit obligatoire avec la validation PATHOS (Comité scientifique des référentiels & AGGIR et PATHOS, 2012). Le modèle « PATHOS » est focalisé sur l'état clinique de la personne. Il semble peu adapté pour évaluer le niveau de dépendance de la personne et l'impact sur les occupations significatives. C'est un outil de tarification. Alors quelles autres alternatives avons-nous ?

Le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) est un outil québécois qui reste peu implanté en France. Il permet d'évaluer l'autonomie des usagers tout en favorisant la coordination entre les structures médico-sociales.

Par ailleurs, divers outils d'évaluation de la dépendance existent en France. Les enjeux sociaux actuels, concernant les besoins des personnes âgées, nécessitent une homogénéisation des pratiques d'évaluation. Quel groupe de professionnels pourrait davantage intervenir dans l'évaluation de la dépendance ? Une ouverture sur l'analyse interprofessionnelle, dont celle de l'ergothérapeute, permettrait de proposer des solutions personnalisées et adaptées, comme lors du repas.

3. Le repas

A. Définition du repas

Le repas est une occupation vitale. Il permet de répondre à des besoins physiologiques, manger et boire. « L. Moulin, l'un des fondateurs de la sociologie de l'alimentation aimait rappeler que « nous mangeons 100 000 fois environ au cours de notre vie. Nous engloutissons ainsi plus de 5 000 quintaux de nourriture. Nous buvons plus souvent encore. Et nous consacrons à ces activités de 40 000 à 60 000 heures de notre existence ». C'est dire l'importance de cette action biologique qui prend aussi,

dès les premières secondes de notre existence jusqu'à notre dernier souffle, une dimension sociale et symbolique » (Ferry & Mischlich, 2012, p.335), il est essentiel pour la qualité de vie et le bien-être de la personne (Meyer, 2013, p.50-60) et il fait partie de nos habitudes de vie. L'alimentation⁶ est un « soin » (Ferry, 2010, p.129).

Sur le plan sociologique et anthropologique, le repas ne se limite pas à s'alimenter pour estomper la faim. « Outre leur fonction vitale, les repas rythment les journées et contribuent à satisfaire notre besoin de vie sociale. Ils se caractérisent aussi par la nécessité de partager des temps, des mots et des mets familiers. » (Rio et al., 2011, p.15) c'est-à-dire qu'il permet aussi d'entretenir le lien social. Il est lié à divers aspects culturels et religieux qui peuvent être signifiants pour la personne.

De plus, le repas est directement en lien avec le plaisir. « Il est fondamental qu'il permette la réalisation d'un désir difficile à cerner mais toujours présent, qu'il soit synonyme de plaisir – du goût, de l'odorat, de la vue – et invite le sujet à la socialisation. » (Ferry & Mischlich, 2012, p. 349), manger ne se définit pas uniquement comme un besoin fondamental, comme décrit dans la pyramide de Maslow. Le repas a une influence sur les émotions, le développement psycho-social et sur l'autonomie de la personne âgée. Le repas fait intervenir le relationnel via la communication.

En outre, divers facteurs environnementaux peuvent stimuler le résident lors du repas comme le décor de la salle à manger, les personnes à table, la présentation du repas et de la table, etc. Ils jouent un rôle sur l'ingestion alimentaire des personnes âgées et sur son plaisir. (Hotaling, 1990, p.78). Ainsi, le plaisir est aussi un moteur de stimulation psychique et émotionnel.

Le repas nourrit le corps et l'esprit. Il influence plusieurs domaines de la santé, qui se définit d'ailleurs comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité. » selon la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adoptée en 1948. Cependant, quelle place a le repas dans les recommandations gouvernementales ?

B. Les objectifs gouvernementaux

Le concept social et politique de santé publique vise « à améliorer la santé, à prolonger la vie et à donner une meilleure qualité de vie à des populations entières, par la promotion de la santé, la prévention de la maladie et d'autres types d'intervention sanitaire.» selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1988). Le gouvernement agit et est responsable, tant au niveau individuel que

⁶ Définition dans le lexique

collectif, depuis la loi du 9 Août 2004. Il cible les populations vulnérables exposées à des risques. Or, en France, le nombre de personnes âgées dépendantes en institution s'accroît (INSEE, 2019).

Des mesures pour le « *bien-vieillir* », comme le plan Solidarité Grand Âge et le plan des Maladies Neuro-Dégénératives (MND) (2014-2019) tentent de limiter la dépendance des personnes âgées. Néanmoins, ils ne prennent pas en compte les troubles associés aux pathologies gériatriques tels que la dysphagie. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) soulignent pourtant diverses répercussions liées à la dysphagie sur le repas des personnes âgées dépendantes, en EHPAD. Alors, dans quelles mesures les recommandations en santé publique permettent-elles d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, qui ont une dysphagie, en EHPAD ?

Selon la loi pour l'adaptation de la société au vieillissement, l'avancée en âge n'est pas synonyme de dépendance. Cette loi se fonde sur 3 piliers fondamentaux, « *l'anticipation de la perte d'autonomie ; l'adaptation de la société; l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.* » (Schmitt & Chenu, 2016, p.25) ce qui démontre que le gouvernement a la volonté de proposer des actions de préventions et des accompagnements pour le « *bien-vieillir* » et la bientraitance, selon le Plan Grand âge et autonomie de 2018.

En outre, le repas articule plaisir, alimentation et recommandations de santé publique, ce qui diminue le risque de mortalité (Rio et al., 2011). Le Plan National Nutrition Santé (PNNS), de 2006, dont découlent le « *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé* », le « *Guide nutrition à partir de 55 ans* », le « *Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* » et le Programme National pour l'Alimentation (PNA) constituent des rapports précieux pour agir et comprendre l'importance des besoins nutritionnels chez les personnes âgées. Ces actions politiques de prévention universelle⁷ favorisent l'éducation, l'information et l'orientation de la population. Elles utilisent des repères et des conseils concernant l'alimentation, tout en incluant les établissements de santé et médico-sociaux, qui améliorent leurs menus et l'environnement du repas. « *La nutrition est le facteur accessible, à la fois pour minimiser les risques de pertes fonctionnelles liées à l'avance en âge, mais aussi pour optimiser l'état de santé des sujets âgés, c'est-à-dire augmenter leur espérance de vie sans handicap.* » (Ferry, 2010, p.131), ainsi, favoriser le vieillissement réussi est une priorité pour le gouvernement. Cependant, l'analyse du lien entre la nutrition, la dimension psycho-sociale et la santé comme définit par l'OMS (1948) n'a pas été développée. L'équipe doit pourtant fournir un accompagnement de qualité, pour la personne âgée dépendante qui a une dysphagie.

⁷ Définition dans le lexique

De ce fait, l'homogénéisation des pratiques professionnelles favorise la bientraitance en EHPAD, mais elles restent dans une optique pluridisciplinaire. Pourtant, l'enjeu 4 du dernier plan des MND⁸ affirme que l'interprofessionnalité est une solution thérapeutique. Par exemple, en EHPAD, les professionnels associent convivialité, alimentation, plaisir, interactions sociales et autonomie du résident dépendant, ayant une dysphagie, lors du repas, grâce à l'application des recommandations des volets 2 et 3, des rapports *Qualité de vie en Ehpap*, de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Ils veillent aussi à l'apport nutritionnel, en lien avec le PNNS. L'analyse socio-environnementale, qui correspond à « *la valorisation de la convivialité, du plaisir ou du partage, encourageant à un travail sur la qualité des mets, des lieux de prise des repas ou la formation des personnels.* » (Ferry & Mischlich, 2012, p.10), a une importance majeure en EHPAD où la problématique de la dénutrition protéino-énergétique. Celle-ci engendre une perte d'autonomie et fragilise la personne âgée, qui peut également avoir une dysphagie. Les professionnels de santé ont un rôle crucial dans la prévention et l'information du résident et des aidants, selon la charte des droits et des libertés de la personne âgée, en situation de handicap ou de dépendance et selon le parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

Ainsi, les recommandations en santé publique doivent aller vers la coopération interprofessionnelle pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes qui présentent une dysphagie, en EHPAD. Cependant, quelles sont les solutions thérapeutiques concrètes ?

C. Le repas en EHPAD : quelles solutions thérapeutiques ?

a) Pratiques professionnelles lors du repas en EHPAD et place du résident

Le repas est un « *Élément essentiel de l'expression collective inséré dans le projet de l'établissement, le repas est à la fois un choix collectif et individuel.* » (Ferry & Mischlich, 2012, p.340) qui implique une coopération interprofessionnelle autour d'un plan d'action commun favorisant la prévention, pour tous les professionnels de l'EHPAD. Or, la vie en collectivité modifie les habitudes et les comportements alimentaires des personnes âgées, en institution, où le rythme est imposé.

Le repas doit rester un plaisir malgré la situation de handicap et les troubles associés comme la dysphagie chez la personne âgée dépendante en EHPAD. L'équipe doit être vigilante au port des appareillages tels que les lunettes, les appareils auditifs et le dentier pour maintenir l'autonomie des résidents à table.

⁸ L'enjeu 4 du plan des MND se nomme « *Adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades* »

« *Le temps du repas, est également un lieu d'expression des insatisfactions. Derrière la question purement diététique se cache la dimension psycho-affective de ce que l'individu mange et, peut-être aussi, de son rapport à l'institution. Les goûts et les dégoûts sont intimement liés au principe de plaisir et de déplaisir.* » (Cottet, Marion, & Dreyer, 2010, p.209), ceci montre que le repas a une influence sur les émotions et le développement psycho-social (Hotaling, 1990), c'est pourquoi les objectifs interprofessionnels doivent porter sur l'adaptation du repas à chaque personne âgée dépendante. La personne âgée doit pouvoir manger à son rythme et les professionnels doivent « *respecter la capacité à « faire seul* » » (Rio et al., 2011, p.25), même en cas de dysphagie.

En effet, les professionnels de santé ont un rôle dans la prévention, notamment au niveau du suivi qualitatif et quantitatif de la nourriture et des boissons consommées, lors des repas, par le résident (Tannou & Carmary, 2017). Cela permet de mieux ajuster le repas en fonction des capacités du résident, de faciliter l'action de surveillance des soignants notamment en ce qui concerne l'adaptation de la texture, tout en minimisant le risque de dénutrition.

Néanmoins, ce constat reste à nuancer. « *C'est là toute l'ambivalence du partage du repas comme règle quotidienne : celui-ci est aujourd'hui identifié dans les textes de santé publique, dans la littérature professionnelle à la fois comme un dispositif-clé de la bientraitance de la personne âgée et comme moment de soin et de convivialité en EHPAD.* » (Guérin, 2016), c'est-à-dire que l'analyse d'une fiche de poste standard, pour des soignants en EHPAD, comporte diverses missions telles qu'aider le résident à prendre son repas. Le soignant fusionne le relationnel, l'alimentation et la surveillance des risques, dans un temps limité, de manière quotidienne. Cadence et bientraitance sont étroitement liées mais l'application d'un fractionnement du repas semble complexe pour les personnes qui ne peuvent avoir des apports nutritionnels suffisants en un repas.

Qu'il soit aide-soignant ou ASH, que doit faire le professionnel lorsque le résident refuse de manger ? Cette situation peut être vécue comme un échec pour les soignants et comme un acte symbolique pour le résident. En effet, le résident peut utiliser l'opposition comme moyen d'expression non verbal (Floquet, 2013). La coopération interdisciplinaire permet de trouver un consensus d'équipe. Un des fondements pour les soignants est l'adaptabilité c'est-à-dire « *adopter l'attitude la plus adaptée à la personnalité de la personne concernée.* » (Floquet, 2013, p.4).

De plus, le principe de « passer le relais » en cas de refus alimentaire constitue une solution thérapeutique mais quelles autres solutions se présentent aux soignants ? Le refus lié à la perte d'autonomie concernant l'alimentation des personnes âgées dépendantes présentant une dysphagie est une situation complexe pour les soignants qui les accompagnent, lors du repas. Or, « *respecter la liberté de choix est un préalable indispensable à l'accompagnement que peut offrir une institution.* » (Geng & Cornet, 2015, p.30) c'est-à-dire que le soignant doit respecter le droit de refus de la personne selon l'Article L1111-4 du Code de la santé publique (2016), l'Article 36 du Code de déontologie

médicale (2004) et la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (Fondation Nationale de Gérontologie, 2007). La priorité est donnée au choix de vie de la personne. Ainsi, l'équipe doit favoriser la participation dans les habitudes de vie, sans recours au harcèlement thérapeutique, qui est synonyme d'excès de maintien de l'autonomie (Méchin, 2016).

En effet, « *Le refus doit toujours et d'abord être considéré comme un acte de liberté individuelle : la personne est sujet et non objet de soins* » (Société Française de Gériatrie et Gérontologie, 2015), c'est pourquoi l'équipe doit rechercher la cause, la signification et faire preuve de coopération interprofessionnelle. Pour répondre à cette situation problématique, un acte d'information doit être réalisé par l'équipe afin que le résident comprenne les conséquences du refus de soins (Moutel, 2007). Le résident doit conserver une « *position de décideur* » (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2012, p. 46).

Solutions thérapeutiques pour le résident dépendant qui présente une dysphagie

« *La méthodologie d'intervention de l'ergothérapeute vise donc à rechercher la meilleure adéquation entre les choix de la personne âgée, ses possibilités et les contraintes environnementales.* » notamment lors du repas en EHPAD (Ferry & Mischlich, 2012, p191). L'ergothérapeute doit faire preuve d'écoute active pour comprendre les besoins du résident. Il peut intervenir afin de favoriser le plaisir et l'autonomie du résident dépendant ayant une dysphagie. Tout en restant en cohérence avec les recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM), *Qualité de vie en Ehpads (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* de 2011 et *Qualité de vie en Ehpads (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpads* de 2012, il favorise la convivialité et le plaisir lors du repas tout en facilitant l'action des soignants, grâce à l'adaptation de l'environnement.

D'autre part, l'ensemble de l'équipe doit être formée pour agir auprès des personnes ayant une dysphagie mais aussi dans le but de former leurs aidants. Diverses solutions thérapeutiques existent telles qu'adapter le positionnement du résident et/ou celui du soignant; connaître les contre-indications pour les différents types de texture proposés ; connaître les techniques, les liquides et les températures qui facilitent la déglutition et savoir utiliser et faire utiliser les aides techniques pour le repas comme les couverts adaptés, le rebord d'assiette, le verre à encoche nasale, l'antidérapant, etc (Desport et al., 2011, p. 251). Ces solutions thérapeutiques sont autant de bonnes pratiques pour des soignants formés qui contribuent à faire du repas un moment de plaisir (Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, & Société Française de Gériatrie et Gérontologie, 2007).

Concernant le positionnement pour le résident, la flexion antérieure du cou avec le menton vers la poitrine est à privilégier. Si la personne âgée ayant une dysphagie a besoin de l'aide d'un soignant

pour prendre son repas, le soignant doit se placer à la même hauteur que le résident pour éviter qu'il lève le menton [Annexe II]. Il est conseillé d'« éviter de toucher les dents pour que le patient ne morde pas la cuillère », de donner des petites portions, de « placer la nourriture au milieu de la bouche du patient sur le tiers avant de la langue, et de pousser la langue vers le bas » pour solliciter le réflexe de déglutition et vérifier que la vidange buccale est complète après chaque cuillère (Desport et al., 2011, p.251-252).

Enfin, l'ergothérapeute peut intervenir sur l'aménagement de l'environnement. Le repas en petit groupe et l'utilisation d'un mobilier réglable en hauteur, pour s'adapter à chacun, est à privilégier. L'espace entre chaque résident doit être suffisant. Le résident doit avoir les pieds au sol ou sur un support pour manger (Hotaling, 1990, p.80). Tout ceci favorise la convivialité. Limiter les distracteurs pour une ambiance communautaire peut participer à favoriser la déglutition des personnes âgées.

Cependant, au-delà de l'intervention autour du repas, quel est le rôle de l'ergothérapeute au sein d'un EHPAD ?

4. L'accompagnement par l'ergothérapeute en EHPAD

A. Qu'est-ce-qu'un ergothérapeute ?

En France, la DREES a recensé 11 971 ergothérapeutes au 1^{er} Janvier 2018 dont 87 % de femmes. Concernant la densité, il y a 17,9 ergothérapeutes pour 100 000 habitants.

L'ergothérapeute intervient auprès de personnes de tous les âges. Il exerce en tant que salarié ou en libéral. Les domaines d'exercice sont la santé mentale, les soins de suite et rééducation, les lieux de vie, la réadaptation, la réinsertion socioprofessionnelle, etc. Les séances d'ergothérapie ne sont actuellement pas remboursées par la Sécurité Sociale. Néanmoins, elles sont soumises à une prescription médicale et peuvent faire l'objet de financement par des aides ou des allocations (Assemblée Nationale, 2018, p.3).

L'ergothérapeute est un professionnel qui fait le lien entre la personne, son environnement et ses occupations, grâce aux activités signifiantes qui participent au bien-être de la personne. Une activité est signifiante lorsqu'elle a un sens pour la personne ; elle est significative lorsqu'elle a un sens pour l'environnement social (Leontiev, cité par Rochex, 1995). L'ergothérapeute crée une relation thérapeutique avec la personne pour obtenir son engagement. Lorsque la personne est en situation de handicap, l'ergothérapeute « prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute [...] est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. »

(Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), 2017) ce qui contribue à améliorer sa qualité de vie. L'ergothérapeute favorise la participation sociale. Il se focalise sur les habitudes de vie de la personne telles que les soins personnels, les loisirs, les déplacements, la communication, le travail, l'éducation, etc.

L'ergothérapeute est amené à réaliser des entretiens et des évaluations diverses avec la personne afin de cibler ses incapacités, ses obstacles, ses déficiences, les facteurs de risques et les situations de handicap dans le but de mettre en œuvre un projet d'intervention personnalisé. Il sollicite les capacités motrices, sensorielles, psychiques, cognitives et sociales. « *Il préconise les aides techniques et les assistances technologiques, les aides humaines, les aides animalières et les modifications matérielles.* » (ANFE, 2017) ce qui constitue des facilitateurs pour la vie quotidienne de la personne.

Enfin, l'ergothérapeute a des compétences liées à la santé publique car il « *participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie.* » (ANFE, 2017).

Les différents champs d'intervention et les compétences de l'ergothérapeute sont respectivement détaillés dans l'Annexe I et l'Annexe II de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

B. Missions de l'ergothérapeute en EHPAD

En EHPAD, l'ergothérapeute a pour mission de maintenir l'autonomie et l'indépendance du résident. Dans un souci de confort et de sécurité, l'ergothérapeute tente de « *Renforcer, stimuler la participation aux activités de la vie quotidienne* » selon la fiche de poste du métier d'ergothérapeute de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG) (2011). Il peut réaliser des évaluations pour connaître les capacités du résident. Il fait preuve d'écoute active pour cerner les besoins signifiants des résidents. Il veille à l'intégration des résidents au sein de l'EHPAD. Il réalise des actions de prévention, des préconisations d'aides techniques et des mises en situation pour que la personne apprenne à les utiliser, notamment pour les repas (Allepaerts et al., 2008, p.720). Il est en étroite collaboration avec l'équipe interprofessionnelle et peut réaliser des actes de formation. Enfin, il propose des activités signifiantes qui sollicitent les capacités physiques, cognitives, psycho-sociales et émotionnelles des résidents.

Concernant la réadaptation, lors du repas, le rôle de l'ergothérapeute n'est pas défini sur les textes gouvernementaux. Néanmoins, en EHPAD, l'ergothérapeute peut collaborer avec l'orthophoniste pour l'adaptation des textures des repas des résidents qui présentent une dysphagie. L'expertise

ergothérapique permet d'adapter l'environnement du repas et de préconiser des aides-techniques. Elle est liée à l'éducation thérapeutique du résident dépendant qui présente une dysphagie, de ses aidants et du personnel (Puisieux et al., 2009).

En effet, l'ergothérapeute peut former l'équipe à prévenir les fausses routes en permettant aux divers soignants d'utiliser des aides techniques et de faire des mises en situation pour appliquer les conseils concernant le positionnement aussi bien celui du professionnel que celui du résident (Desport et al., 2011, pp.251-252). L'ergothérapeute favorise ainsi la participation sociale du résident.

C. Participation sociale et MDH-PPH2 de P.Fougeyrollas

a) Définition de la participation sociale

La participation sociale est un concept ergothérapique qui illustre « *L'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées.* » (Meyer, 2013, p.170). La participation, c'est aussi « *l'ensemble des activités réalisées dans les environnements sociaux fréquentés par la personne et comportant des interactions avec les acteurs propres à chacun de ces environnements. Ces activités sont favorables à l'expression du pouvoir personnel de la personne et peuvent s'inscrire dans une perspective d'autonomisation (empowerment) communautaire* » (Dubois et al., 2017, p.28 ; Ninacs, 2002, cité par Tremblay et Tellier, 2006) c'est-à-dire que l'effort réalisé pour l'occupation concerne aussi bien la personne et ses capacités que son action qui va fournir un résultat.

L'évaluation de la participation sociale revient au résident car elle est en lien direct avec l'investissement personnel de l'individu dans ses habitudes de vie et avec sa satisfaction. La participation sociale est « *la pleine réalisation des habitudes de vie* » (Meyer, 2013, p.168) du résident dans son environnement (Dubois et al., 2017, p.17). Elle concerne les rôles sociaux et les activités courantes telles que la nutrition, les soins personnels, la communication, les loisirs, les déplacements, le travail, l'éducation, etc. Alors, comment faire le lien entre la participation sociale et la pratique professionnelle interprofessionnelle ?

b) Le MDH-PPH2, modèle conceptuel de P. Fougeyrollas

La participation sociale est un des fondements du Modèle de Développement Humain et Processus du Handicap (MDH-PPH 2) de P. Fougeyrollas dans sa version de 2010 [Annexe IV]. Le MDH-PPH 2 est un modèle social du handicap c'est-à-dire que le « *MDH-PPH est un modèle qui ne place pas la responsabilité du handicap sur la personne.* » (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2019b). Son approche interactionniste permet de retracer le lien entre les

facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie de la personne, à différents instants du flux temporel, ce qui engendre des situations de participation sociale ou des situations de handicap. Cette interaction est évolutive dans le temps. J'ai choisi ce modèle car il est centré sur la personne. Il favorise l'interprofessionnalité au sein de l'équipe car c'est un modèle général interprofessionnel et non ergothérapique (Morel-Bracq, 2017). Il permet un partage des concepts entre les différents professionnels, ce qui renforce la coopération.

Ce modèle a été valorisé grâce à l'intégration de sa vision dans l'élaboration de la définition de la « *personne handicapée* »⁹ dans la convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU (2006).

Enfin, le MDH-PPH2 permet une analyse des problématiques de santé publique actuelles, en France, concernant les personnes âgées dépendantes. Il permet d'aborder des thèmes comme l'accompagnement au repas des personnes âgées dépendantes qui ont une dysphagie, en équipe.

Pour conclure, ces réflexions et les connaissances amenées par le cadre théorique me questionnent. Quel est le lien entre l'intervention de l'ergothérapeute et le développement de la participation sociale du résident dépendant qui présente une dysphagie, lors du repas en EHPAD ? Quelles sont les solutions thérapeutiques les plus utilisées sur le terrain ?

Suite aux diverses recherches bibliographiques qui m'ont permis d'établir ce cadre conceptuel, j'émet l'hypothèse que **l'adaptation du positionnement et des facteurs environnementaux de la personne âgée dépendante présentant une dysphagie favorisent sa participation sociale, lors de la prise du repas en EHPAD.**

Pour vérifier la véracité de cette hypothèse, une enquête auprès de personnes âgées dépendantes qui ont une dysphagie et de leurs ergothérapeutes sur la thématique du repas en EHPAD semble pertinente.

⁹ Définition dans le lexique

II. Cadre expérimental

Suite aux recherches présentées dans le cadre conceptuel, je m'intéresse maintenant à la pratique du terrain via l'enquête, pour pouvoir vérifier l'hypothèse. L'enquête est réalisée sur des personnes mais le but n'est pas de démontrer des éléments biologiques ou médicaux. De ce fait, l'enquête est hors Loi Jardé, selon le décret de mai 2017 car elle ne modifie aucunement l'accompagnement de la personne (Pouplin, Chavoix, & Chaillot, 2018).

1. Objectifs de l'enquête

J'ai choisi de comparer le point de vue des résidents dépendants qui ont une dysphagie, en EHPAD, à celui des ergothérapeutes qui les accompagnent quotidiennement. Je souhaite réaliser l'enquête durant 6 semaines. Je diffuse le questionnaire pendant 4 semaines avec au moins une relance. Je me laisse 6 semaines pour réaliser les entretiens semi-directifs.

Concernant le point de vue des ergothérapeutes, il y a plusieurs objectifs.

- Le premier est d'analyser l'apport de l'adaptation du positionnement et des facteurs environnementaux, par l'ergothérapeute, dans le développement de la participation sociale de la personne âgée dépendante présentant une dysphagie, lors du repas en EHPAD.
- Le second est de collecter les solutions thérapeutiques menées autour du repas pour la personne âgée dépendante présentant une dysphagie.
- Enfin le dernier est d'analyser le lien établi par les ergothérapeutes, entre la participation sociale et la satisfaction du résident présentant une dysphagie, lors du repas en EHPAD.
 - Les critères d'évaluations sont qualitatifs et quantitatifs. Je m'intéresse à la catégorisation du champ lexical se rapportant au positionnement, aux facteurs environnementaux et à la participation sociale du résident dépendant, qui a une dysphagie.

Concernant le point de vue des résidents, il y a plusieurs objectifs.

- Le premier est d'identifier l'impact de l'adaptation du positionnement et des facteurs environnementaux, par l'ergothérapeute, pour la participation et la satisfaction des personnes âgées dépendantes, ayant une dysphagie, lors du repas, en EHPAD.
- Le second est d'évaluer l'intégration des préconisations de l'ergothérapeute, par le résident, dans son quotidien, lors du repas.
- Le troisième est d'évaluer l'apport de l'accompagnement ergothérapeutique dans la satisfaction du résident dépendant présentant une dysphagie, lors de la prise du repas en EHPAD.

- Les critères d'évaluations sont qualitatifs et reposent sur l'analyse du vocabulaire en lien avec les facteurs environnementaux et le positionnement, lors du repas en EHPAD. L'évaluation de satisfaction se fera via une échelle numérique [Annexe V] pour chaque résident car la satisfaction et la participation sociale sont étroitement liées.

2. Population

Mon cadre théorique cible la santé publique et le domaine législatif français donc j'interrogerai uniquement des personnes en France.

- D'une part, je cible les ergothérapeutes Diplômés d'Etat qui pratiquent en EHPAD, depuis au moins 2 mois. Ils auront du recul sur leurs interventions ; notamment celles qui portent sur l'adaptation du positionnement et des facteurs environnementaux, lors du repas de la personne âgée dépendante qui a une dysphagie.
 - Pour constituer cet échantillon, suite à la pré-enquête et à des recherches sur des sites fiables, j'ai contacté des EHPAD, où j'ai connaissance que les ergothérapeutes correspondent à la population cible. J'ai échangé via les réseaux sociaux, par téléphone et par mail tout en me renseignant auprès de l'ANFE.
 - J'espère avoir au moins 15 réponses d'ergothérapeutes de la population cible au vue des pistes trouvées lors de la pré-enquête.
- D'autre part, je m'intéresse aux personnes âgées dépendantes, de 60 ans et plus, présentant une dysphagie et accompagnées par l'ergothérapeute de leur EHPAD, en Ile de France. Le résident doit avoir bénéficié d'une proposition d'adaptation(s) pour le repas. Pour comprendre la personne, tout en limitant les biais, je n'interrogerai pas les personnes qui ont une aphasie et/ou des troubles auditifs majeurs et/ou une démence. Les résidents qui ne sont pas en mesure de comprendre ni de s'exprimer en français ne sont pas inclus dans l'enquête. Il en est de même pour les personnes sous tutelle ou sous curatelle.
 - Pour constituer l'échantillon, je contacterai, par téléphone et par mail, des ergothérapeutes d'EHPAD, intervenant autour du repas, auprès de cette population. La pré-enquête et le questionnaire m'aideront à obtenir des pistes de contacts.
 - J'espère pouvoir m'entretenir avec 3 résidents de la population cible. Je souhaite confronter les points de vue tout en ayant le temps d'analyser l'ensemble de mes 2 outils. Enfin, j'ai eu peu de pistes pour l'entretien avec ma pré-enquête.

3. Outils

Tout d'abord, j'ai diffusé un questionnaire pour les ergothérapeutes en EHPAD, par Internet, début mars. L'administration directe permet aux enquêtés de le remplir seul. Cet outil « *vise la vérification d'hypothèses théoriques et l'examen de corrélations que ces hypothèses suggèrent.* » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011, p.167) et il permet une analyse quantitative et une catégorisation des informations, qui fait émerger des liens entre des caractéristiques décelées (Paugam, 2012, p.93). Le questionnaire sera peu significatif car c'est un échantillon caractéristique mais non représentatif. Les contraintes résident dans les questions qui induisent un type de réponse ou qui modifient les situations vécues. L'effet de suggestion doit être limité (Paugam, 2012). Les questions sont ouvertes et fermées pour favoriser l'« *objectivation de la réalité sociale* » (de Singly, 2011, p.37) et la liberté des représentations des enquêtés.

Pour débiter, je recueille l'accord de la personne pour participer à l'enquête, en présentant le cadre général du questionnaire et en soulignant l'anonymisation et la confidentialité des données. Le questionnaire comporte 19 questions qui sont réparties en 6 thèmes [Annexe VI]. Le questionnaire a été réalisé sur Google Forms. Il s'intéresse d'abord aux données socio-démographiques des ergothérapeutes de la population cible et à leur expérience en EHPAD. La constitution du profil des ergothérapeutes permet d'exclure les participants qui ne répondent pas à l'ensemble des critères d'inclusion. Par la suite, je cherche à savoir si les ergothérapeutes ont déjà réalisé des interventions lors du repas, en EHPAD. D'autre part, la thématique accompagnement de la personne âgée dépendante qui a une dysphagie, lors du repas en EHPAD, recueille des retours d'expérience sur les interventions et les solutions thérapeutiques apportées pour les résidents de la population cible. Une catégorisation des réponses permet de faire le lien avec l'hypothèse. En outre, une autre thématique interroge les ergothérapeutes sur l'évaluation et l'impact de la participation sociale en lien avec leur intervention. Ainsi, une analyse de la satisfaction du résident en découle. Enfin, la dernière thématique donne la possibilité aux ergothérapeutes de laisser un avis et d'élargir mes pistes de contacts.

Par ailleurs, je réaliserai 3 entretiens semi-directifs, en individuel, auprès de résidents dépendants, qui ont une dysphagie. Il s'agit de cibler les bénéfices et les obstacles, en lien avec les facteurs environnementaux et l'adaptation du positionnement, impactant directement la satisfaction de la personne. En proposant des questions ouvertes et précises, les résidents développeront leurs réponses avec plus de liberté que d'autres outils d'enquête. L'entretien permet d'élaborer des questions, en lien étroit avec le cadre conceptuel mais adaptées à la personne que l'on interroge. L'emploi de termes courants facilite la compréhension des résidents. « *Il ne s'agissait donc pas d'exploiter le guide d'entretien de manière linéaire, mais plutôt de l'utiliser comme un outil de repérage des thèmes abordés systématiquement lors des entrevues* » (Imbert, 2010, p.29), cette

flexibilité selon les réponses du résident permet de recueillir la réalité perçue par la personne, tout en gardant un fil directeur. « *Les résultats du travail qualitatif apportent ainsi de nouveaux éclairages qui permettent d'interpréter et de compléter les données statistiques.* » (Paugam, 2012, p.218), c'est-à-dire que les réponses obtenues sont détaillées et subjectives (Tétreault, Guillez, Izard, Morel-Bracq, & ANFE, 2014) et ne permettent pas un bilan généralisé. Cependant, l'entretien s'intéresse à la communication non verbale, au lexique et au silence tout en permettant l'ajustement de la relation. Ceci limite l'asymétrie et évite l'interprétation (Paugam, 2012, pp.133-136) grâce à l'écoute active, l'empathie, le respect, la reformulation, l'écho et les interrogations modales et référentielles.

Au début de l'entretien semi-directif, l'exposition du cadre de l'entretien, notamment l'anonymisation et la confidentialité des données, permet de recueillir l'accord de la personne pour participer à l'enquête. L'entretien comporte 29 questions qui sont réparties en 6 thèmes [Annexe VII]. Tout d'abord, la première thématique concerne l'établissement du profil du résident. La thématique qui aborde l'appréciation de la personne sur sa vie dans l'EHPAD permet de comprendre le vécu du résident notamment sa vision de l'accompagnement des professionnels et du repas en EHPAD. Le résident peut, par la suite, présenter ses connaissances sur la dysphagie afin que je comprenne les liens qu'il fait avec ses difficultés lors de la prise du repas. En outre, la thématique concernant le ressenti du résident permet d'exposer les bénéfices et les obstacles des adaptations proposées par l'ergothérapeute tout en précisant l'impact dans leur quotidien. Il peut ainsi faire le lien avec sa participation lors du repas. Ceci permet de comprendre l'intégration de l'adaptation dans leur quotidien. Le résident peut aussi exposer sa vision de sa participation et sa satisfaction concernant le repas et les adaptations, suite à l'accompagnement en ergothérapie. Enfin, le résident peut donner son avis et fournir des informations complémentaires.

Les outils d'enquête ont été testés auprès de ma maitre de mémoire et d'un ergothérapeute de la population cible.

4. Résultats de l'enquête et analyse

A. Le questionnaire

Le questionnaire a été diffusé auprès d'un échantillon de 108 EHPAD qui regroupent chacun au moins un ergothérapeute et j'ai reçu 39 réponses dont 38 exploitables, en 4 semaines avec 2 relances espacées d'une semaine et demie. Un participant a répondu « *Non* » à l'un des critères d'inclusion et le questionnaire a pris fin. J'ai obtenu plus de réponses via les sollicitations par mail.

a) Le profil des répondants

Sur un échantillon de 38 participants, 92,1 % des ergothérapeutes qui ont répondu au questionnaire sont majoritairement des femmes et 7,9 % sont des hommes. La moyenne d'âge est de 36 ans avec un écart type de plus ou moins 11 ans. Ils ont de 23 à 60 ans. L'ensemble des participants exercent en EHPAD sur le territoire français étant donné qu'il s'agissait de critères d'inclusion pour l'enquête. Un participant vient d'intégrer son poste.

D'autre part, je me suis intéressée aux dates d'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.

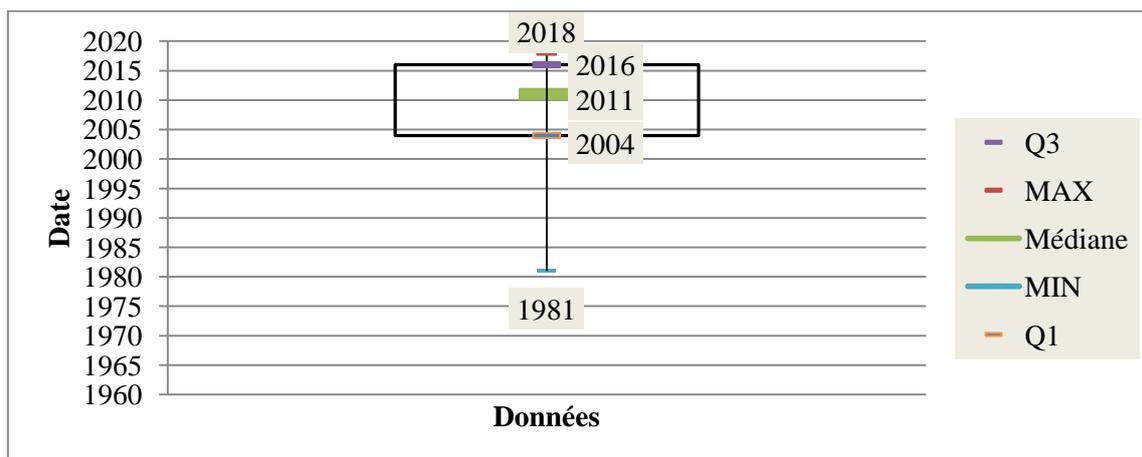


Figure 1 : Résultats des dates d'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

L'ergothérapeute le plus jeune a obtenu son diplôme en 2018 et le plus âgé, en 1981. 75 % de l'échantillon a obtenu son diplôme après 2004 ; plus précisément, 25 % entre 2004 et 2011, 25 % entre 2011 et 2016 et 25 % entre 2016 et 2018. Qu'en est-il de l'expérience de ces professionnels ?

b) L'expérience en EHPAD

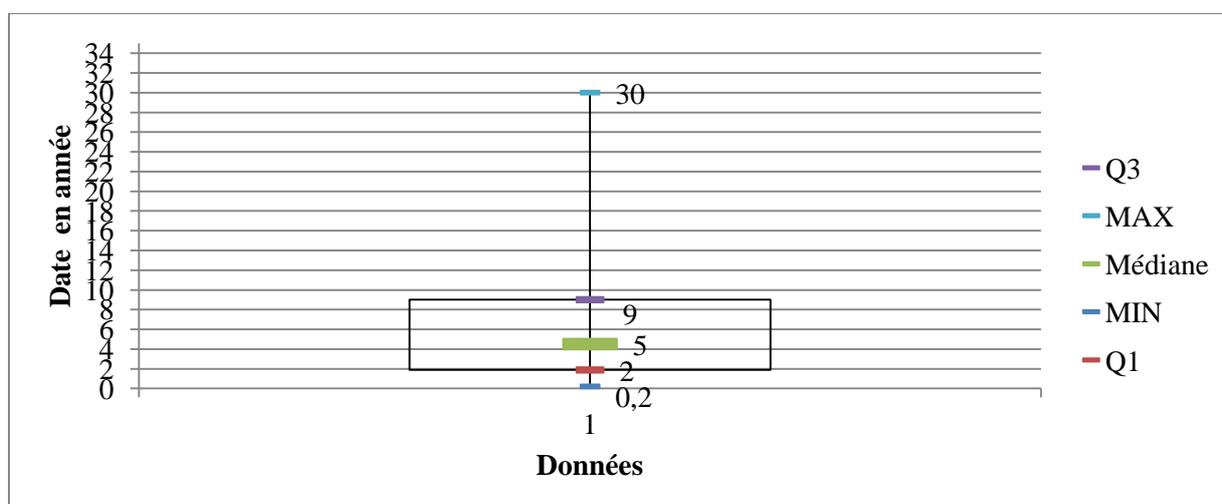


Figure 2 : Résultats de la durée d'expérience en EHPAD

Je me suis concentrée sur l'expérience en EHPAD de la population cible. Parmi les données, il n'y a que 35 réponses exploitables sur les 38.

L'ergothérapeute qui a le moins d'expérience exerce depuis 2 mois en EHPAD tandis que celui qui a la plus d'expérience exerce depuis 30 ans. Or, 25 % des ergothérapeutes de la population cible ont entre 2 mois et 2 ans d'expérience. 25 % ont entre 2 ans et 5 ans d'expérience et enfin 25 % ont entre 5 ans et 9 ans. En conclusion, 75% de cet échantillon a, au plus, 9 ans d'expérience.

Concernant les qualifications professionnelles des participants, 55 % ont réalisé une formation en lien avec l'accompagnement des personnes âgées, soit 21 personnes. 17 personnes de l'échantillon n'ont pas de formation spécifique et/ou de diplôme en lien avec l'accompagnement des personnes âgées.

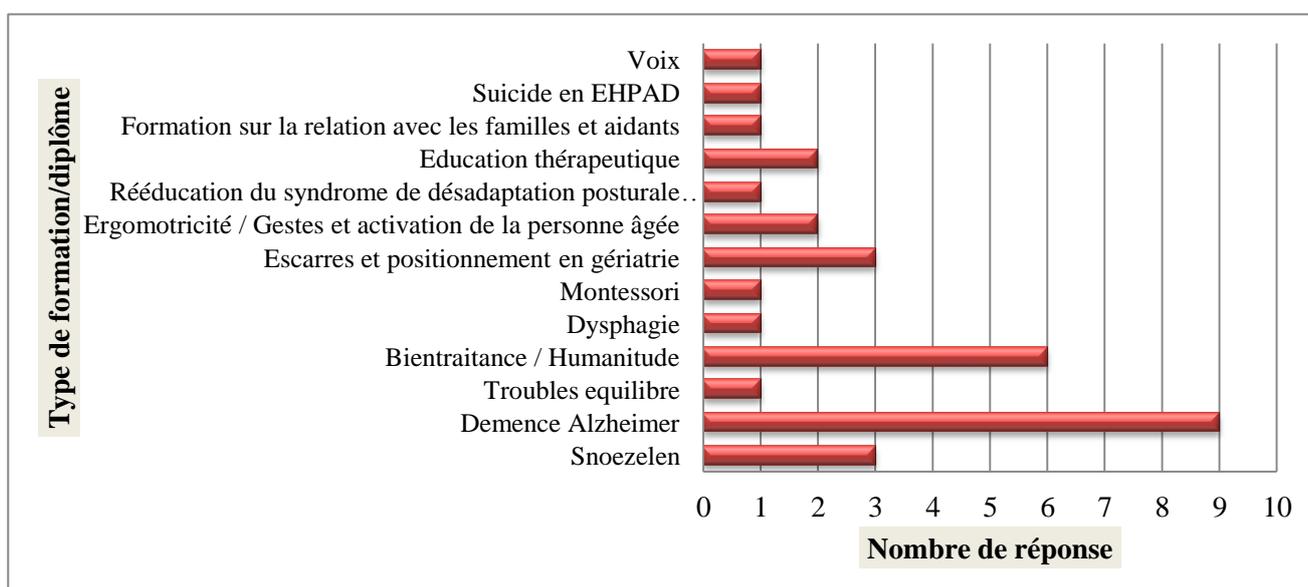


Figure 3 : Résultats des réponses de formation et/ou diplôme en lien avec l'accompagnement des personnes âgées

La thématique démence et notamment la maladie d'Alzheimer correspond à un sujet de formation et/ou à un intitulé de diplôme qui a été citée 9 fois. La thématique Humanitude et/ou Bienveillance a été mentionnée 6 fois. La formation « *Escarres et positionnement en gériatrie* » a été nommée 3 fois tout comme la formation sur la méthode Snoezelen.

De plus, seuls 7 ergothérapeutes ont réalisé une formation en lien avec l'accompagnement des personnes qui présentent une dysphagie contre 31 ergothérapeutes qui n'ont aucun apport supplémentaire sur la dysphagie. Sur les 7 ergothérapeutes formés sur la thématique de la dysphagie, 4 ont justifié leur réponse. Un ergothérapeute a obtenu un diplôme en lien avec la dysphagie tandis que les 3 autres professionnels évoquent une formation spécifique sur la dysphagie.

En faisant le lien entre l'année d'expérience des ergothérapeutes et leur formation, on observe que les 2 ergothérapeutes qui sont uniquement formés sur la thématique de la dysphagie ont une médiane de 9 ans d'expérience, ce qui correspond à la limite supérieure du 3^{ème} quartile de la figure 2. Les 16 ergothérapeutes qui sont uniquement formés sur l'accompagnement des personnes âgées ont une médiane de 5,5 ans d'expérience. Ils sont globalement inclus dans le 3^{ème} quartile de cet échantillon. De plus, les formations sont très diverses. 13 catégories sont présentées dans la figure 3. La plupart semblent cohérentes avec l'accompagnement des personnes âgées comparées à certaines catégories plus minoritaires et moins précises. Enfin, les 3 ergothérapeutes qui ont combiné ces 2 types de formations ont une médiane de 16 ans d'expérience, ce qui correspond à une faible partie de l'échantillon.

Au vue de ces corrélations, on peut conclure que la formation concerne surtout les ergothérapeutes qui ont plusieurs années d'expérience en EHPAD. La formation autour de l'accompagnement de la personne âgée est plus mentionnée que celle qui concerne les personnes âgées dépendantes qui présentent une dysphagie. Cela questionne sur l'importance de la prise en compte de la problématique de la dysphagie chez les résidents en EHPAD, auprès des jeunes professionnels mais aussi des plus expérimentés. La dysphagie, problème de santé publique, est-elle assez mise en avant à travers les formations et dans les enjeux gouvernementaux ?

c) Le repas en EHPAD

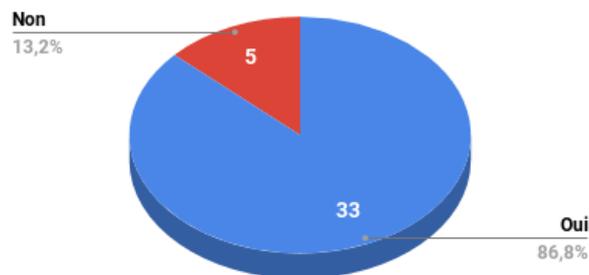


Figure 4 : Résultats concernant l'intervention des ergothérapeutes lors du repas

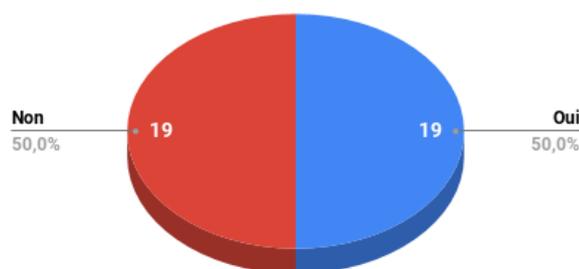


Figure 5 : Résultats concernant l'intervention des ergothérapeutes autour du repas, en dehors des temps de prise de repas

Parmi l'échantillon, 5 ergothérapeutes affirment ne pas intervenir lors du repas en EHPAD alors que les 33 autres affirment réaliser ce champ d'intervention. Néanmoins, ils ne sont plus que 19 sur les 38 ergothérapeutes à intervenir autour de la thématique du repas, en dehors des temps de prise de repas. Sur ces 19 ergothérapeutes, 14 réalisent un accompagnement pendant et en dehors du repas. Seuls 5 ergothérapeutes réalisent uniquement un accompagnement en dehors du repas. Ces 5 ergothérapeutes correspondent aux ergothérapeutes qui ont mentionné ne pas intervenir pendant le temps de prise du repas, dans la figure 4. Ces pratiques ergothérapeutiques dépendent aussi des champs d'intervention possibles au sein de chaque structure.

Par ailleurs, si l'on s'intéresse au but de l'intervention autour du repas, on se rend compte qu'il existe diverses justifications pour les 37 ergothérapeutes qui ont répondu. Les réponses sont réparties en 22 catégories. Une personne n'a pas donné de réponse.

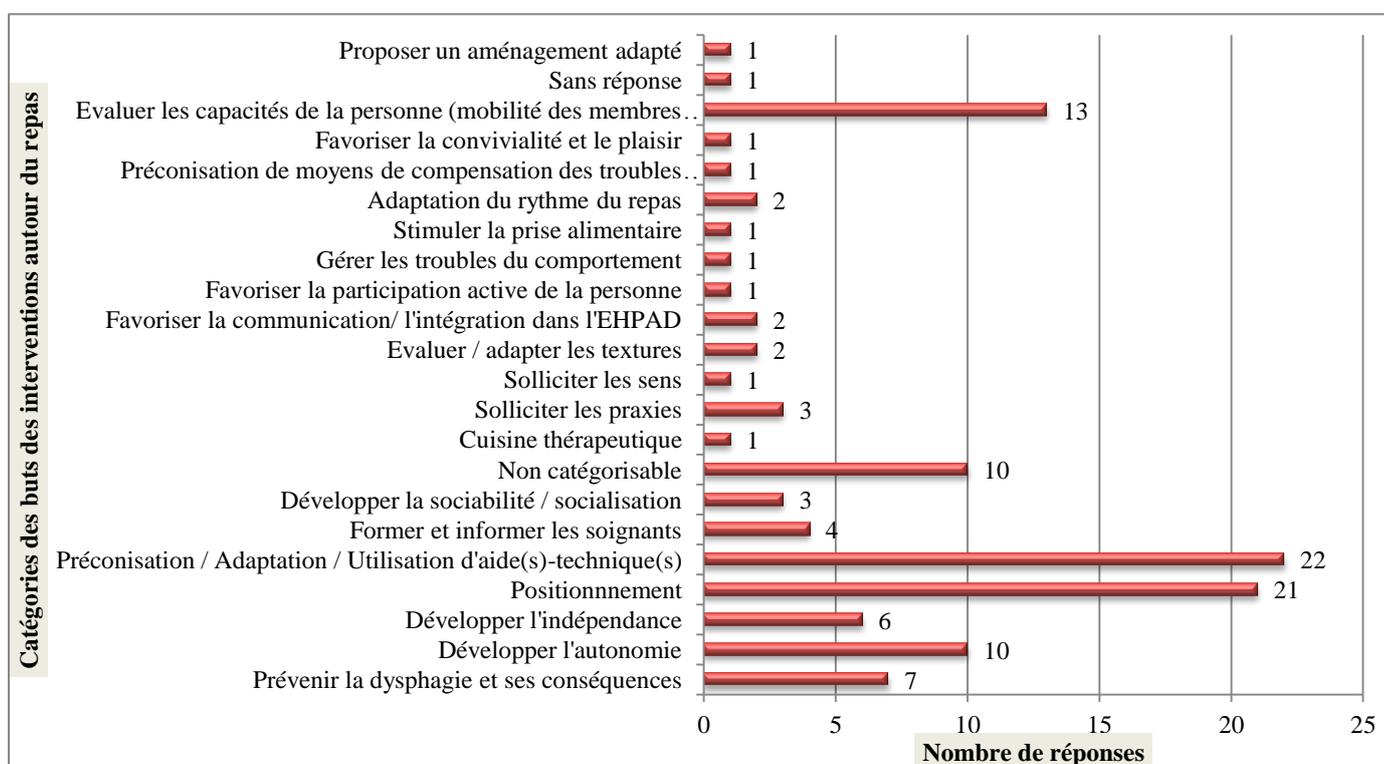


Figure 6 : Résultats des catégories de buts des interventions ergothérapeutiques autour du repas

Majoritairement, 22 ergothérapeutes, soit 59 %, ont affirmé que les interventions autour du repas se focalisaient sur la préconisation, l'adaptation et/ou l'utilisation d'aide(s) technique(s) pour le résident. 21 ergothérapeutes, soit 57 %, ont affirmé que les interventions autour du repas se concentraient sur la thématique du positionnement. 13 ergothérapeutes ont mentionné des réponses qui se rapportent à évaluer les capacités de la personne dont la mobilité des membres supérieurs, les gestes fonctionnels et les difficultés de la personne. Par ailleurs, pour 10 ergothérapeutes, l'autonomie est un

des buts d'intervention de l'ergothérapeute, autour du repas, en EHPAD. En outre, 7 ergothérapeutes ont évoqué la prévention de la dysphagie et ses conséquences. Les autres catégories sont minoritaires.

10 réponses n'ont pas pu être catégorisées du fait qu'elles sont incomplètes ou trop générales pour être rattachées aux catégories de réponses proposées ci-dessus. Certaines catégories sont imprécises et globales telles que la prévention de la dysphagie et ses conséquences, stimuler la prise alimentaire, favoriser la convivialité, le développement de l'autonomie et l'indépendance. Elles ne ciblent pas un objectif précis autour du repas. La catégorie évaluer les capacités de la personne peut accueillir d'autres catégories comme solliciter les praxies en plus de l'évaluation des gestes fonctionnels, la mobilité des membres supérieurs et évaluer les difficultés rencontrées par le résident lors du repas, que j'ai déjà incluse. Il en est de même pour la catégorie favoriser la participation active de la personne où j'aurai pu y associer les catégories stimuler la prise alimentaire et solliciter les sens. Or, si je résume l'ensemble de ces propositions en une catégorie, je perds en précision et en objectivité. Ainsi, les difficultés résident majoritairement au niveau de l'élaboration des catégories de réponses tout en limitant l'interprétation. Il y a 22 catégories ce qui est assez élevé.

En observant les catégories, on comprend qu'il y a eu d'une part une mauvaise interprétation de la question. J'aurai pu formuler la question ainsi « *Quels sont vos objectifs lorsque vous intervenez autour du repas ?* ». Ceci aurait minimisé les biais d'interprétation de la question. D'autre part, les ergothérapeutes ont confondu objectifs et moyens alors que la question se rapportait au but de l'intervention autour du repas. Ceci se rattachait plutôt aux objectifs. Ainsi 8 catégories évoquent des moyens ou solutions thérapeutiques et non pas des objectifs. 14 catégories correspondent à des objectifs. L'une des catégories est à la fois un objectif qui est « *Evaluer les textures* » et un moyen avec « *Adapter les textures* ». En corrélant les années d'obtention du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute avec ces réponses qui énoncent des moyens et non des objectifs, on observe qu'il s'agit d'ergothérapeutes qui appartiennent majoritairement au 3^{ème} quartile de la figure 1. Il s'agit des jeunes ergothérapeutes de l'échantillon, diplômé après 2010 et surtout entre 2015 et 2018. Néanmoins, les ergothérapeutes diplômés avant 2004 sont peu représentés dans l'échantillon et ils font aussi partis des personnes qui ont mentionnés les catégories majoritaires. J'é mets l'hypothèse que cette confusion peut être en lien avec un besoin de recherche pour remettre à niveau ses connaissances. De plus, les différences de formation selon l'année d'obtention du diplôme associées à une évolution des pratiques et aux difficultés de terminologie en ergothérapie peuvent accentuer la confusion. Par exemple, l'évolution de la terminologie peut concerner les catégories autonomie et indépendance. Selon l'année de formation, l'enseignement autour des définitions de l'autonomie et l'indépendance a évolué. Dans le questionnaire, notamment lors des justifications de réponses, il y a une confusion dans l'usage de ces deux mots. Pourtant, il s'agit de concepts fondamentaux en ergothérapie.

Après avoir mis en avant les interventions des ergothérapeutes autour du repas, en EHPAD, quels sont les solutions thérapeutiques utilisées par les ergothérapeutes de l'échantillon ?

d) L'accompagnement de la personne âgée dépendante qui a une dysphagie lors du repas en EHPAD

J'ai interrogé les ergothérapeutes sur les solutions thérapeutiques qu'ils peuvent mettre en place lors du repas, en EHPAD, pour une personne âgée qui a une dysphagie. J'ai obtenu 38 réponses. Ces réponses ont été classées en 17 catégories.

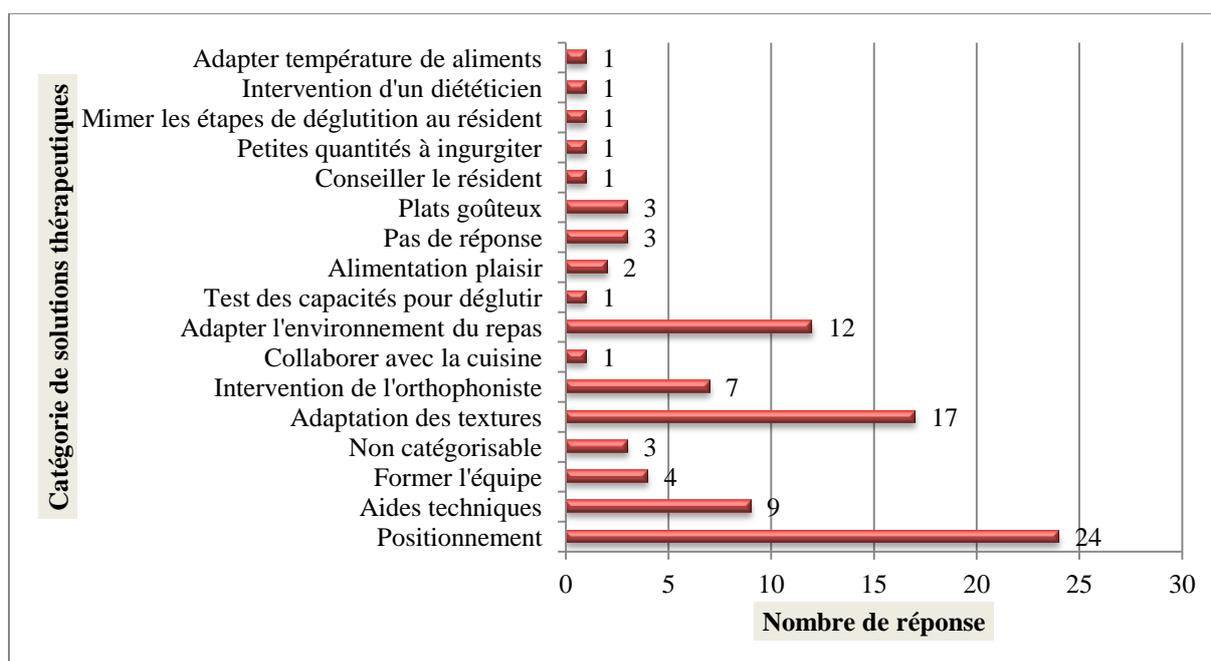


Figure 7 : Résultats des catégories de solutions thérapeutiques pour la prise du repas d'une personne âgée dépendante qui présente une dysphagie

Les catégories de solutions thérapeutiques les plus mentionnées par les ergothérapeutes, pour une personne âgée dépendante, qui présente une dysphagie sont le positionnement avec 24 réponses, soit 63 % ; l'adaptation des textures avec 17 réponses, soit 45 % et l'adaptation de l'environnement avec 12 réponses, soit 32 % de l'échantillon. D'autres solutions thérapeutiques plus minoritaires sont visibles dans la figure 7. 3 ergothérapeutes n'avaient pas de réponse à apporter.

Sur l'ensemble des réponses données par les 38 ergothérapeutes, 3 sont non catégorisables suite à leur manque de précision.

L'adaptation de l'environnement du repas faisait référence à une ambiance calme au sein du lieu de prise du repas ainsi qu'un rythme adapté à chaque personne selon les justifications des ergothérapeutes.

Les ergothérapeutes ont tous proposé des solutions thérapeutiques équivalentes à des moyens hormis une personne qui a proposé de réaliser le test de la déglutition qui sert d'évaluation. Cette proposition est un objectif qui peut par la suite aider à avoir une préconisation de solutions thérapeutiques plus adaptées aux difficultés du résident. Cette proposition aurait été plus adaptée lorsque les ergothérapeutes étaient interrogés sur les buts d'intervention autour du repas.

L'ensemble des 23 ergothérapeutes formés à l'accompagnement de la personne âgée et/ ou sur la thématique de la dysphagie proposent des solutions thérapeutiques en lien avec les catégories les plus mentionnées dans la figure 7. La durée d'expérience en EHPAD a très peu d'impact sur la pertinence des solutions thérapeutiques énoncées. Cependant, les 12 ergothérapeutes qui n'ont pas réalisés de formation sur l'accompagnement de la personne âgée et/ ou sur la thématique de la dysphagie proposent des solutions thérapeutiques en lien avec les catégories les plus mentionnées. L'hypothèse est que leur expérience en EHPAD peut avoir un impact sur la pertinence de leur réponse. Ce groupe d'ergothérapeutes non formés a une durée d'expérience moyenne en EHPAD de 4 ans.

2 ergothérapeutes non formés n'ont pas proposé de réponses concernant les solutions thérapeutiques possibles car ils ont justifié précédemment qu'ils ne réalisent pas d'intervention autour du repas.

Par ailleurs, en analysant les catégories de solutions thérapeutiques établies, on observe que certaines sont plus globales et elles pourraient en regrouper d'autres. Par exemple, la catégorie « *Adapter l'environnement* » pourrait inclure les catégories « *Aide-techniques* » et « *Positionnement* ». Il en est de même pour les catégories « *Adapter la température des aliments* », « *Alimentation plaisir* », proposer des « *Plats gouteux* » et « *Adapter les textures* » qui auraient pu être résumées sous une catégorie plus globale telle que l'adaptation des caractéristiques de la nourriture proposée au résident. Enfin, la catégorie « *Conseiller le résident* » est en lien avec la catégorie « *Ingurgiter des petites quantités* ». Finalement, en fusionnant des catégories, on perdrait en objectivité et en précision, ce qui favoriserait l'interprétation.

De plus, plusieurs catégories concernent des solutions thérapeutiques interprofessionnelles comme la coopération avec un diététicien, un orthophoniste ou l'équipe de cuisine mais aussi, former l'équipe pour prévenir les conséquences de la dysphagie. Ces solutions thérapeutiques font intervenir l'interprofessionnalité et sont en lien avec la pratique des ergothérapeutes de l'échantillon.

D'autres solutions thérapeutiques plus minoritaires peuvent être questionnées par rapport à leur pertinence. Par exemple, mimer les étapes de la déglutition au résident semble peu précis car nous ne pouvons pas reproduire gestuellement l'ensemble des étapes de la déglutition. Certaines phases sont dites réflexes et donc involontaires. De plus, cette pratique peut être vécue comme infantilisante pour la personne âgée. Peut-être était-il question de reproduire le bon positionnement de la tête en désignant des repères anatomiques ? Cette solution thérapeutique aurait mérité un approfondissement

spécifique bien qu'elle soit minoritaire et qu'elle ne soit pas en lien avec les références du cadre théorique en étant formulée ainsi. Certaines solutions thérapeutiques sont peu généralisables comme l'intervention d'un diététicien ou d'une orthophoniste, pour mettre en place des moyens de compensation ergothérapeutiques pour chaque résident dépendant qui présente une dysphagie, en EHPAD. Ainsi, l'ergothérapeute peut collaborer avec l'orthophoniste ou le diététicien lorsque la situation semble complexe à analyser et qu'elle touche à une expertise précise de ces professionnels.

Pour mieux comprendre l'expérience de ces ergothérapeutes, j'ai analysé la mise en place des solutions thérapeutiques, énoncées précédemment, pour accompagner les résidents dépendants qui présentent une dysphagie.

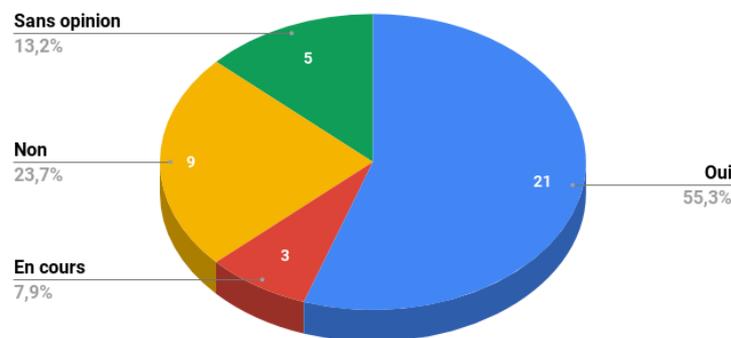


Figure 8 : Résultats de la mise en place des solutions thérapeutiques pour la prise du repas d'une personne âgée dépendante qui présente une dysphagie

Plus de la moitié des ergothérapeutes, soit 21 parmi les 38 qui ont répondu à cette question, affirment avoir déjà mis en place leurs solutions thérapeutiques. 3 ergothérapeutes s'occupent actuellement de mettre en place ces solutions thérapeutiques. 9 ergothérapeutes affirment ne pas avoir mis en œuvre les solutions thérapeutiques énoncées. 5 ergothérapeutes sont sans opinion par rapport à la mise en place des solutions thérapeutiques.

Les 21 ergothérapeutes qui ont déjà mis en place des solutions thérapeutiques pour les résidents dépendants présentant une dysphagie, ont un retour d'expérience concernant leur pratique et la pertinence des solutions thérapeutiques qu'ils ont proposé. Les ergothérapeutes qui s'occupent actuellement de mettre en place les solutions thérapeutiques et ceux qui ne les ont pas mis en œuvre ont un retour d'expérience moins étayé concernant les solutions thérapeutiques pertinentes qui préviennent et minimisent les conséquences de la dysphagie.

Parmi les 9 ergothérapeutes qui affirment ne pas avoir mis en œuvre les solutions thérapeutiques énoncées, je me questionne sur la place de l'interprofessionnalité. Est-ce les autres professionnels qui

ont pris le relais sur l'accompagnement du résident qui présente une dysphagie ? Qu'est-ce qui a été fait pour limiter les difficultés de ces résidents de la population cible, lors du repas ? Ces réponses auraient pu être approfondies pour détailler l'analyse. Il en est de même pour les 5 ergothérapeutes qui sont sans opinion par rapport à la mise en place des solutions thérapeutiques. 3 d'entre eux n'interviennent pas autour du repas au sein de leur EHPAD. Certains évoquent l'intervention de l'orthophoniste ou de la diététicienne. Les 2 autres ergothérapeutes sans opinion ont donné des solutions thérapeutiques qui sont liées aux catégories les plus mentionnées. Ceci questionne sur leur possibilité d'intervenir autour du repas au sein de leur EHPAD. Leur expérience dans ce domaine a peut-être été peu efficace pour le résident car il s'agit d'ergothérapeutes qui ont plus de 3 ans d'expérience en EHPAD.

e) La participation sociale de la personne âgée dépendante qui a une dysphagie

38 ergothérapeutes ont répondu à la question « *Comment vous rendez vous compte que l'intervention au niveau du repas pour la personne âgée dépendante, qui a une dysphagie, est nécessaire ?* ». Il y avait 5 types de réponses préétablies avec des réponses à choix multiples possibles. La réponse « *Autre* » permettait de fournir une réponse libre.

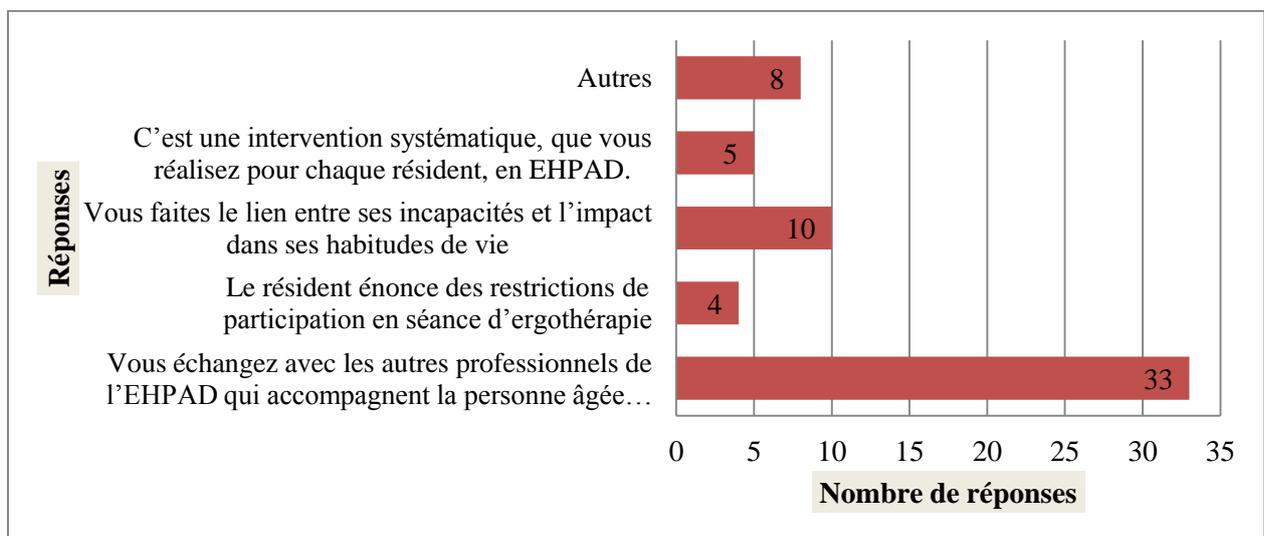


Figure 9 : Résultats des raisons d'intervention concernant le repas en EHPAD pour la personne âgée dépendante qui a une dysphagie

Pour 86,8 % d'ergothérapeutes de l'échantillon, soit 33 personnes, échanger avec les autres professionnels de l'EHPAD qui accompagnent la personne âgée dépendante qui a une dysphagie permet de se rendre compte que l'intervention autour du repas est nécessaire. Pour 10 ergothérapeutes, le lien entre les incapacités du résident et l'impact dans ses habitudes de vie permet de se rendre compte que l'intervention autour du repas est nécessaire. D'autre part, pour une proportion inférieure à

10 ergothérapeutes, il s'agit soit d'une intervention systématique réalisée pour chaque résident en EHPAD soit du témoignage du résident en séance d'ergothérapie, sur les restrictions de participation qu'il rencontre. Enfin, 8 ergothérapeutes ont évoqué des réponses catégorisées comme « Autre ».

L'analyse des réponses montre que plusieurs propositions se rapportent à l'interprofessionnalité au sein de l'équipe pour 33 ergothérapeutes ainsi que 2 qui ont proposé des réponses catégorisées comme « Autre ». En effet, l'un justifie par « *Signalement de l'équipe sur la modification de l'alimentation du résident* » et l'autre par un bilan et des conseils de l'orthophoniste. En outre, plusieurs propositions concernent la coopération avec le résident. Ceci englobe la démarche du résident qui énonce lui-même ses difficultés, ce qui concerne 4 ergothérapeutes [Figure 9] et 2 ergothérapeutes qui évoquent les difficultés/gênes du résident, sans forcément passer par la séance d'ergothérapie dans les réponses catégorisées comme « Autre ». Cela peut aussi cibler les 10 ergothérapeutes qui proposent l'intervention ergothérapique autour du repas pour faire du lien entre les difficultés et l'impact dans le quotidien pour le résident.

Par ailleurs, 5 ergothérapeutes réalisent systématiquement une intervention autour du repas pour chaque résident. Ceci représente une faible proportion comparée aux 33 ergothérapeutes qui affirmaient intervenir à une fréquence non déterminée, lors du repas [Figure 4].

Enfin parmi, les réponses autres, 3 ergothérapeutes se rendent compte que l'intervention autour du repas est nécessaire via l'observation des repas. 2 ergothérapeutes n'ont pas connaissance de raison qui appellent à intervenir autour de la thématique du repas.

En outre, 38 ergothérapeutes ont répondu à la question qui interroge sur le lien entre l'intervention ergothérapique autour du repas et l'impact sur la participation sociale pour une personne âgée dépendante qui a une dysphagie. Il y a 3 types de réponses possibles qui sont oui, non ou sans opinion et quelque soit la réponse, une justification doit être associée dans la réponse libre.

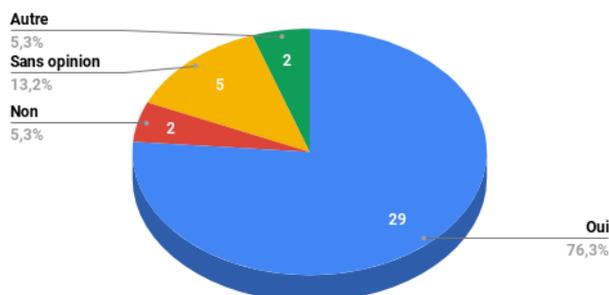


Figure 10 : Résultats du lien entre l'intervention autour du repas en EHPAD et l'impact sur la participation sociale du résident dépendant qui a une dysphagie

Sur les 38 réponses, 2 sont non exploitables. 29 ergothérapeutes pensent qu'intervenir auprès d'une personne âgée dépendante qui a une dysphagie, concernant la thématique du repas, a un impact sur la participation sociale de la personne. 2 ergothérapeutes pensent le contraire et 5 ergothérapeutes sont sans opinion par rapport à cette question. 21 réponses ont été justifiées.

Concernant l'un des ergothérapeutes qui a répondu négativement, il se justifie en évoquant les troubles cognitifs de la personne comme barrière à la participation sociale.

Par ailleurs, les justifications des ergothérapeutes qui ont répondu positivement à cette question ont été classées en 14 catégories. Suite aux réponses de 9 ergothérapeutes, la catégorie de justification la plus mentionnée est la conservation du lien social, c'est-à-dire le relationnel et la convivialité lors du repas. Les autres justifications restent minoritaires dans les réponses positives et sont détaillées par 2 ergothérapeutes au plus. Les justifications fournies sont en lien avec la satisfaction de la prise du repas, l'estime de soi, le regard de l'autre, la limitation d'une gêne lors de la prise du repas, le gain de confiance, l'aisance et assurance, le positionnement, l'activité significative et signifiante, l'indépendance, l'autonomie, la limitation des conséquences de la dysphagie, le plaisir et l'engagement de la personne. Ces justifications sont en lien avec plusieurs catégories de buts d'intervention ergothérapiques [Figure 6]. Ainsi, la participation sociale peut être développée avec la coopération entre le résident et l'ergothérapeute. Certaines justifications comme l'engagement de la personne et l'activité signifiante font écho à la définition même de la participation sociale.

Enfin, les ergothérapeutes qui ont choisi la réponse sans opinion ont peu justifié leur réponse. Parmi les 2 justifications, l'un évoque une méconnaissance dans le champ d'intervention en question en lien avec la participation sociale ; l'autre évoque le repas comme activité signifiante favorisant la participation sociale du résident dépendant qui présente une dysphagie, en EHPAD.

La question sur la prise en compte de la satisfaction concernant le repas du résident qui présente une dysphagie avait 3 réponses pré-établies possibles qui étaient oui, non ou sans opinion.

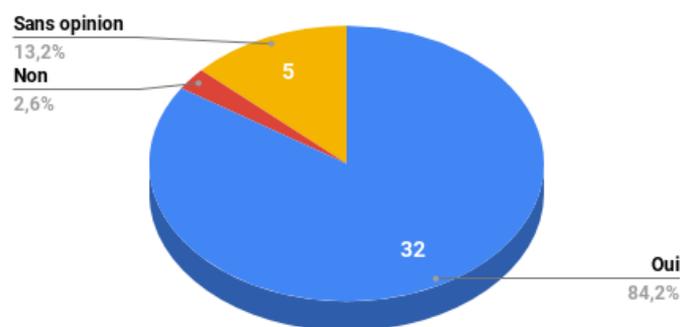


Figure 11 : Résultats de la prise en compte de la satisfaction du résident dépendant qui a une dysphagie concernant le repas en EHPAD

Sur les 38 réponses, 32 ergothérapeutes, soit 84,2 % s'accordent dans leur pratique car ils prennent en compte la satisfaction du résident. 5 ergothérapeutes sont sans opinion et un seul ergothérapeute a répondu négativement.

Sur les 29 ergothérapeutes qui ont affirmé que l'intervention ergothérapique avait un impact sur la satisfaction du résident, 27 d'entre eux affirment également que l'intervention ergothérapique a un impact sur la participation sociale de la personne lors du repas. Aucun ergothérapeute ne mentionne que l'intervention ergothérapique autour du repas n'a ni d'impact sur la satisfaction du résident, ni d'impact sur sa participation sociale. 2 ergothérapeutes pensent que leur intervention peut avoir un impact sur la satisfaction du résident et pas sur la participation sociale. Or, selon la définition donnée de Sylvie Meyer, si la personne prend son repas avec satisfaction car il s'agit d'une occupation signifiante pour lui, cela développe sa participation sociale. 1 ergothérapeute affirme que son intervention a un impact uniquement sur la participation sociale mais pas sur la satisfaction de la personne. Une justification de sa réponse aurait permis de mieux interpréter cette réflexion. On peut supposer que cet ergothérapeute ne fait pas de lien entre la participation sociale du résident et sa satisfaction. Peut-être qu'il ne prend pas en compte cette dernière. Il en est de même pour les 3 ergothérapeutes qui sont sans opinion concernant l'impact de l'intervention ergothérapique sur la satisfaction et/ou la participation sociale du résident.

Cependant, 4 ergothérapeutes ont répondu oui à l'impact sur l'un des deux facteurs, c'est-à-dire la satisfaction ou la participation sociale et sans opinion pour l'autre. Parmi les 4 ergothérapeutes, 2 sont sans opinion concernant l'impact de l'intervention ergothérapique sur la satisfaction du résident. On peut supposer qu'ils n'évaluent peut être pas la satisfaction des résidents. 2 sont sans opinion concernant l'impact de l'intervention ergothérapique sur la participation sociale ce qui peut, peut être, évoquer une incompréhension par rapport à la définition de la participation sociale ou par rapport au lien avec la satisfaction.

Il semble donc intéressant d'obtenir des informations sur la méthode d'évaluation des ergothérapeutes de la satisfaction du résident dépendant qui présente une dysphagie, lors de la prise du repas en EHPAD. Les 38 réponses libres ont été regroupées en 17 catégories.

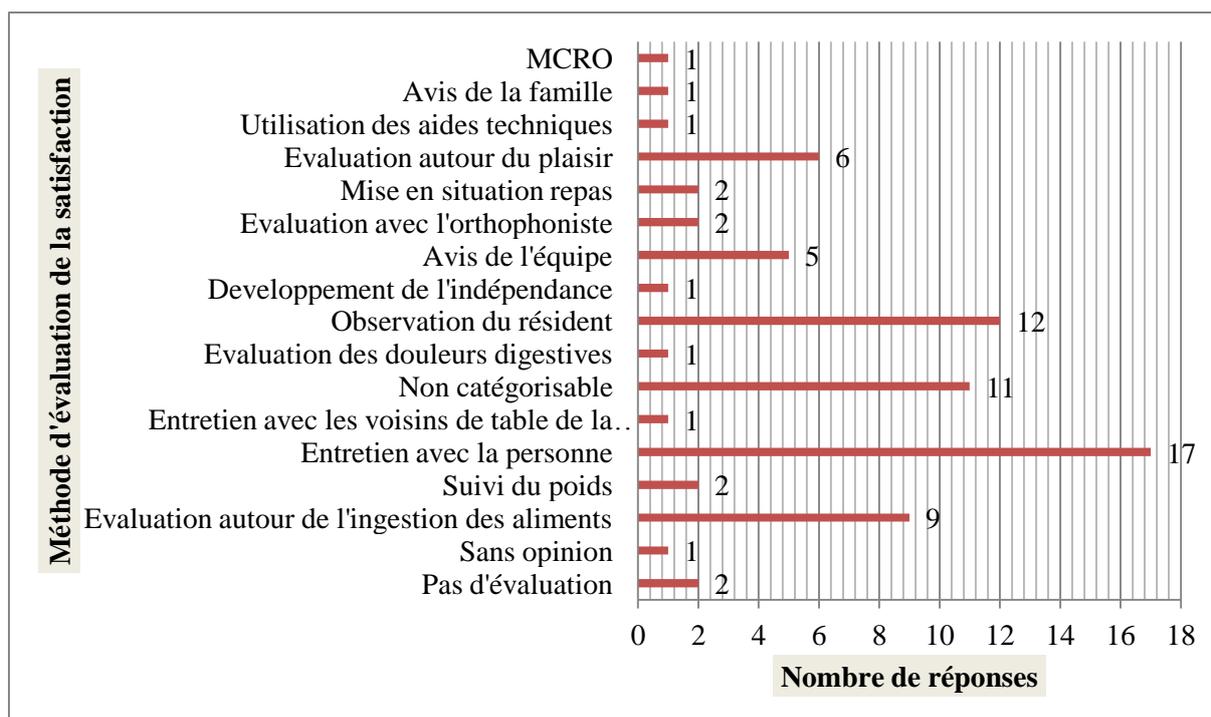


Figure 12 : Résultats concernant la méthode d'évaluation de la satisfaction du résident dépendant qui a une dysphagie concernant le repas en EHPAD

Tout d'abord, un ergothérapeute est sans opinion et deux autres n'évaluent pas la satisfaction du résident. 11 propositions parmi les réponses sont non catégorisables.

Les méthodes d'évaluation de la satisfaction qui sont le plus mentionnées sont l'entretien avec le résident pour 17 ergothérapeutes, l'observation du résident au repas pour 12 ergothérapeutes, 9 ergothérapeutes mentionnent l'évaluation de l'ingestion des aliments par le résident. 6 ergothérapeutes proposent des évaluations autour du plaisir pour analyser la satisfaction du résident concernant la thématique du repas. 5 ergothérapeutes s'intéressent à l'avis des autres soignants qui accompagnent le résident lors du repas pour évaluer la satisfaction du résident. Les autres catégories de réponses sont minoritaires [Figure 12].

Les pratiques ergothérapeutiques sont hétérogènes. J'émet l'hypothèse que cela peut démontrer un manque en matière d'outils validés pour évaluer la satisfaction de la personne âgée dépendante qui présente une dysphagie. Certains ergothérapeutes qui ont répondu être sans opinion dans l'évaluation de la satisfaction du résident proposent tout de même des méthodes pertinentes d'évaluation de la satisfaction. Ceci questionne sur la pratique des ergothérapeutes qui utilisent des outils qu'ils remettent peut-être en cause. 22 ergothérapeutes ont affirmé que l'intervention ergothérapeutique a un impact sur la satisfaction du résident lors du repas et ils proposent des méthodes d'évaluation de la satisfaction du résident pertinentes. Un seul ergothérapeute a proposé la Mesure Canadienne du Rendement

Occupationnel comme moyen d'évaluer la satisfaction du résident ce qui semble être une piste originale et intéressante.

Les méthodes d'évaluation de la satisfaction du résident sont majoritairement qualitatives et non normées.

Certaines pratiques questionnent comme la non évaluation en lien avec les solutions thérapeutiques mises en place pour faciliter la prise du repas de la personne. De plus, certaines catégories minoritaires questionnent quant à leur lien avec l'évaluation de la satisfaction du résident lors du temps du repas comme l'entretien avec les voisins de table ou le développement de l'indépendance. Est-ce l'amélioration vu par le regard de l'autre qui est prise en compte ?

Tout d'abord, les ergothérapeutes proposent majoritairement l'entretien pour recueillir l'opinion du résident sur sa satisfaction lors du repas. Néanmoins, l'observation est mentionnée et justifiée par le fait qu'elle s'adapte mieux aux personnes qui ont des troubles de la communication. Elle permet l'analyse de la communication non verbale et du comportement de la personne. En effet, en ce qui concerne les catégories de réponses les plus mentionnées, 9 ergothérapeutes mentionnent l'observation et l'entretien avec le résident. 3 ergothérapeutes mentionnent l'observation, l'évaluation de l'ingestion des aliments et l'entretien avec la personne. Enfin 3 ergothérapeutes mentionnent l'observation et l'évaluation de l'ingestion des aliments.

Par ailleurs, certains ergothérapeutes mentionnent l'analyse du plaisir de manger en lien avec l'ingestion alimentaire et semblent intéressés pour utiliser cette corrélation pour l'analyse de la satisfaction de la personne.

En outre, l'ensemble des ergothérapeutes qui ont mentionné l'avis de l'équipe comme méthode d'évaluation de la satisfaction du résident utilisent une autre méthode en complément.

De plus, certaines catégories minoritaires peuvent se rapprocher à d'autres catégories plus mentionnées. Par exemple, la mise en situation repas ou l'utilisation d'aide(s) technique(s) peuvent être rattachées à l'observation du résident.

Enfin, certaines réponses sont non catégorisables du fait de leur imprécision. Ceci peut être en lien avec un manque de précision dans la formulation de la question initiale.

J'aurai pu approfondir cette analyse en m'intéressant au suivi de cette évaluation de la satisfaction.

B. Les entretiens

a) Présentation des entretiens

Tout d'abord, j'ai diffusé les demandes d'entretien par mail, auprès de 32 EHPAD, durant les mois de mars et avril. Par la suite, j'ai réalisé 2 relances espacées d'une semaine, via des appels téléphoniques.

Réponses concernant les demandes d'entretien	Nombre
Structures contactées et ayant bénéficié de 2 relances	32
Poste vacant durant l'enquête	12
Pas de réponses suite aux 3 prises de contact	12
Entretien possible	3
Entretien impossible	5
➤ Justification que les résidents ont des troubles de la communication qui les empêchent de mener un entretien	4

Tableau I : Résultats concernant les demandes d'entretien

Des biais méthodologiques ont été constatés lors des demandes d'entretien. Les données concernant les pistes de contacts ont évoluées en quelques semaines. 12 des ergothérapeutes ont démissionnés ou sont partis en congés durant l'enquête. 12 autres n'ont pas répondu aux demandes d'entretiens, réduisant ainsi mes possibilités de mener des entretiens. J'émetts l'hypothèse qu'ils n'accompagnaient peut-être pas de résidents dépendants présentant une dysphagie. Peut-être qu'ils ne réalisent pas ce champ d'intervention dans l'EHPAD où ils travaillent. Peut-être que les résidents qui pouvaient correspondre au public cible de l'enquête avait également des troubles de la communication ou une ou plusieurs pathologies qui engendraient des situations de handicap pour réaliser un entretien. Les ergothérapeutes manquaient peut être de disponibilité pour répondre et organiser ces échanges.

Enfin, 5 ergothérapeutes m'ont répondu qu'ils ne pouvaient pas honorer ma demande d'entretien avec des résidents. 4 d'entre eux se sont justifiés du fait que les résidents ont des troubles de la communication qui les empêchent de mener un entretien, en plus de leur dysphagie.

Concernant les entretiens semi-directifs, j'ai eu 3 pistes de contact qui ont abouti à 3 entretiens. Un ergothérapeute m'a décrit un résident présentant une dysphagie, sans prendre en compte l'ensemble des critères d'inclusion de l'enquête. Ce contact a été exclu. Dans une autre structure, l'ergothérapeute m'a présenté plusieurs résidents répondant aux critères d'inclusion de l'enquête.

Au cours de l'enquête, un des résidents a été exclu pour des problèmes médicaux. Dans la dernière structure, où un entretien avec un résident était possible, l'ergothérapeute n'a pas donné suite.

J'ai réalisé ces 3 entretiens auprès de 3 personnes âgées dépendantes, de plus de 60 ans, présentant une dysphagie et accompagnées par l'ergothérapeute de leur EHPAD. Les résidents ont au moins bénéficié de conseils et/ou de proposition d'adaptation(s) autour du repas. Les entretiens ont été retranscrits dans le respect de l'anonymat des résidents. Un se trouve en annexe [Annexe VIII]. Les réponses aux entretiens seront résumées par entretien 1, entretien 2 et entretien 3 pour conserver la confidentialité des données. Ils seront respectivement résumés dans les tableaux par E1, E2 et E3. L'analyse des entretiens s'appuie sur une grille d'entretien qui rappelle les critères d'évaluation qui seront utilisés dans l'analyse [Annexe IX]. L'analyse thématique horizontale me permet de faire une synthèse des points de vue des résidents tout en proposant une analyse des données qualitatives, telles que les données lexicales.

b) Présentation du profil des résidents qui ont mené les entretiens

	E1	E2	E3
Profil des résidents	Homme, M.B. 65 ans En EHPAD depuis 2 ans environ. Suivi depuis 1 an environ en ergothérapie	Femme, Mme M. 88 ans En EHPAD depuis approximativement plusieurs mois. Suivi depuis moins d'un an en ergothérapie.	Femme, Mme R. 76 ans En EHPAD depuis plus de 4 ans. Suivi depuis 4 ans environ en ergothérapie.

Tableau II : Résultats concernant les profils des résidents

Les résidents bénéficient tous d'un accompagnement ergothérapeutique dans leur EHPAD. L'ergothérapeute a repéré des risques de fausses routes chez ces résidents lors du repas. De ce fait, elle a évalué la problématique lors du repas et proposé et / ou mis en œuvre des préconisations.

c) L'appréciation de la personne sur sa vie dans l'EHPAD

	Vocabulaire valorisant	Vocabulaire neutre	Vocabulaire dévalorisant	Sans opinion
Professionnels décrits par E1	« <i>bonne relation</i> » avec plusieurs aides-soignantes. Concernant la « <i>femme qui fait le ménage</i> », le résident l'« <i>aime bien</i> » et dit qu'elle est « <i>très gentille</i> ».			

Professionnels décrits par E2				« Oh ba je fais pas attention, vous savez... » « j'aime pas beaucoup parler. » De plus, elle dit ne pas connaître l'ergothérapeute.
Professionnels décrits par E3	Elle mentionne les aides-soignantes et les agents du service logistique et les décrit positivement. « Elles sont très gentilles. »			

Tableau III : Résultats concernant les professionnels de l'EHPAD décrits par les résidents

2 résidents sur 3 énoncent avoir de bonnes relations avec les professionnels de la structure. Ils évoquent les aides soignantes et l'un parle des agents du service logistique. Le vocabulaire est valorisant. Les deux résidents disent le mot « *gentilles* » pour parler des professionnels qu'ils évoquent. L'affectif se lie à l'analyse du relationnel ce qui prouve que le ressenti est subjectif. Seul un résident est sans opinion par rapport aux relations qu'il a avec les soignants en EHPAD. Les raisons évoquées sont l'inattention « *Oh ba je fais pas attention, vous savez...* » et le fait que la personne est peu loquasse. J'émetts l'hypothèse de troubles de la communication et / ou des troubles cognitifs qui engendrent des situations de handicap dans les relations avec autrui. Peut être que l'apathie favorise le fait qu'elle ne prête pas attention aux soignants et qu'elle n'a pas envie de parler.

De plus, les 3 résidents disent avoir un suivi en ergothérapie en début d'entretien mais ils ne mentionnent pas l'ergothérapeute parmi les soignants. De ce fait, la pratique interprofessionnelle peut peut-être créer une confusion chez les résidents qui ne ciblent pas les interventions propres à l'ergothérapeute. J'émetts l'hypothèse que les résidents ne perçoivent pas l'ergothérapeute comme un soignant car elle ne porte pas de blouse blanche. Les résidents voient moins souvent l'ergothérapeute que les aides-soignants et les agents du service logistique. De plus, peut être que des troubles cognitifs ne leur permettent pas d'identifier l'ergothérapeute. Madame M dit ne pas connaître l'ergothérapeute.

	Vocabulaire valorisant	Vocabulaire neutre	Vocabulaire dévalorisant	Sans opinion
Qualité du repas décrit par E1			« <i>Toujours le même</i> » « <i>toujours la purée</i> » « <i>change pas</i> »	
Qualité du repas décrit par E2	« <i>Ooh ba c'est bien !</i> » « <i>Oui, j'aime beaucoup, ça va.</i> »			

	« <i>Oh ba ça va.</i> » [acquiesce de la tête]			
Qualité du repas décrit par E3	Variété des menus « <i>c'est bon</i> »			

Tableau IV : Résultats concernant la qualité du repas pour les résidents

Pour 2 résidents, la qualité du repas est décrite avec un vocabulaire valorisant. Leur communication non verbale renforce leur réponse positive, lors de l'entretien. Seul un résident a décrit la qualité du repas avec un vocabulaire dévalorisant. Il pointe le manque de variété dans les plats proposés « *toujours la purée* ». De plus, il y a un changement des habitudes alimentaires en EHPAD par rapport à la vie au domicile. Peut être que le monsieur n'avait pas de dysphagie avant son entrée en EHPAD, de ce fait, dans son cas, on peut penser que la texture de son repas ainsi que la variété des menus impactent son plaisir à manger. Enfin, pour tout résident, l'influence culturelle à un lien fort avec le repas et elle peut être atténuée en EHPAD. De ce fait, cela peut aussi impacter le plan psychologique et avoir des conséquences sur le plaisir de manger pour la personne.

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	Sans opinion
Ambiance du repas		<p>Pour E2 : « <i>Oui ça va.</i> » [visage neutre]. Elle est satisfaite de l'ambiance sonore.</p> <p>Pour E3 : L'ambiance du repas lui convient. Elle apprécie lire le menu et elle est satisfaite de la variété. Elle s'entend bien avec les autres résidents, majoritairement, surtout sa voisine de table « <i>du moment que je suis bien avec ma petite poupée c'est bon.</i> ».</p>		<p>Pour E1 : « <i>Toujours le même. Toujours la purée blanche.</i> » « <i>C'est calme. J'ai la télévision.</i> »</p>		
Lieu de prise du repas	Pour E1 : « <i>Toujours dans ma, la</i>	Pour E2 et E3 : Elles apprécient prendre leur repas en salle à				

	<i>même chambre. » « Quand je mange au lit, c'est bien ! »</i>	manger.				
--	--	---------	--	--	--	--

Tableau V : Résultats concernant le cadre global du repas

Un résident mentionne qu'il est peu satisfait de l'ambiance du repas. Il fait le lien avec son mécontentement autour de la qualité du repas « *Toujours le même. Toujours la purée blanche.* ». Cependant, il est très satisfait de manger en chambre. Les autres résidents sont aussi satisfaits de prendre le repas en salle à manger. Concernant l'ambiance du repas, deux résidents mentionnent qu'il y a peu de bruit en salle à manger, ce qui est appréciable. Le nombre de personnes présentes en salle à manger ne semble pas influencer la satisfaction des résidents, tout comme la lecture du menu du jour par les soignants et autres facteurs qui contribuent à la convivialité du repas. Cependant, pour l'un des résidents, la sphère affective a un impact fort sur le plaisir au repas. Il montre qu'apprécier les relations avec ses voisins de table contribue à la convivialité du repas « *du moment que je suis bien avec ma petite poupée c'est bon.* ». Mme M. dit être satisfaite de l'ambiance du repas mais ses justifications renvoient à une vision neutre « *je fais ce qu'on me dit* ».

	Facteurs personnels	Facteurs environnementaux	Habitudes de vie	Aucune
Difficultés lors du repas	Pour E1 : « <i>Des fois j'arrive pas à avaler » « le coté gauche est mort » « le coté gauche est handicapé » « J'ai un seul bras. Je suis handicapé de, leeeee...deeee tout le côté gauche. »</i>	Pour E1 : « <i>Je peux pas ouvrir une bouteille de limonade.» « Une boîte de yaourts je peux pas l'ouvrir avec une seule main. » « Je peux pas mélanger. Je peux pas ouvrir une banane. »</i>		Pour E2 : Pas de difficultés. « <i>J'aime pas beaucoup la viande</i> ». Pour E3 : Pas de difficultés mais propos nuancés. Pas de justification.
Installation		Pour E1 : « <i>Je tombe toujours du côté droit.</i> » lorsqu'il est installé au lit.		Pour E2 : « <i>Ba j'aime bien que ça soit propre.</i> » Pour E3 : Aucune problématique

Tableau VI : Résultats concernant les difficultés et l'installation lors du repas pour les résidents

Seul un résident évoque ses difficultés en lien avec la dysphagie lors de l'entretien « *Des fois j'arrive pas à avaler* ». Il fait également le lien avec l'hémiplégie qui engendre des situations de handicap, lors de la prise du repas au lit. Il comprend les incapacités engendrées lors du repas notamment au niveau des tâches bimanuelles suite à l'hémiplégie.

Les 2 autres résidents disent ne pas avoir de difficultés pour la prise du repas. Seul l'un d'entre eux tient des propos nuancés mais il ne justifie pas sa réponse. De ce fait, étant donné que ces personnes présentent des risques de fausses routes et qu'elles ont un suivi ergothérapeutique, j'émet plusieurs hypothèses. Peut être que ces difficultés lors du repas sont devenues des habitudes de vie et que les résidents s'en sont accommodés. Peut être que les résidents ont une anosognosie¹⁰ ou une méconnaissance du mot dysphagie d'où le fait qu'ils n'en perçoivent pas les conséquences. Enfin pour la personne E2, la compréhension de cette question a été partielle malgré la reformulation. Elle dit « *J'aime pas beaucoup la viande* » ce qui n'est pas en lien avec le questionnement initial.

Il en est de même pour le questionnement concernant l'installation lors du repas. 2 résidents affirment n'avoir eu aucune préconisation spécifique. Or, l'ergothérapeute avait adapté le positionnement au fauteuil quelques jours auparavant pour Madame M. De plus, sa réponse témoigne de nouveau d'une incompréhension, malgré plusieurs reformulations. Elle dit « *Ba j'aime bien que ça soit propre.* ». Cela ne peut être analysé au vu du questionnement initial. C'est pour cela que j'émet l'hypothèse de troubles cognitifs. Enfin, le résident E1 évoque une difficulté concernant son positionnement au lit. Les soignants, dont l'ergothérapeute, le réinstalle régulièrement car il « *tombe toujours du côté droit* ».

d) La connaissance de la personne sur sa pathologie

	Eléments communs avec la définition	Eléments divergents de la définition	Compréhension globale	Difficultés en lien
E1	Il dit que la dysphagie et les difficultés à avaler sont liées à des problèmes dans la gorge. Cela concerne les aliments et l'eau.	« <i>Le moral, il travaille</i> »	Bonne	Confirme sa difficulté à avaler. « <i>Quand je commence à manger, ça descend pas.</i> »
E2			Faible. Beaucoup de mimiques d'incompréhensions, de reformulations et de silences. Après explication de la définition, elle dit que ça arrive à tout le monde.	Pas de lien établi

¹⁰ Définition dans le lexique

E3	Concerne la gorge	C'est « vomir »	Faible	Pas de lien établi
-----------	-------------------	--------------------	--------	--------------------

Tableau VII : Résultats concernant la connaissance de la dysphagie et ses conséquences par les résidents

2 résidents sur 3 ont une compréhension faible du mot dysphagie. Pour le résident E2, cela est confirmé par sa communication non verbale. Etant donné qu'ils ne perçoivent pas de difficultés en lien avec la dysphagie lors du repas, ils ne font pas de lien de causalité avec les fausses routes observées par l'équipe soignante et cette pathologie.

Seul un résident a une bonne compréhension de la dysphagie, notamment car il utilise quotidiennement des conseils en lien avec la prévention de la dysphagie. L'ergothérapeute a formé les soignants concernant son installation au lit, pour le repas et sur les textures et aliments adaptés pour le résident E1. Il fait donc le lien entre ses difficultés et la dysphagie. Enfin, il fournit un élément divergent de la définition de Rio et al. de 2011 (p.152) en impliquant l'affect dans la définition de la dysphagie. En effet, pour certaines personnes, l'impact négatif sur l'affect peut être considéré comme une conséquence indirecte de la dysphagie.

e) Ressenti de la personne par rapport aux adaptations

L'analyse de l'impact des difficultés énoncées sur la personne est limitée du fait de divers biais méthodologiques évoqués précédemment. 2 résidents sont sans opinion du fait qu'ils n'ont pas de difficultés concernant le repas. Enfin, pour le résident E1, les difficultés concernant son installation et l'action d'avaler engendrent un ressenti négatif lors du repas. Il évoque notamment l'impact organique dans sa justification « *C'est quand je mange, je mange au lit. Je peux prendre des constipations. Je peux pas digérer comme ça. Tout le temps au lit. Je bouge pas. Je mange le goûter, le petit-déjeuner, et le matin... le ma.. Le matiiiiin, le soir au lit comme ça... mon ventre, il est gonflé, regarde.* ».

Par ailleurs, concernant les textures des aliments consommés par les résidents, 2 résidents disent avoir une texture normale et un, une texture mixée. Ils sont tous satisfaits de la texture de leur repas. Par exemple, le résident E1 dit « *Oooh, c'est très bien. Je mange mixé, c'est bon !* ». De ce fait, on comprend donc que son mécontentement par rapport à la qualité du repas réside majoritairement dans la variété du menu. Peut être est-il lassé de la présentation sous forme de purée et du goût de certains aliments qui sont proposés plusieurs fois par semaine. Pour lui, le fait de manger mixé ne semble pas impacter son plaisir. Pour le résident E2, il a pour habitude de prendre un repas mixé mais il dit manger une texture normale. Cette incohérence peut témoigner d'une habitude à la texture mixée avec le temps. Cela démontre également que la texture n'influence pas le plaisir de manger pour cette personne. Néanmoins, cela me questionne toujours sur une possible anosognosie.

	E1	E2	E3
Adaptation et satisfaction	Adaptation du positionnement, aide humaine : Conseils et installation. <i>« Il m'arrange l'oreiller. Il m'arrange la tête et je mange très bien. »</i>	Adaptation des facteurs environnementaux, aide technique : J'ai induit un biais Je sais qu'elle a cuillère adaptée. <i>« Je sais quand j'en ai besoin. »</i> <i>« Je fais ce qu'on me dit. »</i> <i>« je m'en sers quand on me donne. »</i>	Aucune
Image de l'adaptation	Positive	Nuancée <i>« Je préfère la grande cuillère qu'une petite. »</i> <i>« Je fais comme on me dit. »</i> <i>« J'en ai besoin. »</i>	Pas concerné.
Fréquence	Pas concerné.	Non mesurable. Quand les soignants lui donnent.	Pas concerné.
Sécurité procurée	Confirmée	Sans opinion	Confirmée

Tableau VIII : Résultats concernant le ressenti par rapport aux adaptations dont les résidents ont bénéficié

Seul un résident énonce qu'il a bénéficié de conseils de positionnement pour prendre son repas. La pratique est généralisée au sein de l'équipe formée par l'ergothérapeute. De ce fait, cette adaptation du positionnement est vue positivement par le résident. Les soignants y sont vigilants quotidiennement ce qui renforce la sécurité procurée. Le résident E2 a témoigné d'une aide technique qui a été mis en place récemment car j'ai induit un biais en le questionnant dessus. Il utilise une petite cuillère à manche grossi pour faciliter sa prise alimentaire. De ce fait, l'image qu'il a de cette adaptation est très nuancée. Je ne peux pas interpréter sa réponse au vue des contradictions. Il dit préférer la cuillère à soupe mais il verbalise qu'il a besoin de sa petite cuillère. La fréquence d'utilisation est non mesurable du fait qu'elle dépend des soignants *« je m'en sers quand on me donne. »*. Ainsi, je ne peux pas établir de lien précis entre l'intervention de l'ergothérapeute à l'origine de la préconisation et la sécurité procurée pour le repas. Avec les points de vue des résidents E1 et E2, je me questionne sur la confusion possible entre la pratique interprofessionnelle et celle de l'ergothérapeute. De plus, leur témoignage permet de montrer que l'équipe a un rôle à jouer dans l'intégration des adaptations lors du repas. Les soignants formés peuvent favoriser appliquer les préconisations de l'ergothérapeute.

Enfin, le résident E3 dit qu'il ne bénéficie pas d'adaptation ni d'accompagnement ergothérapeutique concernant le repas. Il n'éprouve pas de difficultés sur les temps de repas. Il ne semble pas concerné par ces questions. Pourtant il affirme que sa sécurité est renforcée lors du repas via l'intervention

ergothérapique. Peut être que le relationnel positif avec l'ergothérapeute influence sa réponse et qu'il ne prend pas en compte que le repas.

f) Participation et satisfaction

Les 3 résidents affirment avoir une participation totale lors du repas. Ils sont indépendants ce qui est pour eux une satisfaction. Pour le résident E2, il ajoute qu'il n'apprécie pas qu'on la force à manger. J'émetts l'hypothèse qu'il n'aime pas avoir une aide humaine qui lui donne à manger quand il n'en a pas envie ou qu'il n'a pas faim. Ceci peut être mis en lien avec ses goûts.

Ainsi, j'ai tenté de comprendre s'il y avait un lien entre l'aisance au repas et les préconisations de l'ergothérapeute. Or, les résidents E2 et E3 ne sont pas concernés par cette question. Seul le résident E1 confirme que l'intervention des professionnels, dont l'ergothérapeute, participe à faire évoluer positivement son aisance au repas. Il est de nouveau question de la confusion pour le résident, entre les interventions interprofessionnelles et l'intervention de l'ergothérapeute. De plus, je me rends compte qu'avec les biais de cette enquête, je ne peux pas établir de lien entre la durée d'accompagnement par l'ergothérapeute et l'acceptation des solutions thérapeutiques proposées par l'ergothérapeute.

	E1	E2	E3
Evaluation de la satisfaction lors du repas	Totale	Totale	Totale
Cotation de la satisfaction concernant le repas	10	Non coté	8
Signification	Pas de détails. En lien avec les conseils de positionnement.	Pas de détails.	« Parce que... je mange bien. »

Tableau IX : Résultats concernant la satisfaction des résidents lors du repas

Les 3 résidents disent avoir une satisfaction totale concernant la prise de leur repas. L'échelle d'évaluation de la satisfaction, proposée en Annexe V, a permis de coter la satisfaction des résidents afin de faire le lien entre la notion qualitative et l'évaluation numérique. Pour le résident E1, les deux réponses obtenues avec les 2 manières d'évaluer la satisfaction concordent. 10 correspond à une satisfaction totale. Cependant, le résident E3 a proposé une réponse nuancée en cotant à 8 sa satisfaction qu'il qualifie pourtant de totale. La justification ne permet pas d'analyser cette nuance.

Enfin, je me suis intéressée au lien établi par le résident entre l'évolution de sa satisfaction et l'accompagnement ergothérapique. Pour E1, l'intervention et les préconisations de l'ergothérapeute ont fait évoluer positivement sa satisfaction autour du repas. Il en est de même pour les résidents E2 et E3. Pourtant, durant l'entretien, ils disent ne pas avoir eu un accompagnement en ergothérapie pour

le repas. De ce fait, j'émetts l'hypothèse qu'ils font cette conclusion car ils ont une relation positive avec l'ergothérapeute en dehors des temps de repas. Cela peut expliquer que cette relation contribue à leur satisfaction. Ainsi, ils ne se sont peut être pas focalisés sur le temps du repas. De plus, peut être que les résidents présentent des troubles cognitifs et une fatigabilité en fin d'entretien.

5. Discussion

A. Interprétation des résultats et confrontation au cadre conceptuel

a) Interprétation concernant le questionnaire

Limiter l'interprétation lors de la catégorisation des réponses libres a été très complexe. Les ergothérapeutes ont proposé des réponses très globales ou très précises. Certaines auraient pu s'imbriquer ensemble mais les regrouper faisaient perdre en détails. J'aurai peut être pu proposer des catégories de réponses initiales pour que les ergothérapeutes complètent et ajoutent, au besoin, d'autres catégories. Cela aurait limité l'interprétation dans la catégorisation des réponses. Néanmoins, il est difficile de trouver une proposition juste qui correspond à la pratique sur le terrain.

En outre, je me questionne sur les formations concernant la thématique de la dysphagie, réalisées pour les ergothérapeutes qui exercent auprès des personnes âgées. Le manque de formation sur ce domaine, révélé pendant l'enquête, peut peut-être refléter le manque de clarté concernant le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD, dans les enjeux de santé publique concernant les personnes âgées.

b) Interprétation concernant les entretiens semi-directifs

J'ai eu beaucoup de réponses négatives lors des demandes d'entretiens. Les résidents de la population cible avaient des troubles associés à la dysphagie tels que des troubles de la communication et une grande fatigabilité. Ceci empêchait la réalisation de l'entretien.

Par ailleurs, pour anticiper mes difficultés, j'aurai pu cibler un niveau de dépendance et/ou une maladie neurodégénérative qui m'aurait permis de mieux cerner la population pour l'enquête. Par exemple, les personnes qui ont la maladie d'Alzheimer sont très touchées par la dysphagie et elles ont également des troubles de la communication, à partir d'un certain stade de la maladie. De surcroit, en ajoutant un critère d'inclusion concernant l'évaluation cognitive des résidents, j'aurai pu limiter certains biais méthodologiques.

En outre, les résidents accordent beaucoup d'importance aux solutions thérapeutiques qui ont un impact positif et signifiant pour eux. L'ambiance du repas a été plus détaillée que les adaptations concernant l'installation des résidents. Cet impact positif sur le plan socio-psychologique, concernant

les solutions thérapeutiques et/ou les relations avec les professionnels peut être en lien avec une évolution favorable de leur satisfaction et leur participation sociale, lors du repas, en EHPAD.

c) Interprétation concernant les deux outils

Tout d'abord, l'apport de l'interprofessionnalité est au cœur de l'enquête, aussi bien à travers le point de vue des ergothérapeutes que celui des résidents dépendants qui présentent une dysphagie. Par exemple, échanger avec les professionnels de l'EHPAD qui accompagnent les résidents de la population cible permet de comprendre que l'intervention autour du repas est nécessaire [Figure 9¹¹]. L'élaboration et la mise en place des solutions thérapeutiques pour le résident dépendant, qui présente une dysphagie se base sur la coopération de l'ergothérapeute avec l'orthophoniste, les aides-soignantes et les cuisiniers et sur leur formation, comme justifié dans les réponses du questionnaire et décrit dans le cadre théorique (Massoulard et al., 2009, p.110 ; Puisieux et al., 2009, p.595). Cette coopération peut créer une confusion concernant les interventions propres à l'ergothérapeute aux yeux des résidents, comme il a été souligné dans les entretiens semi-directifs. Pourtant, ceci démontre que l'interprofessionnalité participe à favoriser la participation sociale de la personne âgée dépendante présentant une dysphagie, lors du repas, en EHPAD. Dans les entretiens, certains résidents ont mentionnés que les soignants participent à l'intégration des adaptations préconisées par l'ergothérapeute, lors du repas. L'interprofessionnalité fait le lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles en EHPAD ainsi qu'avec l'enjeu 4 du plan des MND¹² pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, notamment en EHPAD (Direction Générale de la Santé et al., 2007; Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014).

Enfin, à travers l'analyse des objectifs d'intervention des ergothérapeutes lors du repas et des solutions thérapeutiques qu'ils proposent et/ou mettent en œuvre, on constate que les réponses sont en lien avec le cadre théorique. L'évaluation des capacités du résident, mentionnée par 13 ergothérapeutes [Figure 6¹³], permet aux ergothérapeutes de préconiser des solutions thérapeutiques pertinentes. Ces solutions thérapeutiques concernent majoritairement le positionnement, l'adaptation des textures et l'adaptation des facteurs environnementaux liée à la préconisation d'aides-techniques [Figure 7¹⁴]. Ces solutions thérapeutiques sont aussi proposées par V. Ruglio, Allepaerts et al. en 2008 (p.720), Desport et al. en 2011 (pp. 251-252) et Hotaling en 1990 (p.80). 29 ergothérapeutes pensent que leur intervention impacte la participation sociale du résident qui présente une dysphagie, lors du

¹¹ Figure 9, p.35.

¹² L'enjeu 4 du plan des Maladies Neuro-Dégénératives se nomme « *Adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades* ». Il regroupe des mesures pour le « *bien-vieillir* » et affirme que l'interprofessionnalité est une priorité (pp.26-27).

¹³ Figure 6, p.30

¹⁴ Figure 7, p.32

repas, en EHPAD. La définition de la participation sociale est celle de Sylvie Meyer¹⁵. 27 d'entre eux confirment également l'impact sur la satisfaction du résident. Le lien entre la participation sociale, la satisfaction du résident et l'intervention ergothérapique est établie.

Par conséquent, l'hypothèse est partiellement validée. L'adaptation du positionnement et des facteurs environnementaux par l'ergothérapeute, pour les résidents dépendants présentant une dysphagie favorisent partiellement leur participation sociale, lors de la prise du repas en EHPAD. Les réponses des résidents n'ont pas permis de faire une comparaison avec le point de vue des ergothérapeutes. Je n'ai pas répondu à certains objectifs d'enquête concernant les entretiens semi-directifs, auprès des résidents de la population cible à cause des biais méthodologiques. Néanmoins, les réponses des ergothérapeutes concordent avec le cadre théorique et les objectifs d'enquête concernant le questionnaire. Ces objectifs ont été atteints.

B. Limites de l'enquête

La première limite à ce travail d'initiation à la recherche est le faible nombre d'entretien semi-directif et de réponses au questionnaire. De ce fait, j'ai réalisé une analyse et une interprétation des données qui ne peuvent aboutir à une généralisation des résultats au vue de la faible représentativité des données. Cette limite s'inscrit dans le temps imparti pour réaliser l'étude.

Concernant les limites de l'enquête, l'entretien semi-directif semble peu adapté auprès des résidents dépendants qui présentent une dysphagie car ils ont aussi des troubles de la communication et/ou d'autres pathologies associées. L'observation aurait été plus adaptée pour évaluer la satisfaction, la participation sociale et la communication non verbale auprès des résidents qui ont une dysphagie et des troubles de la communication. 12 ergothérapeutes l'ont mentionné [Figure 12¹⁶].

C. Intérêt de l'étude

Cette initiation à la recherche m'a permis d'acquérir des connaissances spécifiques sur le thème de la dysphagie chez les résidents dépendants en EHPAD. Cet apport théorique a pu être utilisé dès mon dernier stage. Il me sera très utile dans ma pratique future auprès des personnes âgées en EHPAD.

La construction et la mise en œuvre d'une méthodologie de recherche a été éprouvant mais il m'a permis d'ouvrir mon expertise ergothérapique vers la recherche. J'ai également appris à utiliser et rechercher des données dans des documentations fiables.

¹⁵ Définition p.21

¹⁶ Figure 12, p.39

Conclusion

Ce mémoire de fin d'études en ergothérapie m'a permis d'acquérir davantage de connaissances sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Mes recherches se sont centrées sur la dysphagie, trouble associé à plusieurs maladies neurodégénératives engendrant des situations de handicap, en lien avec l'ergothérapie en EHPAD notamment lors du repas. Alors, **de quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser la participation sociale d'une personne âgée dépendante qui a une dysphagie, lors de la prise de ses repas en EHPAD ?**

J'ai développé le cadre théorique autour des grands concepts qui sont la personne âgée dépendante présentant une dysphagie, l'EHPAD, le repas et la participation sociale reliés à l'intervention ergothérapique. J'ai porté beaucoup d'intérêt aux solutions thérapeutiques qui contribuent au développement de la coopération interprofessionnelle. L'accompagnement proposé aux résidents dépendants présentant une dysphagie participe à faire évoluer leur satisfaction et mettre en avant leurs capacités. De ce fait, j'ai voulu cibler les champs d'interventions de l'ergothérapeute lors du repas. Dès lors, j'ai émis l'hypothèse que **l'adaptation du positionnement et des facteurs environnementaux de la personne âgée dépendante présentant une dysphagie favorisent sa participation sociale, lors de la prise du repas en EHPAD.**

Pour vérifier l'hypothèse, j'ai construit une enquête qui vise à comparer le point de vue des résidents dépendants qui ont une dysphagie, en EHPAD, via des entretiens semi-directifs, à celui des ergothérapeutes qui les accompagnent quotidiennement, via un questionnaire.

Les résultats ont mis en avant que 27 ergothérapeutes font le lien entre leur intervention autour du repas, la participation sociale du résident et sa satisfaction. Les solutions thérapeutiques les plus citées sont l'adaptation du positionnement, avec 24 réponses, des textures, avec 17 réponses et de l'environnement avec 12 réponses. Divers biais méthodologiques ont été rencontrés lors des entretiens semi-directifs. Pourtant, il en est ressorti que la coopération interprofessionnelle crée une confusion concernant les interventions propres à l'ergothérapeute, aux yeux des résidents.

Par conséquent, l'hypothèse est partiellement validée. Ces résultats concernent un faible échantillon et sont peu représentatifs. Les axes d'amélioration concernent la population cible de résidents et l'outil d'enquête. L'apport théorique acquis pourra être réutilisé dans ma future pratique d'ergothérapeute en gériatrie. De plus, j'ai gagné en aisance pour faire des recherches de données fiables ce qui m'aidera à me former tout au long de ma carrière.

J'aimerais maintenant créer un outil interprofessionnel, telle qu'une grille d'observation pour le repas en EHPAD, qui détaillerait le suivi concernant les solutions thérapeutiques, la participation et la satisfaction du résident dépendant présentant une dysphagie et d'autres troubles associés.

Bibliographie

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2011). *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (p. 64). Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_04_qdv2_cs4_web090911pdf-2_2018-03-16_12-32-35_299.pdf
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2012a). *Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad* (p. 70). Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_06_qdv3_cs4_web_2018-03-16_12-32-35_302.pdf
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2012b). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Qualité de vie en Ehpad (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (p. 114). Consulté à l'adresse ANESM website: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_qdv4_novembre_2012_2018-03-16_12-32-35_307.pdf
- AgeVillage. (2017, décembre 27). Les outils d'évaluation : Aggir, Pathos, Rai, Smaf. Consulté 30 décembre 2018, à l'adresse AgeVillage website: <http://www.agevillage.com/article-4956-1-Les-outils-d-evaluation-Aggir-Pathos-Rai-Smaf.html>
- AgeVillagePro. (2019, mars 8). Le métier de diététicien/ne. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse AgeVillagePro website: <http://www.agevillagepro.com/article-7266-1-le-metier-de-dieteticien-ne.html>
- Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (2008). Les troubles de la déglutition du sujet âgé : un problème trop souvent sous-estimé. *Rev Med Liège*, 7.
- ANESM. (2012, janvier). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-bientraitance.pdf
- ANFE. (2018, décembre 6). Démographie. Consulté 10 janvier 2019, à l'adresse ANFE website: <https://www.anfe.fr/demographie>
- Antoine, C., Antoine, P., Guernonprez, P., & Frigard, B. (2004). Conscience des déficits et anosognosie dans la maladie d'Alzheimer. *L'Encéphale*, 30(6), 570-577. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95472-3](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95472-3)
- Assemblée Nationale. (2018). *Compte rendu - Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain* (Compte-rendu

- N° 11). Consulté à l'adresse Assemblée Nationale website: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/cr-cesoins/17-18/c1718011.pdf>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2017, juillet 3). Définition. Consulté 8 janvier 2019, à l'adresse ANFE website: <https://www.anfe.fr/definition>
- Bureau de l'AFEG. (2011, juillet). *Fiche 1 - Ergothérapeute DE en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes [EHPAD]*. Consulté à l'adresse http://afeg.asso.fr/index_htm_files/Fiche%201%20afeg%20EHPAD.pdf
- Cap Retraite. (2016a, mars 31). Activité physique en maison de retraite : bienfaits visibles. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse Cap Retraite website: <https://www.capretraite.fr/vivre-en-maison-de-retraite/le-quotidien/l-activite-physique-adaptee-en-maison-de-retraite/>
- Cap Retraite. (2016b, mars 31). Equipe d'animation en maison de retraite. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse Cap Retraite website: <https://www.capretraite.fr/vivre-en-maison-de-retraite/les-professionnels/equipe-d-animation-en-maison-de-retraite/>
- Cap Retraite. (2016c, mars 31). Personnel soignant en maison de retraite : toutes leurs tâches. Consulté 28 décembre 2018, à l'adresse Cap Retraite website: <https://www.capretraite.fr/vivre-en-maison-de-retraite/les-professionnels/personnel-soignant-en-maison-de-retraite/>
- Cardon, P., & Gojard, S. (2008). Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement. *Retraite et société*, (56), 169-193.
- Cédric VIGNAL. (2014). *Animation - Déglutition et fausse route* (c) Cédric Vignal. Consulté à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=gVji1w0QYeA>
- Centre d'observation de la société. (2019, janvier 24). L'espérance de vie progresse, les écarts entre femmes et hommes se réduisent. Consulté 15 octobre 2018, à l'adresse Centre d'observation de la société website: <http://www.observationsociete.fr/population/evolution-esperance-de-vie.html>
- Chatellier, D., Chauvet, S., & Robert, R. (2009). Pneumopathies d'inhalation. *Réanimation*, 18(4), 328-333. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2009.03.008>
- Chavane, V., & Dibie-Racoupeau, F. (2006). Plaidoyer pour un soin interprofessionnel et interdisciplinaire à partir d'une expérience en gérontopsychiatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 6(32), 15-19. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(06\)75227-8](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(06)75227-8)
- CNSA. (2015, mai 12). Plan Solidarité grand âge : l'importance du bien vieillir. Consulté 3 février 2019, à l'adresse CNSA website: <https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-solidarite-grand-age>
- CNSA. (2017, novembre). La situation des EHPAD en 2016. Consulté 15 octobre 2018, à l'adresse CNSA website: <https://www.cnsa.fr/node/3701>
- Comité scientifique des référentiels, & AGGIR et PATHOS. (2012). *Rapport du 2 août 2012*. 59.
- Cottet, I., Marion, G., & Dreyer, P. (2010). Plaisir de manger et refus d'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, THE PLEASURE OF EATING AND THE

- REFUSAL OF FOOD IN RETIREMENT HOMES IN OLDER DEPENDENT PEOPLE.
Gérontologie et société, 33 / n° 134(3), 207-215. <https://doi.org/10.3917/g.s.134.0207>
- Coutton, V. (2001). Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR): une tentative en France avec la grille aggir. *Gérontologie et société*, 24 / n° 99(4), 111-129.
- De Singly, F. (2011). *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire* (2ème). Paris: Armand Colin.
- De Vivie, A. (2018, mars 20). Dénutrition : Une affaire pluridisciplinaire. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse AgeVillagePro website: <http://www.agevillagepro.com/actualite-15407-1-Denuitration-Une-affaire-pluridisciplinaire-.html>
- Degonde, P. (2016, novembre 21). Le kinésithérapeute en maison de retraite médicalisée. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse Conseil dépendance website: <https://www.conseildependance.fr/le-kinesitherapeute/>
- Démarche SMAF. (2013). SMAF. Consulté 30 décembre 2018, à l'adresse Démarche SMAF website: <http://www.demarchesmaf.com/fr/apropos/implantation/>
- Desport, J.-C., Jésus, P., Fayemendy, P., De Rouvray, C., & Salle, J.-Y. (2011). Évaluation et prise en charge des troubles de la déglutition. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 25(4), 247-254. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2011.09.001>
- Direction de l'information légale et administrative, & Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). (2018, avril 11). Qu'est-ce que la grille Aggir ? Consulté 30 décembre 2018, à l'adresse service-public.fr website: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
- Direction de l'information légale et administrative, & Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). (2018, octobre 25). Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad). Consulté 24 novembre 2018, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
- Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, & Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (2007, octobre). *LES BONNES PRATIQUES DE SOINS EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES*. Consulté à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>
- DREES. (2017). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 (N° 1015; p. 8). Consulté à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
- Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, É., Tossier, M., Poriel, G., Tortora, L., ... Brousseau, M. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*.
- Ducoudray, J.-M., Eon, Y., Provost, C. L., Leroux, R., Rollin, E. O., Prévost, P., ... Vuillemin, C. (2017). *Le modèle « PATHOS » - Guide d'utilisation 2017*. 56.
- Dysphagia Research Society. (2009). Seventeenth Annual Dysphagia Research Society Meeting March 4-7, 2009 New Orleans, Louisiana. *Dysphagia*, 24(4), 461-484. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9234-z>

- EHPAD.com. (2017). C'est quoi un EHPAD ? Définition de l'EHPAD pour tout comprendre. Consulté 1 novembre 2018, à l'adresse EHPAD.com website: <http://www.ehpad.com/ehpad.html>
- EHPAD-fr.org. (2017). EHPAD : Tout sur l'EHPAD en 2017. Consulté 1 novembre 2018, à l'adresse EHPAD-fr.org website: <http://www.ehpad-fr.org/>
- Elliott, H. L., & Poly, C. K. (1999). Dining Atmosphere's Affect on Mood and Meal Consumption on Elderly Residents in Long-term Care. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(9, Supplement), A119. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(99\)00812-3](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(99)00812-3)
- ergotherapeute.info. (s. d.). Définition [Ergotherapeute.info]. Consulté 8 janvier 2019, à l'adresse <http://www.ergotherapeute.info/definition/>
- Ferry, M. (2010). Nutrition, vieillissement et santé, NUTRITION, AGEING AND HEALTH. *Gérontologie et société*, 33 / n° 134(3), 123-132. <https://doi.org/10.3917/g.s.134.0123>
- Ferry, M., & Mischlich, D. (2012). *Nutrition de la personne âgée*. Consulté à l'adresse <https://www.sciencedirect.com/book/9782294711251/nutrition-de-la-personne-agee>
- Flajolet, A. (2001). *Rapport Flajolet - Annexe 1 - La prévention : définitions et comparaisons* (p. 89). Consulté à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Floquet, D. (2013). *Le refus de soins de la personne âgée en EHPAD. Groupe de travail avec les aides-soignantes*. 4.
- Fondation Nationale de Gérontologie. (2007). *Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*. Consulté à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf
- Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J., & Samaras, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13(74), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.10.005>
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile transformations réciproques du sens du handicap*. Consulté à l'adresse <http://www.deslibris.ca/ID/434736>
- Fraisse, P. (2007). Le poumon des troubles de la déglutition. *Revue des Maladies Respiratoires*, 24(6), 791-793. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(07\)91155-9](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(07)91155-9)
- Frégeac, F. F. (2019, mars 8). Le métier de psychologue en EHPAD. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse AgeVillage website: <http://www.agevillage.com/article-7264-1-le-metier-de-psychologue-en-ehpad.html>
- Gangbè, M., & Ducharme, F. (2006). Le « bien vieillir » : concepts et modèles. *médecine/sciences*, 22(3), 297-300. <https://doi.org/10.1051/medsci/2006223297>
- Geng, A., & Cornet, C. (2015). *LES PROBLÉMATIQUES ÉTHIQUES LIÉES À LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE - ÉTAT DES LIEUX EN BOURGOGNE ET FRANCHE-COMTÉ* (p. 84). Consulté à l'adresse Observatoire Interrégional des Pratiques de Soins et d'Accompagnement au regard de l'Éthique & Espace Ethique Bourgogne Franche-Comté

- website:
http://www.erebfc.fr/userfiles/files/RAPPORT_2015_Observatoire_ProblA_matiques_A_thiq_ues_PA_dA_pendante.pdf
- Gervais, P., Hébert, R., Lamontagne, J., & Tousignant, M. (2011). Implementation of functional autonomy measurement system: barriers and facilitators in PISE-Dordogne project. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, (4), 417–428. <https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0306>
- Gouvernement.fr. (2018a, novembre). L’adaptation de la société au vieillissement. Consulté 14 janvier 2019, à l’adresse Gouvernement.fr website: <https://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
- Gouvernement.fr. (2018b, novembre). Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Consulté 14 janvier 2019, à l’adresse Gouvernement.fr website: <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>
- Greuillet, F., & Couturier, P. (2005). *Les troubles de la déglutition chez le sujet âgé*. (1), 39-46.
- Groupe Bienveillance FORAP-HAS. (2012). *Le déploiement de la bienveillance - Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD*. Consulté à l’adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bienveillance_-_rapport.pdf
- Guérin, L. (2016). «Faire manger» et «jouer le jeu de la convivialité» en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). De l’intensification des contraintes de travail pendant le service des repas. *SociologieS*.
- HAS. (2007). *RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée* (p. 25). Consulté à l’adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2018). *Avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022*. 22.
- Hébert, R., Tourigny, A., Gagnon, M., & PRISMA. (2012). *Intégrer les services pour le maintien de l’autonomie des personnes*. Consulté à l’adresse <http://www.deslibris.ca/ID/232382>
- Hotaling, D. L. (1990). Adapting the mealtime environment: Setting the stage for eating. *Dysphagia*, 5(2), 77-83. <https://doi.org/10.1007/BF02412648>
- Imbert, G. (2010). L’entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l’anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 102(3), 23-34.
- INSEE. (2018, décembre 3). Personnes âgées – Action sociale départementale. Consulté 20 octobre 2018, à l’adresse INSEE website: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382611?sommaire=2382915&q=personnes+%C3%A2g%](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382611?sommaire=2382915&q=personnes+%C3%A2g%20)

- INSEE. (2019a, janvier 15). Population par sexe et groupe d'âges en 2019. Consulté 24 janvier 2019, à l'adresse INSEE website: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#menu>
- INSEE. (2019b, mars 26). Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française. Consulté 29 avril 2019, à l'adresse INSEE website: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937>
- Jahidi. (2014, juillet). Diagnostic des laryngites chroniques. Consulté 26 octobre 2018, à l'adresse <http://orl-fmpr.com/diagnostic-laryngites-chroniques/>
- Jeandel, C. (2005). Les différents parcours du vieillissement. *Les Tribunes de la sante*, no 7(2), 25-35.
- Kabeshova, A., Launay, C. P., Gromov, V. A., Fantino, B., Levinoff, E. J., Allali, G., & Beauchet, O. (2016). Falling in the elderly: Do statistical models matter for performance criteria of fall prediction? Results from two large population-based studies. *European Journal of Internal Medicine*, 27, 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.11.019>
- Kotler-Cope, S., & Camp, C. J. (1995). Anosognosia in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 9(1), 52-56.
- Lang, P.-O., Proust, J., Vogel, T., & Aspinall, R. (2013). *Saurons-nous jamais ce qui provoque le vieillissement ?* 13(78), 337-343. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2013.03.008>
- Legifrance. Article 36 - Code de déontologie médicale. , 36 Code de déontologie médicale § (2004).
- Legifrance. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. , SANX0300055L 2004-806 § (2004).
- Legifrance. *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. , Pub. L. No. 0156 (2010).
- Legifrance. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. , Pub. L. No. AFSX1404296L, 2015-1776 (2015).
- Legifrance. Article L1111-4. , Pub. L. No. 2016-87, L1111-4 Code de la santé publique (2016).
- Legifrance. (2016b, août 26). Code de l'action sociale et des familles - Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Consulté 28 décembre 2018, à l'adresse Legifrance website: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000032597026&cidTexte=LEGITEXT000006074069>
- Legifrance. *Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine*. , Pub. L. No. 2017-884 (2017).
- Lepresle, C., Drunat, O., Bilcik-Dorna, C., & Le Corre, C. (2008). Quelques réflexions à partir d'expériences de psychogériatrie autour de l'interprofessionnalisation. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8(47), 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.04.013>
- Logemann, J. A. (2007). Swallowing disorders. *Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology*, 21(4), 563-573. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2007.03.006>

- Lugen, M. (2015). *Petit guide de méthodologie de l'enquête*. Consulté à l'adresse http://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/CEDD/Petit_guide_de_m%C3%A9thodologie_de_l_enqu%C3%AAte_v2_01.pdf
- maisons-de-retraite.fr. (s. d.). L'équipe administrative et technique. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse [maisons-de-retraite.fr website: http://www.maisons-de-retraite.fr/La-vie-en-etablissement/Vos-interlocuteurs-en-maison-de-retraite/L-equipe-administrative-et-technique](http://www.maisons-de-retraite.fr/La-vie-en-etablissement/Vos-interlocuteurs-en-maison-de-retraite/L-equipe-administrative-et-technique)
- Massoulard, A., Desport, J.-C., Baptiste, A., Jésus, P., Fraysse, J.-L., Villemonteix, C., ... Desbordes, S. (2009). Propositions de structuration des commissions de menus en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 23(3), 109-112. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2009.06.001>
- Méchin, O. (2016). Le harcèlement thérapeutique ou les excès du maintien de l'autonomie en EHPAD. *Éthique & Santé*, 13(1), 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2016.02.002>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Ministère de la Santé et des Solidarités. (2006). *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé - Guide nutrition à partir de 55 ans - Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* (p. 67). Consulté à l'adresse <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/959.pdf>
- Ministère de l'Agriculture de l'Agroalimentaire et de la Forêt. (2013). *Rapport au Parlement - Le programme national pour l'alimentation (PNA)*. 135.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2014). *Plan Maladies Neuro-Dégénératives*. 124.
- Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt. (2015). *Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées* (p. 216). Consulté à l'adresse http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2012, mars 8). Ergothérapeute. Consulté 10 janvier 2019, à l'adresse [Ministère des Solidarités et de la Santé website: https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute](https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute)
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017, mai 9). Le dispositif Paerpa. Consulté 3 février 2019, à l'adresse [Ministère des Solidarités et de la Santé website: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa](https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa)
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *LE PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE PAERPA - Bilan intermédiaire 2017* (p. 130). Consulté à l'adresse http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/bilan_paerpa_2018.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé, CNSA, & Pour les personnes âgées. (2016, novembre 17).

- Comment le GIR est-il déterminé? Consulté 30 décembre 2018, à l'adresse Pour les personnes âgées - Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches website: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa/comment-le-gir-est-il-determine>
- Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique, & Ministère de la Santé et des Sports. *Annexe II - Référentiel de compétences de l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute - BO Santé – Protection sociale – Solidarité.*, Pub. L. No. SASH1017858A, 2010/7 (2010).
- Ministre des Solidarités et de la Santé. (2018). *Feuille de route Grand âge et autonomie - Dossier de presse.* Consulté à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_grandage-autonomie.pdf
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux* (De Boeck Supérieur). Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Moutel, G. (2007). *Le refus de soins en question.* (65), 6.
- Moutel, G. (2011, octobre). *Dossier la recherche du consentement aux soins - Entre consentement et refus de soins : l'éclairage éthique.* Consulté à l'adresse <https://www.espaceethique-normandie.fr/wp-content/uploads/sites/50/2018/06/Sante-mentale-refus-soins-consentement-Moutel.pdf>
- Muller, M., & DREES. (2017). L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. *Les dossiers de la DREES*, (20), 23.
- NUTRISENS. (2017). *Dysphagie (troubles de la déglutition) et Fausse route, qu'est-ce que c'est ?* Consulté à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=zphHpqsvF8c>
- OMS. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé.* Consulté à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
- OMS. (2018, février). Vieillesse et santé. Consulté 20 octobre 2018, à l'adresse World Health Organization website: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- ONU. (2006, décembre 13). Programme des Nations Unies concernant les personnes handicapées. Consulté 15 janvier 2019, à l'adresse ONU website: <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>
- Ott, F., Readman, T., & Backman, C. (1991). Mealtimes of the Institutionalized Elderly: A Quality of Life Issue. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 58(1), 7-16. <https://doi.org/10.1177/000841749105800103>
- PAERPA. (s. d.). Perte d'autonomie : faites face aux risques avec le PAERPA. Consulté 3 février 2019, à l'adresse paerpa website: <http://paerpa-centre.fr/usager/>
- Patrice Lefrançois. (2015, janvier). La fiche de poste. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse Geroscopie website: <https://www.geroscopie.fr/print.asp?679B4B7CB16EAF>

- Paugam, S. (2012). *L'enquête sociologique*. Consulté à l'adresse <https://www-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/1-enquete-sociologique--9782130608738.htm>
- Perrin-Hayne, J., & Chazal, J. (2011). *Les personnes âgées en institution*. (22), 32.
- Pouplin, S., Chavoix, C., & Chaillot, F. (2018). *Nouvelle réglementation encadrant les recherches en ergothérapie*. (40), 14-17.
- Pour les personnes âgées. (2016a, mars 7). L'orthophoniste. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse Pour les personnes âgées - Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches website: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/lorthophoniste>
- Pour les personnes âgées. (2016b, mai 19). Le pédicure-podologue. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse Pour les personnes âgées - Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches website: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/le-pedicure-podologue>
- Pour les personnes âgées. (2017, décembre 21). L'assistant de soins en gérontologie. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse Pour les personnes âgées - Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches website: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/lassistant-de-soins-en-gerontologie>
- Pour les personnes âgées. (2018, novembre 19). Le médecin coordonnateur. Consulté 26 mai 2019, à l'adresse Pour les personnes âgées website: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/le-medecin-coordonnateur>
- Pour les personnes âgées - Portail national d'information pour l'autonomie. (2019, janvier 3). Les EHPAD - Pour les personnes âgées. Consulté 24 janvier 2019, à l'adresse Pour les personnes âgées - Portail national d'information pour l'autonomie website: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>
- Pour les personnes âgées, & CNSA. (2017, septembre 4). Qu'est-ce que le GIR ? Consulté 17 mars 2019, à l'adresse Pour les personnes âgées - Portail national d'information pour l'autonomie website: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/quest-ce-que-le-gir>
- Puisieux, F., d'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., ... Weil-Engerer, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue des Maladies Respiratoires*, 26(6), 587-605. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(09\)74690-X](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(09)74690-X)
- Réseau International sur le Processus de Production du Handicap. (2019a). Concepts-clés. Consulté 15 janvier 2019, à l'adresse RIPPH website: <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>
- Réseau International sur le Processus de Production du Handicap. (2019b). Le handicap selon le MDH-PPH. Consulté 15 janvier 2019, à l'adresse RIPPH website: <https://ripph.qc.ca/modele->

mdh-pph/handicap-selon-mdh-pph/

- Réseau International sur le Processus de Production du Handicap. (2019c). Le modèle. Consulté 15 janvier 2019, à l'adresse RIPP website: <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
- Rio, C., Jeannier, C., Lejeune, H., Noah, M., Amigon-Waterlot, S., Szekely, C., & Hirsch, E. (2011). *Alimentation & Alzheimer: s'adapter au quotidien : guide pratique à l'usage des aidants à domicile et en institution*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Rochex, J.-Y. (1995). *Le sens de l'expérience scolaire : entre activité et subjectivité* (1re éd). Paris: Presses universitaires de France.
- Ruglio, V. (2012). *Vivre au quotidien avec des troubles de la déglutition: un guide pratique pour la personne âgée et son entourage livret-guide*. Marseille: Solal.
- Sanjay, S. (2019). Pneumonie par inhalation et pneumopathie chimique - Troubles pulmonaires et des voies aériennes. Consulté 11 janvier 2019, à l'adresse Manuels MSD pour le grand public website: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-pulmonaires-et-des-voies-a%C3%A9riennes/pneumonie/pneumonie-par-inhalation-et-pneumopathie-chimique>
- Santé Publique France. (2016, mai 3). Le programme santé des personnes âgées. Consulté 14 janvier 2019, à l'adresse Santé Publique France website: <https://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Thematiques-de-travail/Populations/Le-programme-sante-des-personnes-agees>
- Schmitt, C., & Chenu, R. (2016). *Loi pour l'adaptation de la société au vieillissement - Dossier de presse*. 28.
- Sidenvall, B. (1999). Meal procedures in institutions for elderly people: a theoretical interpretation. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 319-328. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01082.x>
- SIFEF. (2014, mai 7). PROFESSION ERGOTHERAPEUTE [SIFEF]. Consulté 10 janvier 2019, à l'adresse <https://www.sifef.fr/ergotherapeutes/>
- Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (2015). *Le refus de soins*. Consulté à l'adresse http://www.mobiquial.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/AUTOUR_DU_PATIENT/PDF/A11.REFUS_DE_SOINS.pdf
- SUD Salarié-es Korian. (2013, décembre 11). Fiche métier : Les missions de l'Agent de Service Hospitalier, Hôtelier ou d'Hébergement (ASH) en EHPAD. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse SUD Salarié-es Korian website: <https://korian.sudsantesociaux.org/2013/12/11/fiche-de-poste-les-missions-de-lagent-de-service-hospitalier-ash-en-ehpad/>
- SUD Salarié-es Korian. (2014, novembre 2). Fiche métier : Ergothérapeute en EHPAD. Consulté 27 mai 2019, à l'adresse SUD Salarié-es Korian website: <https://korian.sudsantesociaux.org/2014/11/02/fiche-metier-ergotherapeute-en-ehpad/>
- Sydney, Y. M., & Fjellstrom, C. (2005). Food provision and the meal situation in elderly care - outcomes in different social contexts. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18(1), 45-52.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2004.00577.x>

- Syndicat National des Professionnels Infirmiers. (2014, juin 7). Infirmière en EHPAD : fiche de poste. Consulté 26 mai 2019, à l'adresse SNPI website: <https://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiere-en-EHPAD-fiche-de-poste.html>
- Syndicat National des Professionnels Infirmiers. (2016, avril 11). IDEC infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD. Consulté 26 mai 2019, à l'adresse SNPI website: <https://www.syndicat-infirmier.com/IDEC-infirmiere-coordinatrice-ou-referente-en-EHPAD.html>
- Tabuteau, D. (2010). Loi de santé publique et politique de santé. *Sante Publique, Vol. 22(2)*, 253-264.
- Tannou, Y., & Carmary, X. (2017). Le plaisir de manger dans les maisons de retraite : un plan de prévention multidisciplinaire. *Revue Neurologique, 173*, S192. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2017.01.378>
- Tétreault, S., Guillez, P., Izard, M.-H., Morel-Bracq, M.-C., & Association nationale française des ergothérapeutes. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation: méthodes, techniques et outils d'intervention*.
- Toumert, T. (2017, janvier 6). Entretien ou questionnaire : quelle méthode de collecte de données pour son mémoire ? [Billet]. Consulté 12 février 2019, à l'adresse art, langage, apprentissage website: <https://arlap.hypotheses.org/8170>
- Université Teluq. (s. d.). *L'entretien individuel*. Consulté à l'adresse http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/soc1014/IMG/pdf/GuideCollecteMSF_2_EntretienInd.pdf
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4e éd. entièrement revue et augmentée). Paris: Dunod.
- Vidal, A. (2015). *Prévention et lutte contre les troubles de l'oralité chez le petit enfant trachéotomisé sous nutrition entérale*. (15), 70-75.

Lexique

Alimentation : « *C'est absorber tout ce qui peut servir à nourrir un être vivant, selon ses goûts, ses envies et le plaisir de manger une chose plutôt qu'une autre.* » (Ferry, 2010, p.124).

Anosognosie : « *une altération de la capacité à reconnaître la présence ou apprécier la sévérité de déficits dans le fonctionnement sensoriel, perceptif, moteur, affectif ou cognitif* » (Antoine, Antoine, Guermonprez, & Frigard, 2004, p.571; Kotler-Cope & Camp, 1995)

Bientraitance : « *La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'usager. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs.* » (Groupe Bientraitance FORAP-HAS, 2012, p.15). « *La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs.* » (ANESM, 2012).

Dénutrition protéino-énergétique : « *déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères.* » (Ferry & Mischlich, 2012, p.161).

Nutrition : « *l'ensemble des processus d'absorption et d'utilisation des aliments, indispensables à l'organisme pour assurer son entretien et ses besoins en énergie.* » (Ferry, 2010, p.124).

Personne handicapée : « *Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.* » (ONU, 2006).

Pneumonie d'aspiration : « *La pneumonie d'inhalation est définie par l'inhalation de contenu gastrique ou oropharyngé dans le larynx ou les voies aériennes inférieures. Elle est liée à quatre mécanismes qui peuvent être associés : retard à la vidange gastrique, hypersécrétion gastrique, facteurs favorisant le reflux gastro-œsophagien et atteinte laryngée lésionnelle ou réflexe.* » (Chatellier, Chauvet, & Robert, 2009, p.1).

Pneumopathie chimique : « *Une pneumopathie chimique est la conséquence de l'inhalation (aspiration) d'un produit toxique pour les poumons. Le problème vient plus de l'irritation que de l'infection. Un produit toxique couramment inhalé est l'acide gastrique. Une pneumonie chimique*

peut donc résulter de l'inhalation de substances vomies. L'inhalation de vomi peut se produire lorsqu'une personne vomit alors qu'elle n'est pas complètement éveillée, comme cela peut arriver après une crise d'épilepsie ou une surdose de drogue ou d'alcool, ou lorsqu'une personne s'éveille à la suite d'une anesthésie. » (Sanjay, 2019).

Prévention universelle : Actions destinées à tous qui reposent sur l'éducation à la santé pour donner les moyens et l'envie de gérer sa santé (Flajolet, 2001).

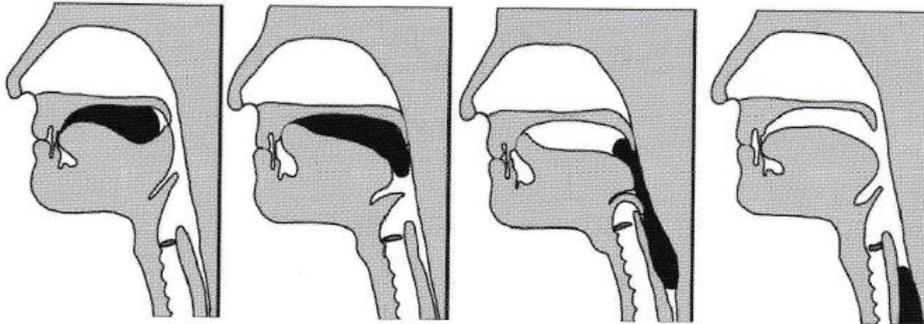
Qualité de vie : *« la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement. » (OMS, 1999, p.19).*

Syndrome de glissement : *« Etat de grande fatigue physique et psychique marqué par un refus de manger, de bouger, de prendre ses médicaments, de communiquer... Cet état peut être le signe d'une volonté de ne plus continuer à vivre. » (Rio et al., 2011, p.153).*

Annexes

Annexe I : Le processus de déglutition et les fausses routes.....	II
Annexe II : Positionnement et déglutition.....	IV
Annexe III : Description des Groupes Iso-Ressource (GIR).....	VI
Annexe IV : Le MDH-PPH 2 de Patrick Fougeyrollas	VII
Annexe V: Echelle de satisfaction.....	XI
Annexe VI : Questionnaire destiné aux ergothérapeutes de l'enquête	XII
Annexe VII : Entretien semi-directif destiné aux résidents de l'enquête	XVII
Annexe VIII : Retranscription de l'entretien semi-directif avec Monsieur B.	XX
Annexe IX : Grille d'entretien.....	XXXIV

Annexe I : Le processus de déglutition et les fausses routes



(Ruglio, 2012, p.11)

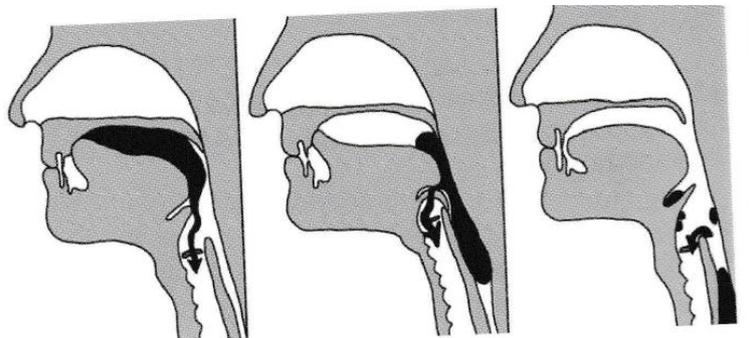
Image 1 : Schéma du processus de déglutition

Ce schéma résume brièvement le déroulement du processus de déglutition. Le contenu alimentaire, représenté en noir sur les schémas, est déposé dans la bouche (schéma de gauche). C'est la phase orale.

Par la suite, il passe dans le carrefour aéro-digestif suite au réflexe de déglutition. C'est la phase pharyngée qui comprend l'élévation du voile du palais et de l'os hyoïde.

Sur le schéma suivant, on observe l'abaissement de l'épiglotte qui protège la trachée et la descente du bol alimentaire grâce à l'ouverture du sphincter œsophagien.

Enfin sur le schéma de droite, le bol alimentaire se dirige vers l'œsophage et descend vers l'estomac.



(Ruglio, 2012, p.12)

Image 2 : Illustration des fausses-routes avant, pendant ou après le réflexe de déglutition

La fausse route arrive lorsque toute substance s'engage vers le larynx, la trachée et prend la direction des poumons au lieu d'aller vers l'œsophage et par la suite, l'estomac.

La fausse route peut survenir avec des liquides, des solides et même la salive.

Dans le cas d'une fausse route avant le réflexe de déglutition, le maintien en bouche du bol alimentaire n'est pas efficace. Une partie fuit dans le carrefour aéro-digestif et s'engage vers le larynx en franchissant l'épiglotte, comme dans l'illustration de gauche. Cette fuite peut être due à un dysfonctionnement de la luette.

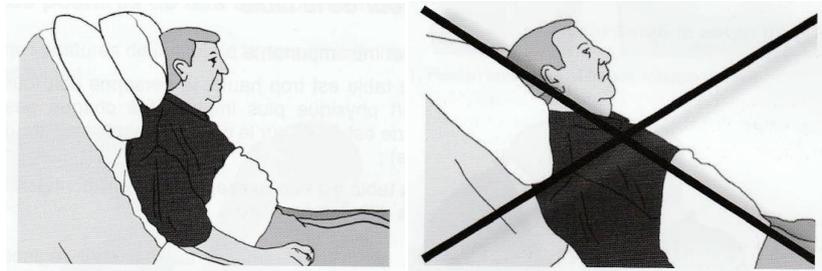
Dans le cas d'une fausse route pendant le réflexe de déglutition, comme dans le schéma central, pendant la phase pharyngée, une partie du bol alimentaire franchit l'épiglotte, qui bloque l'entrée vers la trachée, au lieu de s'engager vers l'œsophage.

Dans le cas d'une fausse route après le réflexe de déglutition, durant la phase œsophagienne, le bol alimentaire est engagé dans l'œsophage mais des résidus stagnent dans le carrefour aéro-digestif. De ce fait, la fausse route survient lorsque ces résidus stagnent vers l'épiglotte, comme dans l'illustration de droite.

Annexe II : Positionnement et déglutition

Pour manger, une personne doit toujours être installée en position assise, avec le dos droit et le menton légèrement penché vers l'avant. De plus, la personne doit toujours avoir des appuis stables, c'est-à-dire que les pieds doivent être à plat au sol ou être sur les cale-pieds du fauteuil roulant. Les mains et les avant-bras doivent pouvoir reposer sur des accoudoirs ou une table.

Si la personne mange au lit, les fesses de la personne doivent être au niveau de la plicature du lit, le dossier du lit doit être relevé afin d'offrir une position assise avec le dos droit. Il est possible d'installer un oreiller pour maintenir une bonne installation durant le repas. Enfin, il faut relever légèrement le lit au niveau des genoux afin de limiter le glissement. La position semi-assise est à proscrire car elle favorise le risque de fausse-route.



(Ruglio, 2012, p.23)

Image 3 et 3bis : Illustrations de la position assise et de la position semi-assise, lors du repas au lit

Quelque soit l'installation de la personne, le soignant doit toujours être à un niveau légèrement plus bas que le résident afin de favoriser la position en flexion antérieure du cou, c'est-à-dire vers l'avant, ce qui limite le risque de fausses route. La position de flexion-rotation latérale de la tête permet également de limiter le risque de fausse-route alors que la position en hyperflexion de tête, c'est-à-dire la tête vers le plafond favorise le risque de fausse-route.



(Ruglio, 2012, pp.25-26)

Image 4 et 4bis : Illustrations de la position de flexion antérieure de la tête puis de la flexion-rotation latérale de tête puis de la position d'hyperextension

En étant à une hauteur légèrement plus basse que celle du résident, le soignant qui aide la personne qui présente une dysphagie, peut établir un contact oculaire, observer les mouvements de la gorge et favoriser la flexion antérieure de tête. La position d'hyperextension de cou, dite position cervidée, est à proscrire.

Le soignant doit donc s'installer face ou de $\frac{3}{4}$ par rapport à la personne. Si la personne a un côté déficitaire, la flexion antérieure latérale doit se faire du côté le plus faible. Cela favorise l'exploration de l'environnement de ce côté.



(Ruglio, 2012, p.28)

Image 5 : Illustration de la position d'hyperextension à proscrire

Annexe III : Description des Groupes Iso-Ressource (GIR)

Le GIR est établi lors d'une évaluation avec la grille nationale AGGIR. Le GIR 1 correspond au niveau le plus élevé de perte d'autonomie, c'est-à-dire les « *personnes ayant perdu toute autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale imposant une présence indispensable et continue d'intervenants* » (Coutton, 2001, p.121) tandis que le GIR 6 est le plus faible, « *personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie courante* » (Coutton, 2001, p.122). Cette évaluation permet d'accorder des aides financières et humaines adaptées à chaque personne pour réaliser les activités de vie quotidienne.

Le Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches, qui est un site gouvernemental, donne une description précise de chaque niveau.

« **GIR 1** : les personnes confinées au lit, dont les facultés mentales sont gravement altérées, et qui ont besoin d'une présence continue d'intervenants. Les personnes en fin de vie.

GIR 2 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées, et qui ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Les personnes qui ont des fonctions mentales altérées, mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer.

GIR 3 : les personnes ayant conservé leurs facultés mentales mais qui ont besoin plusieurs fois par jour d'aides pour les soins corporels.

GIR 4 : les personnes ne faisant pas leur transfert seules (par exemple se lever seules du fauteuil) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et pour s'habiller. Les personnes n'ayant pas de problème pour se déplacer mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour la préparation des repas.

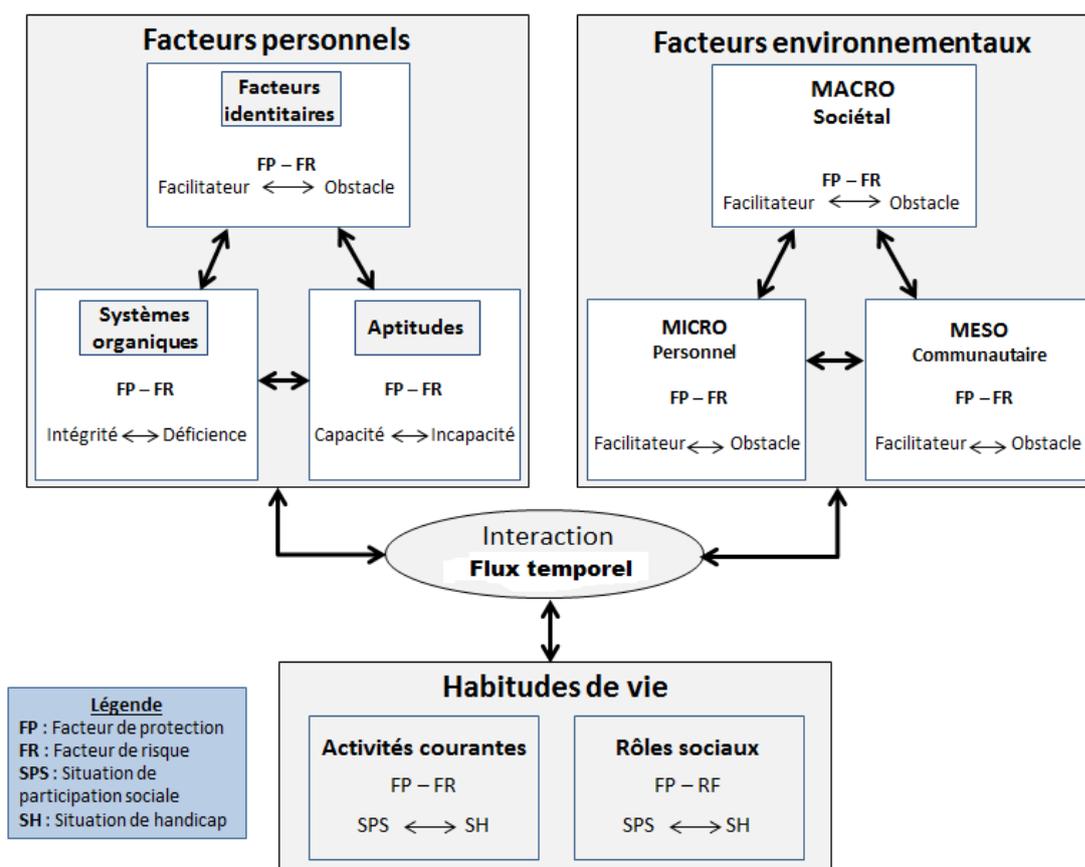
GIR 5 : les personnes qui peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques : préparation des repas, ménage...

GIR 6 : les personnes autonomes pour tous les actes importants de la vie courante. » (Pour les personnes âgées & CNSA, 2017).

Annexe IV : Le MDH-PPH 2 de Patrick Fougeyrollas

Patrick Fougeyrollas est un anthropologue qui a voulu créer un modèle social du handicap. Le MDH-PPH2 de 2010 fait suite au Processus de Production du Handicap (PPH) de 1998. Ce modèle offre une analyse interprofessionnelle et interactive, avec une vision moderne où « *la réalisation des habitudes de vie peut être influencée par le renforcement des capacités ou la compensation des incapacités par la réadaptation et des aides techniques, mais également par la réduction des obstacles dans l'environnement.* » (« Le modèle - RIPPH », 2019).

« *Les facteurs environnementaux constituent, selon le MDH-PPH, un domaine conceptuel d'égale importance à ceux des facteurs personnels et des habitudes de vie.* » (« Le modèle - RIPPH », 2019), c'est-à-dire que les facteurs environnementaux, les facteurs personnels et les habitudes de vie de la personne sont en étroites interaction et évoluent avec le flux temporel. Ce modèle permet de présenter la personne à différents instants de sa vie, tout en ciblant ses besoins et sa participation sociale. La mesure des besoins de la personne est ainsi cadrée dans le temps et l'espace.



(« Le modèle - RIPPH », 2019)

Image 6 : Le Modèle de Développement Humain et Processus du Handicap (MDH-PPH2)

Dans chaque sphère conceptuelle, chaque élément peut être caractérisé comme un facteur de protection ou un facteur de risque.

Les facteurs personnels englobent les systèmes organiques, les facteurs identitaires et les aptitudes de la personne.

- Les systèmes organiques sont un « *ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune* » (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2019) sur le plan anatomique. Ils sont décrits comme déficients ou intègres. Par exemple, il y a les systèmes nerveux, musculaire, cutané, cardiovasculaire, oculaire, etc.
- Les facteurs identitaires sont « *des caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles propres à un individu et à son histoire de vie* » (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2019) qui permettent de cibler des obstacles et des facilitateurs.
- Les aptitudes c'est la « *possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. Les aptitudes s'apprécient sur une échelle allant de « capacité sans limites » à une « incapacité complète* » » (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2019). Par exemple, il y a les aptitudes intellectuelles, motrices, comportementales, sensorielles, etc.

Les facteurs environnementaux comprennent les sphères MACRO, MESO et MICRO qui peuvent constituer des obstacles ou des facilitateurs, impactant la réalisation des habitudes de vie et les facteurs personnels.

- Le MACRO correspond à l'environnement sociétal. Cette sphère correspond par exemple aux politiques, aux lois et au service public accessible à tous sur l'ensemble du territoire.
- Le MESO correspond à l'environnement communautaire. Cette sphère regroupe les diverses caractéristiques à l'échelle du quartier
- Le MICRO correspond à l'environnement personnel. Il englobe l'entourage proche de la personne, son environnement professionnel, son logement, etc.

Les facteurs environnementaux regroupent des facteurs sociaux et physiques dans chacune des sphères.

Facteurs sociaux	Facteurs physiques
Facteurs politico-économiques	Nature
Systèmes politiques et structures	Géographie physique

gouvernementales Système juridique Système économique Système socio-sanitaire Système éducatif Infrastructures publiques Organisations communautaires	Climat Temps Bruits Électricité et magnétisme Luminosité
Facteurs socioculturels	Aménagement
Réseau social Règles sociales	Architecture Aménagement du territoire Technologies

(Fougeyrollas, 2010, p.190 ; Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2019)

Tableau X : Catégorisation des facteurs environnementaux

Par ailleurs, les habitudes de vie constituent « *une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel* » (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2019) selon les facteurs personnels propres à chaque personne. L'habitude de vie contribue au bien être de la personne car elle est signifiante et « *Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.* » (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2019). La réalisation de chaque habitude de vie peut aboutir à une situation de participation ou une situation de handicap.

Activités courantes	Rôles sociaux
Nutrition	Responsabilités
Régime alimentaire Préparation des repas Prise des repas	Responsabilités financières Responsabilités civiles Responsabilités familiales
Condition corporelle	Relations interpersonnelles
Sommeil Conditions physiques Conditions mentales	Relations sexuelles Relations affectives Relations sociales

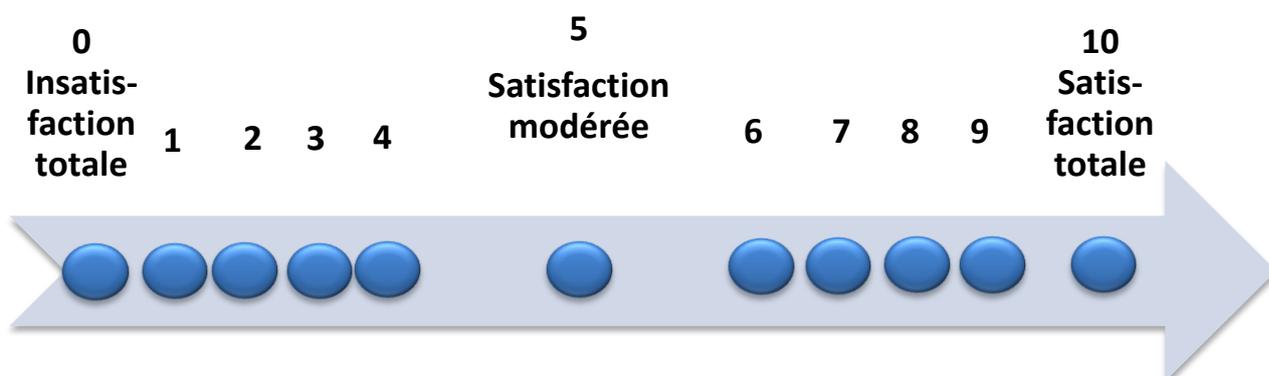
Soins personnels de santé	Vie communautaire
Hygiène corporelle Hygiène excrétrice Habillement et soins de santé	Vie associative Vie spirituelle et pratiques religieuses
Communication	Education
Communication orale et corporelle Communication écrite Télécommunication Signalisation	Education périscolaire Education scolaire Formation professionnelle Autres formations
Habitation	Travail
Activités reliées au domicile Entretien ménager Ameublement et autres équipes utilitaires	Orientation professionnelle Recherche d'un emploi Occupation rémunérée Occupation non rémunérée
Déplacements	Loisirs
Déplacements restreints Utilisation de moyens de transport	Sports et jeu Arts et culture Activités socio-réactives

(Fougeyrollas, 2010, p.188; Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2019)

Tableau XI : Catégorisation des habitudes de vie

Enfin, pour lier les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie, l'interaction est indispensable. L'interaction c'est « *la mise en relation et l'influence mutuelle continues [...] des trois grands domaines ou sous-systèmes : facteurs personnels, facteurs environnementaux et habitudes de vie.* » (Fougeyrollas, 2010, p. 151), ce qui permet d'avoir une analyse holistique. Elle permet ainsi de prendre en compte l'évolution temporelle, nommée flux temporel.

Annexe V: Echelle de satisfaction



J'ai créé cette échelle de satisfaction afin d'avoir un support visuel pour l'entretien avec les résidents.

NB : Si l'un des résidents a des troubles visuels qui l'empêchent de prendre connaissance de cette échelle, je lui détaillerai le fonctionnement oralement afin qu'il puisse coter sa satisfaction.

Annexe VI : Questionnaire destiné aux ergothérapeutes de l'enquête

Présentation du questionnaire

Bonjour !

Je m'appelle Léa Blais et je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Créteil. Je réalise mon mémoire sur la participation sociale de la personne âgée dépendante, qui présente une dysphagie, lors du repas, en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Je réalise un questionnaire afin de mieux comprendre la pratique d'ergothérapeute, en EHPAD, notamment en prenant connaissance de vos champs d'intervention, relatifs au repas, en EHPAD. Le questionnaire est totalement anonyme et il ne vous prendra pas plus de 15 minutes à compléter. Le traitement des données est confidentiel.

Un très grand merci, par avance, pour votre aide et le temps que vous accorderez à ce questionnaire !

Profil de la personne interrogée

1) Quel est votre sexe ?

- ✓ Homme
- ✓ Femme
- ✓ Autre
- ✓ Je ne souhaite pas préciser

2) Quel est votre âge ?

Entrez uniquement un nombre sans texte. Exemple : 54. Si vous ne souhaitez pas répondre, indiquez "Je ne souhaite pas préciser".

- ✓ Réponse courte

3) Exercez-vous en France ?

- ✓ Oui
- ✓ Non [fin du questionnaire si cette case est cochée]

4) Quelle est la date d'obtention de votre Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute ?

Entrez uniquement un nombre sans texte. Exemple : 1999. Si vous ne souhaitez pas répondre, indiquez "Je ne souhaite pas préciser".

- ✓ Réponse courte

5) Avez-vous déjà travaillé en EHPAD ?

- ✓ Oui
- ✓ Non [fin du questionnaire si cette case est cochée]
- ✓ Je viens d'intégrer un poste
- ✓ Autre

L'expérience en EHPAD

6) Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?

Merci décrire votre réponse avec un nombre et la durée temporelle. Exemple : 6 jours, 4 mois, 5 ans.

- ✓ Réponse courte

7) Avez-vous une formation ou un diplôme en lien avec l'accompagnement des personnes âgées ?

Merci de répondre par oui ou par non. Si votre réponse est oui, précisez l'intitulé s'il vous plaît.

- ✓ Réponse courte

8) Avez-vous une formation ou un diplôme en lien avec l'accompagnement des personnes qui ont une dysphagie ?

Merci de répondre par oui ou par non. Si votre réponse est oui, précisez l'intitulé s'il vous plaît.

- ✓ Réponse courte

Le repas en EHPAD

9) Intervenez-vous lors du repas, en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ?

- ✓ Oui
- ✓ Non

• Travaillez-vous autour du repas avec le résident, en dehors du temps de prise de repas ?

- ✓ Oui
- ✓ Non

10) Quel est le but de l'intervention autour du repas ?

Si vous avez plusieurs réponses à fournir, merci de les séparer par des points-virgules s'il vous plaît.

✓ Réponse courte

L'accompagnement de la personne âgée dépendante qui a une dysphagie lors du repas en EHPAD

11) Quelles sont les solutions thérapeutiques que vous pourriez mettre en place lors du repas, en EHPAD, pour une personne âgée dépendante, qui a une dysphagie ?

NB : La dysphagie se définit comme « *la sensation de gêne ou de blocage de la progression des aliments lors de leur passage de la bouche vers l'œsophage. Cette sensation peut concerner les aliments solides comme les aliments liquides* » (Rio et al., 2011, p.152).

Si vous avez plusieurs réponses à fournir, merci de les séparer par des points-virgules, s'il vous plaît.

✓ Réponse courte

12) Avez-vous déjà mis en œuvre l'une des solutions thérapeutiques que vous proposez, pour une personne âgée dépendante ayant une dysphagie, lors du repas, en EHPAD ?

✓ Oui

✓ Non

✓ En cours

✓ Sans opinion

La participation sociale de la personne âgée dépendante qui a une dysphagie

NB : La dysphagie se définit comme « *la sensation de gêne ou de blocage de la progression des aliments lors de leur passage de la bouche vers l'œsophage. Cette sensation peut concerner les aliments solides comme les aliments liquides* » (Rio et al., 2011, p.152).

13) Comment vous rendez-vous compte que l'intervention au niveau du repas, pour la personne âgée dépendante, qui a une dysphagie, est nécessaire ?

Si vous avez plusieurs réponses à fournir dans l'option "Autre", merci de les séparer par des points-virgules s'il vous plaît.

[Plusieurs cases peuvent être cochées]

- ✓ Le résident énonce des restrictions de participation en séance d'ergothérapie
- ✓ Vous faites le lien entre ses incapacités et l'impact dans ses habitudes de vie
- ✓ Vous échangez avec les autres professionnels de l'EHPAD qui accompagnent la personne âgée dépendante qui a une dysphagie.
- ✓ C'est une intervention systématique, que vous réalisez pour chaque résident, en EHPAD.
- ✓ Autre

14) En tant qu'ergothérapeute, si vous deviez intervenir auprès d'une personne âgée dépendante qui a une dysphagie, sur la thématique de la prise du repas, pensez-vous que cela aurait un impact sur la participation sociale de cette personne ?

NB : La participation sociale se définit comme l'« engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées. » (Meyer, 2013, p.170). Merci de répondre par oui, non, ou sans opinion, suivi d'une justification, quelque soit votre réponse.

- ✓ Réponse courte

15) Prenez-vous en compte la satisfaction de la personne âgée dépendante qui présente une dysphagie, concernant la prise de ses repas ?

Merci de justifier votre réponse, s'il vous plaît.

- ✓ Oui
- ✓ Non
- ✓ Sans opinion

16) Comment évaluez-vous la satisfaction de la personne âgée dépendante, qui a une dysphagie, concernant la prise de ses repas ?

Si vous avez plusieurs réponses à fournir, merci de les séparer par des points-virgules s'il vous plaît.

- ✓ Réponse courte

[Retours](#)

17) Si vous accompagnez un(e) résident(e) dépendant(e) qui présente une dysphagie, lors du repas, en EHPAD, pouvez-vous me laisser vos coordonnées, s'il-vous-plait ? Je souhaite échanger avec vous pour savoir si je peux réaliser un entretien avec le/la résident(e) concerné(e).

Merci par avance !

✓ Réponse courte

18) Avez-vous des avis, des commentaires en lien avec ce questionnaire ?

✓ Réponse courte

Merci beaucoup pour votre participation ! Bonne continuation à vous.

Si vous souhaitez me contacter, voici mon adresse mail : 

Annexe VII : Entretien semi-directif destiné aux résidents de l'enquête

Présentation de l'entretien

Bonjour !

Je me présente.

J'explique que je m'intéresse à la participation et la satisfaction de la personne âgée lors du repas, en maison de retraite.

Je souhaite cibler les facilités et les difficultés qui impactent directement sur la satisfaction, lors du repas.

L'entretien est totalement anonyme et durera au moins 40 minutes. Dans le cadre de mon mémoire d'étude, je souhaite enregistrer notre conversation pour que je puisse réécoutez-vos réponses. Cet enregistrement sera totalement confidentiel. Etes-vous d'accord avec cela ?

Etes-vous d'accord pour participer à cet entretien ?

Quel est le lieu calme qui vous convient le plus pour faire l'entretien ?

Un très grand merci, par avance, pour votre aide !

Présentation de la personne qui vit en EHPAD

- 1) Pouvez-vous vous présenter ?
- 2) Pouvez-vous me donner votre âge s'il-vous-plait ?
- 3) Depuis combien de temps êtes-vous dans cette structure ?
- 4) Depuis combien de temps êtes-vous accompagné en ergothérapie, ici ?

L'appréciation de la personne sur sa vie dans l'EHPAD

- 5) Pouvez-vous me parler de votre accompagnement par les différents professionnels de la structure ?
- 6) Appréciez-vous la qualité des repas dans cette structure ?

La personne se focalise sur l'aspect général du repas, la variété des menus et la texture. Il ne s'agit pas de prendre en compte les goûts de la personne.

7) Parlez-moi de l'ambiance du repas dans la structure ?

Bruit, présence de la télévision, annonce du menu par le personnel, etc.

8) Où prenez-vous votre repas ?

8 bis) Si c'est la salle à manger, demander :

- Combien y-a-t-il de personne dans la salle ?
- Comment vous sentez-vous avec vos voisins de table ?
- Pouvez-vous changer de place ou manger en chambre ?

9) Avez-vous des difficultés lors de la prise de votre repas ?

10) Qu'en est-il de votre installation pour manger ?

11) Avez-vous pour habitude de toujours manger votre repas dans la structure ? Prenez-vous votre repas en dehors de la maison de retraite ponctuellement ?

La connaissance de la personne sur sa pathologie

12) Que savez-vous de la dysphagie/ des troubles de la déglutition ?

13) Toute à l'heure, vous m'avez évoqué quelques difficultés relatives à la prise du repas.

Pensez-vous que vos difficultés lors de la prise du repas sont en lien avec votre dysphagie /vos troubles de la déglutition ?

Ressenti de la personne par rapport aux adaptations

14) Quel impact ces difficultés ont-elles sur vous ?

15) Pouvez-vous me parler de la texture de votre repas ?

Il ne s'agit pas de prendre en compte les goûts de la personne mais bien l'appréciation de la qualité de la texture proposée pour le repas.

- 16) Si la personne a répondu qu'il lui arrivait de sortir à l'extérieur pour manger, poser la question suivante :
- Pouvez-vous me parler de votre ressenti lorsque vous mangez en dehors de la structure, sans l'aide de la tierce personne / sans vos ustensiles adaptés ?
- 17) Avez-vous des adaptations lors de la prise de votre repas ?
- 18) Quel image avez-vous des adaptations que l'ergothérapeute vous a préconisé, pour votre repas ?
- 19) A quelle fréquence utilisez-vous ces adaptations ?
- 20) Vous sentez-vous plus en sécurité, lors du repas, lorsque vous les utilisez ?

Participation et satisfaction

- 21) Pouvez-vous me parler de votre participation lors de la prise de votre repas ?
- 22) Depuis que vous utilisez vos adaptations et que vous êtes accompagné par l'ergothérapeute, avez-vous plus d'aisance à prendre votre repas ?
- 23) Etes-vous satisfait de votre manière de prendre votre repas actuellement ?
- 24) Pourriez-vous évaluer votre satisfaction via cette échelle numérique, où 0 correspond à une insatisfaction totale et 10 à une satisfaction totale ?
- 25) Votre satisfaction a-t-elle évolué depuis que vous-êtes accompagné par l'ergothérapeute ?

Avis

- 26) Voulez-vous rajouter quelque chose suite à cet entretien ?

Je vous remercie pour toutes vos réponses. Cela va énormément m'aider pour la suite de mon mémoire. Je vous souhaite une bonne continuation et surtout, prenez soin de vous.

Annexe VIII : Retranscription de l'entretien semi-directif avec Monsieur B.

Cet entretien a été réalisé le 5 Avril 2019. Il a duré 26mn35s. Les identités mentionnées dans cet entretien sont fictives. Monsieur B est au lit et nous avons convenu de ce rendez-vous en amont. Je me mets sur son coté droit, assise sur une chaise. Je dispose d'un ordinateur durant l'entretien. Je règle le lit à sa convenance pour qu'il soit bien installé.

Les paroles de Monsieur B sont retranscrites en bleu. Tout ce qui concerne le cadre général et la communication non verbale est mis entre crochets et retranscrit en violet.

Présentation de l'entretien

- Bonjour ! Je m'appelle Léa Blais, je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'IFE de Créteil. Je réalise mon mémoire sur le repas des personnes âgées en maison de retraite. La maison de retraite s'appelle aussi l'EHPAD.
Je souhaite vous poser quelques questions afin de mieux cibler vos facilités, vos difficultés, votre participation et votre satisfaction lors du repas.
- On peut commencer.
- L'entretien est anonyme et durera au moins 40 minutes. Dans le cadre de mon mémoire d'étude, je souhaite enregistrer notre conversation pour que je puisse réécoutez-vos réponses. Cet enregistrement sera totalement confidentiel. Etes-vous d'accord pour participer à l'entretien ?
- Je suis d'accord avec toi.
- Est-ce que ce lieu vous convient pour faire l'entretien ?
- Ça va très bien.
- D'accord, c'est parti ! Merci beaucoup pour votre aide !

Présentation de la personne

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Je m'appelle Monsieur B.
- Oui.
- Je suis à la maison de retraite.
- D'accord.
- Vous posez des questions, je vous répons. [Nous sourions tous les deux.]
- Pouvez-vous me donner votre âge si cela n'est pas trop indiscret s'il-vous-plait monsieur ?
- Demain c'est mon anniversaire ! [large sourire]
- Demain ? [d'un air étonné]

- Demain, oui.
- C'est vrai !? [d'un air étonné]
- Je suis né le 6 avril.
- D'accord.
- 1953.
- D'accord, donc ça vous fait quel âge alors ?
- Vous comptez. [D'un air blagueur]
- Ok, pas de soucis. [je rigole]
- Je pense 66 ans. [il rigole].
- Ok, OK ok. Et, euh, vous êtes depuis combien de temps ici ?
- Ça fait plus de 2 ans.
- D'accord. Et, euuuuh, depuis combien de temps êtes-vous suivi par Amélia, l'ergothérapeute ?
- Qui Amélia ? [il semble ne pas avoir compris ma question et un air interrogateur s'affiche sur son visage].
- Ouais, depuis combien de temps vous êtes suivi par Amélia ?
- Avec Amélia... dans les... même pas une année... [l'air pensif]
- 1 an à peu près ?
- À peu près.
- Ok. [Bruit de clavier] Donc je prends des petites notes au fur et à mesure de l'entretien, c'est juste pour que je puisse me rappeler. D'accord ?
- [Il hoche la tête]

L'appréciation de la personne sur sa vie dans l'EHPAD

- OK. Alors... maintenant je vais m'intéresser à comment vous appréciez votre vie ici au sein de la maison de retraite. Est-ce que vous pouvez me parler de votre accompagnement par tous les professionnels qui sont ici dans la structure ?
- Qu'est-ce que... qu'est-ce qu'il me fait... c'est ça ? [il me fixe car il n'a pas compris]
- Alors, quel soignant vous voyez et comment vous appréciez votre relation avec eux ? [je lui souris]
- Les aides-soignantes. [d'un air assuré]
- Ouais.
- Alors, le matin il me fait toilette... [il réfléchit] Il me fait parfum. Il me change les vêtements. [Bruit de clavier et silence]
- Donc, c'est plutôt une bonne relation que vous avez avec les aides-soignantes ?
- Voilà !
- Ok.

- Mais c'est... c'est pas toujours les mêmes hein.
- D'accord. [Bruit de clavier et silence] Ok. Et, est-ce qu'il y a d'autres professionnels que vous voyez ? Qui vous accompagnent ? Qui viennent vous... vous... s'occuper de vous, etc ? [Je le regarde].
- Il y a une marocaine, il s'appelle Ama. [Je rigole]
- Et qu'est-ce que c'est son métier à Ama ?
- A c'est une... euuuuuh... [Bref silence] c'est une femme qui fait le ménage.
- Ouais. D'accord.
- Il s'occupe de moi.
- Ouais.
- Et après les aides-soignantes.
- Ok. [Bruit de clavier et silence]
- Donc Ama, vous m'avez dit, vous l'aimez bien ?
- Elle est très gentille Ama.
- Ok. [bruit de clavier] Y'a pas d'autres professionnels... que vous souhaitez me mentionner ?
- Y'a, y'a...
- Qui viennent pour s'occuper de vous ? Tous les jours, dans le quotidien...
- C'est pas tous les jours parce que ils changent.
- Oui mais... Ba de temps en temps, au fur et à mesure de la semaine alors. Est-ce qu'il y a d'autres professionnels encore ou pas ?
- Oui il y a une autre aide-soignante, elle s'appelle Clara.
- D'accord. Donc c'est que des aides-soignants et euhh la dame qui fait le ménage.
- La femme qui fait le ménage. [il acquiesce]
- D'accord. C'est tout ? [silence]
- Et à part mes sœurs y vient... Y vient tous les 2 jours.
- Ah oui. Mais ça c'est pas des professionnels
- Aaah.
- d'ici...
- Aaaaaah d'accord. On les oublie alors.
- Non, on les oublie pas ! C'est important. On oublie pas. C'est important. Mais la je me... Je demandais pour les gens qui viennent s'occuper de vous ici.
- De l'hôpital.
- Ouais.
- D'accord.
- Et est-ce que vous appréciez la qualité des repas daaaaaans, dans la maison de retraite, ici ?
- Le repas c'est toujours le même !

- Toujours le même ?
- Toujours la purée ! [d'un air agacé]
- Donc c'est plutôt euuh... négatif ?
- Oui... Toujours la purée. Y change pas. [bruit de clavier] [silence] Parce que j'arrive pas à avaler.
- Ouais. [Bruit de clavier et silence] D'accord. Donc vous appréciez ou vous appréciez pas globalement... la qualité du repas ?
- J'aimerais bien s'ils me diminuaient un peu plus. [Je le regarde d'un air interrogateur]
- Vous voulez dire que ça change un peu plus ?
- Un petit peu
- D'accord. OK... Ok, Ok. Et après... là, parlez moi de l'ambiance du repas. Est ce qu'il y a beaucoup de bruit ? Est ce qu'il y a la télévision ? Qu'est ce que vous pensez du menu globalement ?
- Le menu, le menu il est bon. Il est pas mal.
- D'accord.
- C'est toujours le même !
- Donc c'est moyennement satisfaisant, satisfaisant, pas satisfaisant ?
- C'est pas assez. Pas suffisant.
- C'est peu ou pas ??
- Peu !
- D'accord. Donc là, vous me disiez, le menu c'est toujours le même. Vous l'aimez bien mais c'est toujours le même.
- Toujours le même. Toujours la purée blanche. [je rigole brièvement]
- D'accord. OK. [bruit de clavier] OK [bruit de clavier], très bien. Et donc au niveau du, du, du bruit, tout ça va, de la télé, tout ça ?
- Non... C'est calme. J'ai la télévision. Je regarde le football, les matchs. Je regarde les chaînes. [...] je regarde tout.
- D'accord. Ok. [bruit de clavier] très bien. Est-ce que c'est toujours ici, dans votre chambre, que vous ne vous prenez votre repas ?
- Toujours dans ma, la même chambre.
- Vous allez, vous allez jamais au fauteuil, en salle à manger, etc ?
- Non, avant. Avant, avant je vais aller en salle à manger.
- Avant, d'accord.
- Avant, avant, j'avais des, de, le fauteuil électrique. Je peux pas le conduire. Il est trop rapide. Le fauteuil électrique je peux pas.
- Huuum.

- Amélia l'a pris le fauteuil électrique.
- Ok. [bruit de clavier]
- Parce que j'ai tombé avec le... le fauteuil.
- D'accord. [bruit de clavier] Est ce que ça c'est... satisfait ? Moyennement satisfaisant ? Peu satisfaisant de manger dans la chambre ou pas du tout d'ailleurs ? Enfin, qu'est-ce ce que... En terme de satisfaction pour vous, c'est bien de manger dans la chambre, là où pas ?
- Si je vais aller à la salle à manger, il faut le lève-malade. Il me prend avec lève-malade. Et moi, j'arrive pas à aller à la salle à manger.
- Oui, vous avez pas envie ou...
- Non, je... y peut pas car j'ai le pied malade.
- D'accord.
- Il sait pas me prendre avec le lève-malade.
- Mais, s'ils vous mettent au fauteuil, enfin,...
- Il me prend avec lève-malade et il me met sur le fauteuil.
- Oui [bruit de clavier].
- Et pour me mettre dans le fauteuil,...
- Y'a besoin...
- Il me fait pareil, il me fait mal.
- Ah oui, d'accord, ok. Donc ça vous satisfait de manger là au lit.
- Alors, je mange toujours au lit.
- D'accord. Et ce, ça, ça va vous satisfait ou pas ?
- Non, non, ça me satisfait très bien.
- Très bien ? D'accord.
- Quand je mange au lit, c'est bien ! [il sourit] [bruit de clavier]
- Ok. D'accord, d'accord. [bruit de clavier] Et est-ce que vous avez des difficultés quand vous prenez votre repas ?
- Non. [d'un ton franc]
- Toute à l'heure, vous m'avez dit que vous avez dû mal à avaler, pour vous, c'est une difficulté ça ou pas ?
- Des fois, j'arrive pas à avaler. Quand je mange, ou que je prends limonade, je commence à jouer dans la bouche, pour avaler. Je le mets dans la bouche, je commence à jouer avec de l'eau dans la bouche, après j'arrive à avaler. Sinon, j'arrive pas.
- D'accord, donc ça c'est une difficulté pour vous, pour prendre... votre repas ou boire, par exemple. C'est difficile ça. Et est ce qu'il y a d'autres choses qui sont difficiles pour prendre votre repas ou boire ?
- Y'a personne qui me fait manger. Hein ! Je mange tout seul !

- Ba oui, ça c'est bien !
- Oui. J'ai un seul bras. Je suis handicapé de, leeeee...deeee tout le côté gauche.
- D'accord.
- Le côté gauche, il est handicapé, la main et le pied.
- Mais est ce que ça, c'est une difficulté pour le repas ? Le fait que le côté gauche soit handicapé ?
- Oui...
- Est ce que pour vous, c'est une difficulté ça ?
- Ça veut dire une difficulté... ca veut dire quoi ? Ça me gêne bien-sûr... parce que ce côté, il est mort. [d'un air abattu]
- Ok... [bruit de clavier]
- Le côté gauche, il est mort.
- Ok. [bruit de clavier] mais, vous arrivez quand même à prendre le repas tout seul donc c'est une bonne chose ?!
- Non... J'arrive à prendre le repas seul.
- Ouais, c'est bien ça ! [d'un air rassurant]
- Et des fois, j'arrive pas. Quand je suis fatigué de ce côté droit, parce que j'ai que le côté droit qui travaille...
- Ouais.
- Des fois, ça me fatigue.
- Hum.
- Des fois, dès que je sonne, je sonne à les aides-soignantes, y'a personne qui vient.
- Donc ça c'est... ca vous énerve un petit peu ? Ça...
- Oui ! Ça m'énerve ! Je sonne, y'a personne qui vient.
- D'accord. Même lors du repas ?
- Même lors du repas.
- D'accord. Ok. [bruit de clavier]
- Je peux pas ouvrir une bouteille de limonade. Je sonne.
- Aaaaah. [d'un air intrigué]
- Je peux pas ouvrir une boîte de yaourt. Je sonne. Y'a personne qui vient.
- Humm.
- Tu m'écoutes la !? Une boîte de yaourts je peux pas l'ouvrir avec une seule main. Une bouteille de limonade, tu peux pas l'ouvrir.
- Bah oui, vous avez raison.
- Voilà, je peux pas prendre une cuillère. Je peux pas mélanger. Je peux pas ouvrir une banane. Une banane, je peux pas l'ouvrir.

- Donc ça, vous demander de l'aide ?
- Je demande l'aide, je sonne, y'a personne qui vient. Voilà.
- Sur le temps du midi, elle passe quand même. C'est pas tout le temps comme ça monsieur.
- Neee, neee, je sonne y'a personne.
- Oui des fois elles mettent du temps à venir.
- Voilà elles mettent du temps, oui.
- D'accord.
- C'est bon ? [Il commence à être un peu fatigué]
- oui ça m'aide vraiment tout ce que vous me dites. Franchement, c'est parfait.
- Ca va t'aider comme ça ?
- Ouais. J'ai encore quelques questions. On peut continuer ?
- Allez s'y. [il acquiesce de la tête]
- Euuuh, qu'est-ce qu'il en est de votre installation ?
- L'installation... du lit ?
- Oui comment vous êtes positionné ?
- Du lit ?
- Ba de vous dans votre lit. Est-ce que vous avez des petites difficultés par rapport à ça ? Comment vous vous sentez ? Bien ? Pas bien ?
- Non pas bien.
- C'est pas bien ? [L'air interpellé]
- Pas bien parce que toujours... Euh... parce que je suis toujours... Je tombe toujours du côté droit.
- D'accord, vous tombez du côté droit. OK.
- Le pied gauche, c'est handicapé. Le pied gauche, il est mort.
- Hum.
- Mais tu... je tombe toujours sur le côté droit.
- D'accord. [Bruit de clavier]
- Quand je sors avec Amélia, en bas, au jardin, je me sens bien. [Il sourit légèrement]
- D'accord. [Bruit de clavier]
- Quand je sors avec Amélia en bas, au jardin, je me sens bien. Avec Amélia, je sors au jardin, je vais faire un petit tour, après je reviens. Je me sens bien.
- Aaah baaah oui, ça fait toujours du bien de prendre un petit peu l'air...
- Voilaaaaaa ! [il acquiesce de la tête et sourit]
- ... de voir autre chose que la chaaaambre...
- [Monsieur B me demande de réinstaller un de ses coussins de 13mn27s à 13mn59s].

- Est-ce que des fois vous avez pour habitude deeee manger votre repas, en dehors d'ici ? Par exemple, quand vous êtes avec votre famille ? Vous m'avez dit que vous avez deux sœurs.
- Mes 2 sœurs, des fois je mange avec eux.
- Ici ?
- Je mange tout seul, hein.
- Mais ici ? Vous sortez pas dehors, par exemple, au restaurant ou autre chose ?
- Nooon ! Je peux pas j'ai un seul pied ! [silence] je peux pas sortir, j'ai un seul pied... [l'air sérieux]
- Ok.

La connaissance de la personne sur sa pathologie

- Alors, maintenant, je voudraaiiiiis m'intéresser un petit peu plus à la connaissance que vous avez de justement de...
- Pour avaler ?
- Voilà. Le problème pour avaler.
- Pour avaler, oui.
- Qu'est-ce que vous savez deeee, de ça ? Est-ce qu'on vous a déjà dit qu'est-ce que c'était comme souci ?
- Quand je commence à manger, ça descend pas. Parce que...
- D'accord.
- Parce que tu sais, pourquoi ça descend pas ?... J'ai le moral qui travaille.
- Ok. Vous pensez que c'est en lien avec le rein ? [Je n'avais pas bien compris le mot qu'il a utilisé]
- Le moral, il travaille, qu'on...
- Aaah, le moral, pardon, j'avais pas compris... [Bruit de clavier]
- Le MORAL, le moral.
- Ok.
- Quand je commence à manger, le moral il travaille, je peux pas manger.
- D'accord. Mais donc, vous savez que ce problème là, nous, dans le jargon médical, on appelle ça la dysphasie. D'accord ? C'est quand on a un souci pour avaler, comme vous me l'avez dit.
- Voilaaaaa.
- Ca vous connaissez très bien.
- Voilaaaaa.
- Et où est-ce que.... Vous savez où est-ce que ça pose problème quand vous avalez ?
- Dans la gorge !!
- D'accord. [bruit de clavier] Super et bah vous connaissez bien, hein !!

- Ba oui !
- Vous êtes bien informé, hein !
- Parce que tu étais très gentille avec moi, hein... [il sourit et me regarde].
- C'est pas que moi, c'est vous qui savez ça.
- Ooouuais.
- Et donc tout à l'heure vous m'avez dit, euuh, pendant le repas, vous avez des difficultés à avaler, etc. Donc pour vous, c'est en lien avec ce souci là ?
- Voilà.
- Avec la dysphagie justement, ou pas ?
[Digression sur l'histoire de vie de monsieur B pour justifier que son moral travail, de 16mn00s à 16mn34s]
- Y'en a encore des questions ?
- Un petit peu encore. C'est... Je sais, y'a beaucoup de choses que je vous demande. Ca me permet d'avoir beaucoup d'information, moi, après pour euuh, pour mon travail sur mes études.
- Pour ton stage ?
- Oui, euh, enfin, surtout pour l'école, on va dire.
- Pour l'école, c'est bien.

Ressenti de la personne par rapport aux adaptations

- Et maintenant, je vais vraiment m'intéresser à vous votre ressenti. C'est ce qui est le plus important pour moi, à travers toutes mes questions. Et je voudrai savoir quel impact ces difficultés, ouuu, pour avaler elles ont sur vous ? Qu'est-ce que ça vous fait, euuh, à vous ?
- C'est quand je mange, je mange au lit. Je peux prendre des constipations. Je peux pas digérer comme ça. Tout le temps au lit. Je bouge pas. Je mange le goûter, le petit-déjeuner, et le matin... le ma.. Le matiiiiin, le soir au lit comme ça... mon ventre, il est gonflé, regarde.
- D'accord. Donc ça, ça vous, ..., ça c'est, c'est un ressenti plutôt négatif que vous avez deee...
- L'estomac, ça travaille pas.
- Ouais. D'accord. [bruit de clavier]
- L'estomac ça travaille pas quand on mange au lit. [bruit de clavier] tu m'as compris ?
- Oui j'ai très bien compris. C'est très bien expliqué ce que vous me dites.
- Qu'est-ce qu'on... Quand je mange au lit, l'estomac ça travaille pas.
- Ouais. Et est-ce que vous pouvez me parler de la texture de votre repas ? Vous mangez comment vous ? En morceaux ? mixé ? comment c'est ?
- Mixé... mixé ! Je mange mixé, tout mixé !
- Et, est-ce que c'est quelque chose qui vous satisfait ?

- Oooh, c'est très bien. Je mange mixé, c'est bon !
- C'est très satisfaisant ou satisfaisant ?
- Non, non, j'ai... je me sens bien quand je mange mixé.
- C'est très satisfaisant ?
- Et ba oui !
- OK. [il sourit] ça, ... vous vous sentez bien, c'est quelque chose que vous appréciez.
- Voilà ! J'ai habitué avec mixé.
- D'accord. [bruit de clavier] Ok. Vous êtes habitués, aahh oui !
- Ca y est, je suis habitué avec mixé.
- D'accord. Ça a mis un petit peu de temps ?
- Ça a mis un petit peu mais pas grand-chose.
- D'accord. Euuuh, donc est ce que vous avez des petites adaptations pour votre repas ? Est-ce que, par exemple, Amélia elle a mis des choses en place pour que ça soit plus facile pour prendre le repas, pour vous ?
- Non euuh, il amène... euh une assiette, de la purée...et...
- L'assiette, elle est particulière ou pas ?
- J'ai... J'ai l'huile d'olive.
- Ouais. [je rigole]
- Je mets l'huile d'olive dans la purée et le fromage et je mange. Voilà !
- D'accord, mais vous avez pas d'adaptations spécifiques ? Par exemple, des couverts spécifiques, une assiette spécifique, un verre spécifique ?
- Non.
- Non. Et, est-ce que vous avez eu, euuuuh, par exemple, deees... des conseils sur comment... comment il faut être installé, pour justement éviter d'avoir des difficultés à avaler ?
- [Interruption soudaine par un résident qui entrouvre la porte de la chambre sans prévenir. Ceci perturbe Monsieur B que je réassure par la suite. Cela dure de 19mn32s à 20mn01s]
- Du coup, j'étais en train...
- Ça hein... [il est encore un peu perturbé par cette interruption et agacé]
- J'étais en train de vous demander, vous savez, vous m'avez dit donc, des difficultés pour avaler. Est-ce que vous avez eu des petits conseils, par exemple, de... d'Amélia ouuu... au moins, ... est-ce que Amélia elle vous a dit, par exemple, il faut être installé, bien assis, pour euuuuh, pour manger et éviter deee... d'avalé de travers, d'avoir des difficultés, tout ça ?
- Amélia quand il vient, il m'arrange la tête...
- Ouais.
- avec l'oreiller... et je mange.
- D'accord. [bruit de clavier]

- J'arrive pas à avaler après.
- D'accord. [bruit de clavier] Ba si, vous m'avez dit que vous prenez le repas quand même, euuuh, tout seul donc...
- Non, je le prends...
- Vous savez comment faire pour éviter, euuuh, que... ce... que vous avalez difficilement. Vous arrivez à prendre le repas un petit peu quand même...
- Ca me gêne un petit peu mais c'est pas grand-chose. Amélie quand il vient, il m'arrange bien comme il faut.
- D'accord. [je l'écoute attentivement en le regardant dans les yeux]
- Il m'arrange l'oreiller. Il m'arrange la tête et je mange très bien.
- [bruit de clavier] d'accord. [bruit de clavier] super. Ok.
- C'est bon ? [l'air un petit peu impatient, il sourit]
- On a bientôt fini ! Il me reste encore queeeelques questions et après, c'est fini ! C'est promis ! D'accord ? Alors, et, ... est-ce que...Quelle image vous avez...
- Bouge...
- des conseils qu'elle vous a donné ?
- Bouge la chaise, pour..., en face de moi, par là. [je me décale légèrement pour être plus face à lui] Comme ça c'est mieux ?
- Comme ça !!
- Ok. Est-ce que vous avez une image plutôt positive, négative ou nuancée justement des conseils qu'elle vous a donné Amélie, pour vous installer là ?
- Non, c'est positif.
- Positif, ok.
- Amélie, c'est positif ! Et en plus je l'aime beaucouuuup.
- Hum. [bruit de clavier]
- il est sérieux. Il travaille très bien.
- D'accord, ok. Euhhh huuhuumm. Et est-ce que du coup grâce à ses conseils, vous vous sentez plus en sécurité pour prendre votre repas ?
- Ah bah oui ! [l'air sérieux, il me regarde dans les yeux]
- Aaaaah ! C'est bien ça. Ok. Oui... alors, vous vous sentez plus en sécuritééééé... Vous avez d'autres choses à me rajouter par rapport à ça ou pas ?
- Non, je suis en sécurité. Y'a pas problème.
- Ok. [bruit de clavier] OK, super.
- Alors, vous êtes au psychologue, vous ?
- [je rigole brièvement] Non ! Je suis stagiaire ergothérapeute, vous savez. Amélie elle est ergothérapeute.

- Aaaah vous êtes stagiaire alors !

Participation et satisfaction

- Ouais. Est-ce que vous pouvez me parler de votre participation pour le repas ? Justement vous m'avez dit que vous prenez le repas tout seul. Vous avez d'autres choses à me dire par rapport à tout ça ou pas ?
- Non ! Le repas je le prends toujours tout seul.
- D'accord.
- Y'a personne qui me fait manger.
- D'accord. Donc votre participation elle est totale ?
- Non, non parce que j'arrive.
- Humm, votre participation elle est totale ?
- Ouais, elle est totale.
- Vous avez pas besoin...
- Elle est totale. [bruit de clavier]
- Ok, super. Ok. Et depuis que vous été accompagné par Amélie pour vous installer, pour les petits conseils, tout, ça est-ce que vous arrivez justement avoir plus d'aisance pour prendre votre repas ?
- Eeeh ba ouiiii !
- Oui !
- Oui je peux.
- Ça vous aide plus ? Le fait qu'elle vous installe bien etc, et que ça soit fait par tout le monde maintenant dans la structure...
- Oui. J'arrive bien avaler après.
- D'accord. [bruit de clavier] Ok. J'arri... vous arrivez bien à avaler après, d'accord. [bruit de clavier] le fait d'être bien installé.
- Bien installé !
- C'est ça. [bruit de clavier] Ok. Donc vous êtes satisfait de la manière dont vous prenez votre repas actuellement ? Ca vous satisfait de prendre le repas comme ça ? [je le regarde bien dans les yeux en posant la question]
- Oui. Ça me satisfait.
- Ouais. Ok. Totalement ? partiellement ? Ou vrait...
- Oui, totalement.
- D'accord ! [bruit de clavier] Alors sur une échelle, regardez, je vais vous la montrer. [présentation de l'échelle sur l'ordinateur] c'est pour évaluer votre satisfaction. 0 c'est la...

vous êtes insatisfait, TOTALEMENT, de la manière dont vous prenez votre repas. Il y a 1, 2, 3, 4, 5. 5, c'est à peu près une satisfaction modérée.

- A peu près.
- Moyenne. 6, 7, 8, 9, 10 et 10 c'est une satisfaction totale...
- Totale.
- de la manière dont vous prenez votre repas.
- Totale.
- Alors, vous marquer... vous diriez quel chiffre ?
- Moi, je te dis quel chiffre ? [il me regarde]
- Oui. 10 c'est satisfaction total et 0 insatisfaction.
- Non, non, c'est 10.
- 10 ! D'accord. Donc c'est en lien avec ce que vous m'avez dit tout à l'heure. Normalement, vous êtes bien comme ça. C'est ça ? [il acquiesce de la tête et il me regarde dans les yeux] Ok. Ok, ba je note. C'est très bien.
- Satisfait ?
- Yes, il me reste une question et après...
- Encore ?
- C'est fini. Une seule et c'est fini.
- Après tu me dis il reste encore une... [il rigole]
- Non. Non, c'est une dernière là et après c'est fini. Ma dernière question, c'est de savoir est-ce que votre satisfaction, par rapport à la manière dont vous prenez votre repas, elle a évolué depuis queee vous avez été... enfin... depuis que vous avez eu l'accompagnement d'Amélie ? Est-ce que ça a évolué ?
- Cette question, j'ai pas compris.
- Alors, votre satisfaction, là, vous m'avez dit vous êtes totalement satisfait.
- Satisfait avec elle, Amélia.
- Ouais. Alors justement avant qu'Amélia elle arrive, vous étiez satisfait de la même manière ?
- Non. Non.
- Donc ça a évolué depuis qu'Amélia, elle vous a accompagné ?
- Voiiiiilà !
- Ça... Ça a évolué en bien.
- Satisfait avec Amélia.
- D'accord, ok. OK, ok.
- Maintenant, j'ai compris.

Avis

- Est-ce que vous avez d'autres choses à me... à me rajouter ? Vous voulez me dire d'autres choses par rapport à toutes ces petites questions que je vous ai posées ?
- Non. Une question que je te rajoute, avec Amélie, quand il vient, c'est très bien. Ça...
- D'accord [je souris]
- Ça passe très... 100%.
- D'accord.
- Avec Amélie.
[Il parle de l'histoire personnelle d'Amélia l'ergothérapeute de la structure pour justifier sa satisfaction]
- En tout cas, je vous remercie énormément pour m'avoir donné toutes ses réponses monsieur parce que ça va énormément m'aider pour mes études.
- Ça va t'aider.
- Oui énormément. Merci beaucoup de m'avoir accordé tout ce temps. On a fini.

Annexe IX : Grille d'entretien

Présentation de la personne qui vit en EHPAD			Description				Notes
Q4	Oui	Non	La durée d'accompagnement peut être liée avec l'acceptation des solutions thérapeutiques proposées par l'ergothérapeute.				
Le résident est accompagné depuis 1 an au moins par l'ergothérapeute							
L'appréciation de la personne sur sa vie dans l'EHPAD						Description	Notes
Q5	Vocabulaire valorisant		Vocabulaire neutre	Vocabulaire dévalorisant	Sans opinion	Chronologie des réponses avec la numérotation. Insérer les métiers évoqués en lien avec le type de vocabulaire employé. Possibilités de citer les mots clés associés.	
Quels sont les professionnels décrits ?							
Q6	Oui	Non	Vocabulaire valorisant	Vocabulaire neutre	Vocabulaire dévalorisant	Sans opinion	Cocher l'une des 2 premières colonnes de réponse et citer et catégoriser les mots clés associés.
Q7	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	Sans opinion	Critère qualitatif qui joue sur le bien être de la personne lors du repas. Citer et catégoriser les mots clés associés.
Q8 et 8 bis	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	Sans opinion	Citer le lieu, le nombre, les relations avec les voisins de table et le choix possible pour le lieu de prise du repas ; catégoriser chacune de ces réponses. Critère qualitatif qui joue sur le bien être de la personne

								lors du repas. Si le repas est pris en chambre, passer la Q 8bis.	
Q9	Facteurs personnels	Facteurs environnementaux	Habitudes de vie	Aucune				Lien avec la Q13. La personne catégorise ses difficultés afin que je sache s'il s'agit d'une déficience, d'un obstacle, d'une incapacité ou d'une situation de handicap pour la personne. Citer les mots clés.	
Q10	Facteurs personnels	Facteurs environnementaux	Habitudes de vie	Aucune				La personne catégorise ses difficultés afin que je sache s'il s'agit d'une déficience, d'un obstacle, d'une incapacité ou d'une situation de handicap pour la personne. Citer les mots clés.	
Q11	Oui		Non					Lier à la Q16	
La connaissance de la personne sur sa pathologie							Description	Notes	
Q12	Eléments communs avec la définition	Eléments divergents de la définition	Compréhension globale				La dysphagie se définit comme « <i>la sensation de gêne ou de blocage de la progression des aliments lors de leur passage de la bouche vers l'œsophage. Cette sensation peut concerner les aliments solides comme les aliments liquides</i> » (Rio et		

							al., 2011, p.152). Citer et catégoriser les éléments de réponse. La compréhension globale est catégorisée comme bonne, moyenne ou faible.	
Q 13	Oui	Non	Nuancé	Justification				Reprendre les difficultés énoncées à la question 9. Pour chacune, dire si elle est en lien avec la dysphagie ou pas et citer la justification du résident. Cela permet de comprendre le lien que le résident fait entre sa dysphagie et ses difficultés.
Ressenti de la personne par rapport aux adaptations							Description	Notes
Q 14	Positif	Neutre / Nuancé	Négatif	Sans opinion				Citer les catégories énoncées par le résident pour classer les difficultés. Ex : Je fais plus attention, c'est préventif et positif.
Q 15	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyenne-ment satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	Sans opinion	Critère qualitatif qui joue sur le bien être de la personne lors du repas. Il ne s'agit pas de prendre en compte les goûts de la personne mais bien l'appréciation de la qualité de la texture proposée pour le repas. Catégoriser et citer la justification.	
Q 16	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant	Sans opinion	Critère qualitatif	

									qui joue sur le bien être de la personne lors du repas. Catégoriser et citer la justification . Notion de sécurité et de confort à aborder.		
Q 17	Adaptation du positionnement			Adaptation des facteurs environnementaux				Autre(s)	Aucune	AT : Aide Technique AH : Aide Humaine A : Autre(s) C : Conseil(s) La catégorisation des solutions thérapeutiques énoncées par le résident va permettre de faire le lien avec la thématique suivante du questionnaire mais aussi avec l'objectif et l'hypothèse.	
	AT	AH	A	AT	AH	C	A				
Q 18	Positive			Neutre / Nuancé				Négatif	Sans opinion	Permet de mieux cibler l'intégration de la solution thérapeutique, préconisée par l'ergothérapeute , lors du repas. Relève du ressenti de la personne donc critère qualitatif. Catégoriser et justifier la réponse par les citations.	
Q 19	Très régulièrement	Régulièrement	Souvent	Peu souvent	Irrégulièrement	Pas du tout	Sans opinion			La fréquence témoigne de l'intégration de l'adaptation dans le quotidien de la personne et donc de son	

								utilisation lors du repas. Catégoriser et justifier la réponse du résident.	
Q 20	Oui	Non	Nuancé	Sans opinion				Ressenti par rapport à la sécurité que procure l'adaptation préconisée par l'ergothérapeute. Catégoriser et justifier avec citation. Critère qualitatif.	
Participation et satisfaction								Description	Notes
Q 21	Totale	Partielle	Minime	Aucune	Sans opi-nion				
									Au-delà de la catégorisation, il faut justifier la réponse du résident. Cela permet de comprendre les éléments importants qui concrétisent la participation du résident, lors du repas.
Q 22	Oui	Non	Nuancé	Sans opinion					
								Reprendre les éléments cités par la personne comme solution(s) thérapeutique(s) préconisées par l'ergothérapeute dans la Q17 . Cela permet de faire le lien entre l'accompagnement par l'ergothérapeute, les adaptations préconisées et la participation sociale du résident, en EHPAD, lors du repas. Catégoriser et citer la réponse du résident.	

Q 23	Totalement	Partiellement	Pas du tout	Sans opinion	Il s'agit d'avoir une idée globale du ressenti de la personne concernant la prise du repas, en EHPAD. Faire la corrélation avec la Q24 .	
Q 24	Cotation	Signification				Utiliser l'échelle de satisfaction. Demander à la personne de justifier son propos en citant des exemples qui pourront être catégorisés. Demander si une adaptation peut contribuer à la satisfaction de la personne. Faire la corrélation avec la Q23 .
		Aide technique	Aide humaine	Conseil(s)	Autre(s)	
Q 25	Oui	Non	Nuancé	Sans opinion	Lien entre l'accompagnement par l'ergothérapeute et l'évolution de la satisfaction du résident. Permet aussi de faire évoluer la participation sociale. Lien avec l'objectif et l'hypothèse. Catégoriser et citer la réponse du résident.	
Avis					Description	Notes
Q 26	Elément(s) nouveau(x)				Citer la réponse. Contribue à la discussion.	

Résumé

Participation sociale au repas de la personne âgée dépendante présentant une dysphagie et accueillie en EHPAD

Mots-clés : Dysphagie, repas, EHPAD, Participation sociale, Ergothérapie

La dysphagie est un trouble associé à des maladies neurodégénératives. Cette recherche tente de démontrer que l'adaptation du positionnement et des facteurs environnementaux, par l'ergothérapeute, a un impact sur la participation sociale d'une personne âgée dépendante présentant une dysphagie, lors du repas en Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD). Un questionnaire a été diffusé à des ergothérapeutes exerçant en EHPAD, en France, auprès de résidents dépendants présentant une dysphagie. 3 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de ces résidents en EHPAD, en Ile-de-France. Les résultats concernant les solutions thérapeutiques destinés aux résidents de la population cible démontrent que sur 38 ergothérapeutes, 24 mentionnent l'adaptation du positionnement et 12 évoquent les facteurs environnementaux. Pour 29 ergothérapeutes, l'intervention ergothérapique favorise la participation sociale du résident. Dans les entretiens, les résidents prennent la pratique ergothérapique pour la pratique interprofessionnelle ce qui développe partiellement leur participation sociale. Les résultats s'accordent avec la théorie mais ils sont peu représentatifs. Les troubles associés à la dysphagie doivent être pris en compte pour ajuster l'outil d'enquête et mieux cerner le ressenti du résident. Pour conclure, l'hypothèse est partiellement validée. L'intervention ergothérapique sur l'adaptation du positionnement et des facteurs environnementaux favorise la participation sociale du résident dépendant présentant une dysphagie, lors de la prise du repas en EHPAD. Un outil interprofessionnel détaillant le suivi des solutions thérapeutiques et de la participation sociale homogénéiserait les pratiques.

Abstract

Social participation in the meal of elderly dependent people with dysphagia and welcomed in homes for elderly dependent people

Key words : Dysphagia, Meals, Homes for elderly dependent people, Social participation, Occupational therapy

Dysphagia is an associated disorder of neuro-degenerative diseases. This research try to demonstrate adaptation of positioning and environmental factors, by occupational therapist, has an impact on social participation of elderly dependent people with dysphagia, during meals in homes for elderly dependent people (EHPAD). A questionnaire was circulated to occupational therapists practicing in homes for elderly dependent people, in France; with dependent residents with dysphagia. 3 semi-structured interviews were achieved with these residents in homes for elderly dependent people, in Ile de France. Results about therapeutic solution for residents of the target population demonstrate that out of 38 occupational therapists, 24 mention adaptation of positioning and 12 evoke environmental factors. For 29 occupational therapists, occupational therapy intervention promotes social participation of residents. In interviews, residents take occupational therapy practice for interprofessional practice which partially develops their social participation. The results agree with the theory but they are not very representative. Disorders associated with dysphagia must be taken into account to adjust the survey tool and better understand the resident's feelings. To conclude, hypothesis is partially validated. Intervention of occupational therapist on the adaptation of positioning and the environmental factors promotes social participation of elderly dependent people with dysphagia, during intake of meal in homes for elderly dependent people. An interprofessional tool for monitoring therapeutic solutions and social participation would homogenize practices.