



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER



CHU
TOULOUSE



PREFMS

Pôle régional d'enseignement
et de formation aux métiers de la santé

Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux Métiers de la Santé (PREFMS)
Institut de Formation en Ergothérapie (IFE)
-TOULOUSE-

LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION EN EHPAD : LA PLACE DES ERGOTHÉRAPEUTES DANS LA FORMATION DES AIDES-SOIGNANTS AU POSITIONNEMENT DES RÉSIDENTS

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UEM 6.6

Référent méthodologique :

Monsieur GRILH Alexandre

MIRAOUI Alissa

Mai 2025

Promotion 2022 - 2025

Engagement et autorisation

Je soussignée MIRAOU I Alissa, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.
Le : 8 mai 2025

Signature de la candidate :





AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussigné *MIRAOU Alissa*

Étudiante en ergothérapie de l'*Institut de Formation de Toulouse*

Auteur du mémoire de fin d'étude intitulé :

Les troubles de la déglutition en EHPAD : La place des ergothérapeutes dans la formation des aides-soignants au positionnement des résidents.

Autorise l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet www.anfe.fr
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l'ANFE et le SIFEF, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l'écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d'Etat seront mis en ligne sur le site de l'ANFE par la direction de l'IFE.

Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d'auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à Toulouse
Le 8 mai 2025

Signature

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement mon directeur de mémoire, Alexandre Grilh, formateur kinésithérapeute au PREFMS de Toulouse, pour ses conseils avisés, sa rigueur scientifique et son accompagnement précieux tout au long de ce travail. Son soutien m'a permis de donner le meilleur de moi-même dans cette réflexion.

Je remercie également ma référente pédagogique, Clémence Chassan-Menon, formatrice ergothérapeute à l'IFE de Toulouse, pour ses remarques constructives et son implication dans le suivi de ce mémoire. Ses conseils pratiques et théoriques ont grandement enrichi mon travail.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE, en particulier à Jean-Michel Caire, Alban Dullin, Naella Bouabdellah et Maud Maronier, pour leur soutien et leur disponibilité. Leurs enseignements m'ont permis d'élargir mes perspectives professionnelles et d'approfondir mes connaissances.

Je souhaite également adresser mes remerciements à Alexia Alaux, tutrice de stage au SMR Joseph Ducuing et référente ANFE, pour son soutien bienveillant ainsi que son intérêt pour mon travail de mémoire, qu'elle envisage de valoriser dans un projet à venir. Son engagement renforce la portée de cette réflexion.

Je remercie également toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à rendre ce mémoire plus abouti, que ce soit par leurs relectures, leurs conseils ou leur soutien moral.

Un grand merci à mes amis de la promotion 2022-2025 pour leur énergie, leur solidarité et les moments partagés. Ce fut un véritable plaisir d'avancer ensemble, et je garderai de précieux souvenirs de ces 3 années.

Enfin, je tiens à exprimer ma gratitude infinie à ma famille et à mes amis proches Léa, Élise et Mathilde, qui ont été un soutien émotionnel essentiel tout au long de cette aventure. Votre présence, vos encouragements et vos mots réconfortants m'ont permis de traverser les moments de doute et de fatigue.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 CADRE CONCEPTUEL.....	2
1.1 LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION	2
1.1.1 Définitions, typologie et prévalence.....	2
1.1.2 Conséquences des troubles.....	4
1.1.3 Troubles de la déglutition et vieillissement en EHPAD.....	5
1.2 ERGOTHERAPIE ET TROUBLE DE LA DEGLUTITION	8
1.2.1 Compétences spécifiques de l'ergothérapeute	8
1.2.2 Collaboration interprofessionnelle	9
1.3 FORMATION DES AIDES-SOIGNANTS PAR LES ERGOTHERAPEUTES	10
1.3.1 Rôle des aides-soignants face aux troubles.....	10
1.3.2 Objectifs de la formation.....	11
1.3.3 Méthodes pédagogiques employées : techniques de formation utilisées	13
1.3.4 Modèle en ergothérapie appliqués à la formation : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle	17
1.4 SYNTHÈSE ET PROBLÉMATISATION	19
2 CADRE DE RECHERCHE	20
2.1 MÉTHODE DE RECHERCHE	20
2.1.1 Type d'étude	20
2.1.2 Population choisie.....	21
2.1.3 Le questionnaire comme outil	22
2.1.4 Analyse des données.....	23
2.1.5 Envoi du questionnaire.....	24
2.2 RESULTATS	25
2.2.1 Données socio-démographiques	25
2.2.2 Résultats des questions sur les connaissances des ergothérapeutes sur les troubles de la déglutition.....	27
2.2.3 Résultats des questions sur l'implication des ergothérapeutes dans la formation des aides-soignants	28
2.2.4 Résultats des questions sur les ressentis et besoins en formation.....	30
2.2.5 Résultats issus des réponses ouvertes sur la formation des aides-soignants.....	31

2.2.6	<i>Croisement entre l'ancienneté professionnelle en EHPAD et le sentiment de préparation à intervenir auprès des résidents atteints de troubles de la déglutition</i>	34
2.3	DISCUSSION.....	34
2.3.1	<i>Un rôle central mais inégalement reconnu</i>	35
2.3.2	<i>Des obstacles structurels et humains à la formation</i>	35
2.3.3	<i>La nécessité d'un travail interprofessionnel structuré.....</i>	36
2.3.4	<i>Limites de l'étude et perspectives.....</i>	36
CONCLUSION.....		39
REFERENCES.....		40
TABLE DES ANNEXES		45
ANNEXES.....		I

Table des figures

FIGURE 1 : TABLEAU DES CRITERES D’INCLUSION ET D’EXCLUSION.....	22
FIGURE 2 : REPARTITION DE LA TRANCHE D’AGE DES ERGOTHERAPEUTES TRAVAILLANT OU AYANT TRAVAILLE EN EHPAD	26
FIGURE 3 : REPARTITION DES REpondANTS SELON LA DUREE D’EXERCICE EN EHPAD	27
FIGURE 4: REPARTITION DES REponses A LA QUESTION « AVEZ-VOUS REÇU DES ENSEIGNEMENTS SUR LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION LORS DE VOTRE FORMATION INITIALE ? »	28
FIGURE 5 : REPARTITION DES REponses A LA QUESTION « AVEZ-VOUS DEJA ETE SOLLICITE(E) POUR FORMER DES AIDES-SOIGNANTS SUR LE POSITIONNEMENT DES RESIDENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA DEGLUTITION ? »	29
FIGURE 6: REPARTITION DES REponses A LA QUESTION « VOUS SENTEZ VOUS SUFFISAMMENT FORME(E) POUR ACCOMPAGNER LES AIDES-SOIGNANTS DANS LA FORMATION AU POSITIONNEMENT DES RESIDENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA DEGLUTITION ? »	31
FIGURE 7: CROISEMENT ENTRE L’ANCIENNETE EN EHPAD ET LE SENTIMENT DE PREPARATION ISSU DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE POUR INTERVENIR AUPRES DES RESIDENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA DEGLUTITION (EN %).....	34
FIGURE 8: CROISEMENT ENTRE LE SENTIMENT DE COMPETENCE POUR ACCOMPAGNER LES AIDES-SOIGNANTS ET LES SOLLICITATIONS REÇUES POUR LES FORMER AU POSITIONNEMENT DES RESIDENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA DEGLUTITION (EN %)	34

Index des abréviations

EHPAD	Établissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
MCPO	Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

Introduction

La prise en charge des troubles de la déglutition en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) constitue un enjeu majeur de santé publique, essentiel à la sécurité et au bien-être des résidents (Ferry, 2015). La dysphagie touche entre 30 % et 50 % des résidents en institution (Cerenut, 2022) et peut entraîner des complications graves telles que la malnutrition, la déshydratation ou les pneumonies d'aspiration (Chen et al., 2021). Cette fonction vitale, sollicitée plusieurs centaines de fois lors des repas (Ferry, 2015), se dégrade avec l'âge, à travers des processus naturels comme la presbyphagie ou en raison de pathologies spécifiques.

Les aides-soignants jouent un rôle central dans la prévention de ces risques : ils assurent la surveillance des signes de dysphagie et veillent au positionnement adéquat des résidents. Toutefois, ces responsabilités ne sont pas toujours explicitement reconnues dans les référentiels de compétences (arrêté du 10 juin 2021), ce qui augmente le risque d'erreurs (Puisieux et al., 2009). Par ailleurs, la formation initiale et continue sur ce sujet reste limitée (O'Loughlin & Shanley, 1998).

Les ergothérapeutes, experts du positionnement et de l'adaptation de l'environnement, sont en mesure d'apporter des solutions concrètes en collaboration avec les équipes soignantes (ANFE, 2013). Leur implication dans la prévention des troubles de la déglutition varie selon les établissements, notamment en ce qui concerne la formation des aides-soignants (Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique Ministère de la Santé et des Sports, 2010).

Ce mémoire cherche à savoir si les ergothérapeutes en France forment les aides-soignants au positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition, et à analyser les modalités de ces formations lorsqu'elles sont réalisées. Après avoir détaillé le cadre conceptuel : troubles de la déglutition, rôle des ergothérapeutes, enjeux de la formation ; nous présenterons les approches pédagogiques recensées et les modèles conceptuels mobilisés. La méthodologie, incluant le type d'étude, la population ciblée et les outils d'analyse, sera ensuite exposée. Les résultats issus de l'enquête menée auprès d'ergothérapeutes permettront d'identifier les pratiques existantes, les freins et les leviers d'amélioration. Enfin, nous discuterons ces résultats afin de formuler des recommandations pour renforcer la formation des aides-soignants et améliorer la qualité de vie des résidents.

1 Cadre conceptuel

1.1 Les troubles de la déglutition

1.1.1 Définitions, typologie et prévalence

1.1.1.1 Définition et physiopathologie de la déglutition

Selon le dictionnaire médical de l'Académie de médecine (version 2024), la déglutition est un processus permettant le transfert du contenu buccal dans l'estomac.

Le processus normal de la déglutition se décompose en trois phases distinctes (Annexes I et II), chacune jouant un rôle essentiel dans le passage des aliments de la bouche à l'estomac.

Bien que la phase 0, correspondant à l'autonomie de la préparation et mise en bouche, ne soit pas considérée comme une partie intégrante de la déglutition proprement dite, elle prépare le terrain pour les étapes essentielles du processus (Griffet-Lecoeur & Fleury, 2013).

Chez une personne en bonne santé, la déglutition est un mécanisme semi-automatique, contrôlé principalement de manière réflexe sans nécessiter d'intervention consciente du cortex cérébral. En cas de fausse route chez un individu sain, une toux réflexe se déclenche, pour réorienter le bol alimentaire vers l'œsophage (ILSKI et al., 2018).

Le bon déroulement des différentes étapes de la déglutition repose sur un ensemble complexe de commandes neurologiques réparties sur plusieurs niveaux anatomiques. Parmi ces structures, on retrouve le tronc cérébral et ses six principaux nerfs crâniens, responsables de la coordination des fonctions réflexes et automatiques. Le cortex cérébral intervient quant à lui dans la gestion des activités volontaires telles que l'initiation de la déglutition, la modulation du souffle, l'apnée ou encore la toux. Les noyaux gris centraux sont impliqués dans l'aspect automatique de la fonction, tandis que le système cérébelleux assure la synchronisation et la coordination de l'ensemble de ces processus. Enfin, l'innervation autonome du pharynx et du larynx garantit une coordination précise entre les actions musculaires. (Allepaerts et al., 2008).

La majorité des muscles impliqués dans la déglutition sont sous le contrôle des structures situées au niveau du tronc cérébral, jouant ainsi un rôle central dans ce processus vital (Allepaerts et al., 2008).

1.1.1.2 Troubles associés

Le terme « trouble de la déglutition » est une expression générale qui englobe l'ensemble des dysfonctionnements liés au processus de déglutition. Ce terme et celui de « dysphagie » sont utilisés de manière interchangeable dans la littérature (Shaker, 2006).

La dysphagie, ou trouble de la déglutition, désigne une difficulté à avaler les liquides, les solides ou la salive, et à les faire passer de la bouche à l'estomac. Elle peut se manifester par une gêne, une douleur, une sensation de blocage, ou une impossibilité d'avaler (Shaker, 2006). Ce trouble inclut des risques de « fausse route », lorsque des aliments ou des liquides passent dans les voies respiratoires, pouvant entraîner des complications graves comme des pneumonies d'aspiration (ILSKI et al., 2018; Woisard & Puech, 2003).

Les signes à surveiller incluent une exclusion de certains aliments, un allongement des repas, une dénutrition, une déshydratation, ou des fausses routes fréquentes, accompagnées de toux ou d'étouffement. D'autres symptômes incluent des reflux, hypersalivation, bavage, gêne à avaler, voix « mouillée », cyanose, ou pâleur pendant les repas. Des pneumopathies récidivantes et des difficultés respiratoires sont également à surveiller (Gentil et al., 2021).

1.1.1.3 Typologie

Les troubles de la déglutition peuvent être classés selon différents critères. Concernant leur durée, les troubles aigus apparaissent de manière soudaine, souvent à la suite d'un AVC, d'une chirurgie cervicale ou d'une infection. Ils nécessitent une prise en charge rapide pour prévenir des complications graves. À l'inverse, les troubles chroniques, plus fréquents chez les personnes âgées, résultent du vieillissement naturel des structures de déglutition ou de pathologies dégénératives comme la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou la maladie d'Alzheimer (Puisieux et al., 2009).

Selon leur localisation, on distingue deux types principaux. La dysphagie oropharyngée affecte le passage des aliments de la bouche à l'œsophage et s'accompagne fréquemment de risques d'aspiration ou d'étouffement. Elle est très répandue chez les personnes âgées, touchant jusqu'à 80 % des patients atteints d'Alzheimer et 60 % de ceux atteints de Parkinson (Clavé & Shaker, 2015). La dysphagie œsophagienne, quant à elle, est liée à des obstructions mécaniques ou à des troubles moteurs localisés dans l'œsophage (Puisieux et al., 2009).

Enfin, les causes des troubles de la déglutition sont variées. Elles incluent des facteurs neurologiques, tels que les AVC et les maladies neurodégénératives, des causes mécaniques comme les sténoses ou les tumeurs, des origines iatrogènes liées à des traitements médicaux et des causes fonctionnelles associées au vieillissement des structures de déglutition (ILSKI et al., 2018).

1.1.2 Conséquences des troubles

1.1.2.1 Conséquences physiques

Les troubles de la déglutition entraînent des complications graves, comme la déshydratation, la dénutrition, la perte de poids, les fausses routes et les pneumonies d'aspiration dues à l'inhalation de particules alimentaires ou liquides dans les poumons. Ils augmentent également le risque de reflux gastro-œsophagien, de troubles respiratoires chroniques, et, dans les cas graves, d'asphyxie pouvant être fatale (Bomze et al., 2021; Feinberg et al., 1990).

Ces troubles affaiblissent l'état général, causant toux chronique, infections récurrentes et baisse d'énergie. La mortalité liée aux complications infectieuses ou mécaniques reste un enjeu majeur en EHPAD (Laumond-Boullet & Roustain, 2024).

1.1.2.2 Conséquences émotionnelles, sociales et sur la qualité de vie

Les troubles de la déglutition provoquent souvent anxiété, peur et stress, notamment par la crainte d'étouffement ou de fausses routes. Cette appréhension peut mener à une phobie alimentaire (sitophobie) avec un évitement des repas ou une opposition (refus de manger, boire ou avaler des médicaments), entraînant un isolement social et renforçant la perte d'autonomie (Cerenut, 2022; Griffet-Lecoeur & Fleury, 2013). Les troubles ont donc un impact direct sur la qualité de vie (Ekberg et al., 2002) et peuvent mener à une dépression.

Les résidents touchés perdent confiance en eux, ressentent de l'embarras et craignent la stigmatisation. Ces sentiments peuvent aggraver leur retrait social et créer des tensions dans leurs relations personnelles et familiales, accentuant leur frustration et leur isolement (Ekberg et al., 2002; Laumond-Boullet & Roustain, 2024).

Ces troubles affectent aussi le plaisir de manger, un des rares plaisirs restants pour de nombreuses personnes en EHPAD, menant parfois à l'anhédonisme alimentaire (perte de plaisir) et à une fatigue accrue, allongeant ainsi les repas (Feinberg et al., 1990; ILSKI et al.,

2018). Les adaptations alimentaires nécessaires et la peur de complications limitent encore la socialisation et contribuent au repli sur soi (Allepaerts et al., 2008).

1.1.3 Troubles de la déglutition et vieillissement en EHPAD

1.1.3.1 Lien entre vieillissement et trouble de la déglutition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le vieillissement se définit comme « Le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ces changements ne sont ni linéaires ni réguliers et ne sont pas étroitement associés au nombre des années ». La diversité observée chez les personnes âgées résulte de facteurs multiples et n'est pas due au hasard. En France, le ministère de la Santé et de la Prévention définit une personne âgée comme toute personne de 60 ans ou plus.

Les changements physiologiques de la déglutition associés au vieillissement impactent les trois phases du processus de déglutition (Annexe III). Le "temps 0", qui correspond à l'autonomie de la préparation et à la mise en bouche du bol alimentaire, est également perturbé chez les résidents en EHPAD. En effet, la majorité d'entre eux sont dépendants, ce qui compromet la préparation nécessaire aux étapes fondamentales du processus de déglutition. Cette altération de la phase initiale peut entraîner des difficultés dans le bon déroulement des phases suivantes, augmentant ainsi le risque de complications (Griffet-Lecoeur & Fleury, 2013).

Le réflexe de toux, un mécanisme protecteur essentiel des voies respiratoires, ne diminue pas avec l'âge. Ainsi, la réduction significative de ce réflexe observée chez les patients souffrant de pneumonie par aspiration ne peut être attribuée au vieillissement (Katsumata et al., 1995).

Outre les changements physiologiques, les troubles de la déglutition chez les personnes âgées sont souvent causés par des pathologies organiques (Par exemple, l'AVC), mais aussi par des facteurs iatrogènes non négligeables. Certains traitements médicamenteux affectent le système nerveux central ou la vigilance (comme les benzodiazépines, les neuroleptiques ou bien encore les anticholinergiques) (Allepaerts et al., 2008).

1.1.3.2 Les Troubles de la Déglutition en EHPAD

Les EHPAD en France présentent une forte prévalence de troubles de la déglutition, une condition fréquente chez les personnes âgées. Selon Laumond-Boullet et Roustain (2024), la prévalence des troubles de la déglutition en EHPAD est estimée entre 30% et 60%, en lien avec l'âge avancé et la présence de comorbidités. L'âge moyen des résidents entrant en EHPAD coïncide généralement avec les premiers signes de vieillissement marqué, où des modifications physiologiques (Presbyphagie) et pathologiques entraînent des altérations des mécanismes de la déglutition, devenant cliniquement significatives dès 80 ans (V. Schweizer, 2010).

Ces troubles, également appelés dysphagies, sont souvent le résultat de maladies neurologiques comme la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, ou les accidents vasculaires cérébraux. D'autres facteurs tels que la polymédication, les antécédents médicaux complexes et le déclin physique lié à l'âge augmentent le risque. La gestion de ces troubles en EHPAD est un défi majeur : les professionnels doivent faire face à des complications multiples, notamment la dénutrition. Selon des études de mars 2015 d'UFC-Que-choisir, on estime qu'entre 15 et 38% des personnes âgées en EHPAD souffrent de dénutrition.

Les conséquences des troubles de la déglutition vont au-delà des problèmes nutritionnels. L'impossibilité d'avaler est un handicap extrêmement invalidant, affectant des dimensions psychologiques, sociales et culturelles. Comme le soulignent (Guatterie & Lozano, 2009), l'alimentation ne se limite pas à une fonction biologique ; elle est profondément enracinée dans les traditions culturelles, les pratiques sociales et les besoins émotionnels. En EHPAD, les repas représentent souvent l'un des derniers espaces de plaisir et de convivialité pour les résidents.

Les troubles de la déglutition constituent un enjeu de santé publique (V. Schweizer, 2010) en EHPAD français en raison de leur impact sur la santé des résidents et sur les coûts associés. La malnutrition et les complications comme les infections ou l'aggravation des pathologies existantes alourdissent la charge pour le système de santé. En outre, la population vieillissante en France entraîne une augmentation constante du nombre de personnes touchées, ce qui exige une réponse efficace et adaptée.

1.1.3.3 Prévalence des troubles de la déglutition chez les personnes âgées en EHPAD

Les estimations de la prévalence des troubles de la déglutition chez les personnes âgées divergent considérablement en fonction des études, bien que toutes indiquent une fréquence élevée, particulièrement chez les personnes âgées souffrant de polypathologies et résidant en institution. D'après Greuillet et Couturier, la prévalence des troubles de la déglutition chez les personnes âgées institutionnalisées varie entre 12 et 68 %, ce qui reflète l'hétérogénéité des populations et des méthodes de mesure utilisées.

Une étude de la DREES (2007) a révélé que 82 % des résidents d'EHPAD souffrent d'au moins une pathologie neurologique ou psychiatrique, souvent associée à des troubles de la déglutition. Une autre étude de 2006 a montré que 65 % des résidents en institution présentaient des pathologies entraînant une forte dépendance. Parmi ces résidents, la moitié souffrait également d'un trouble neurocognitif majeur, affectant leurs capacités cognitives et de communication (Dutheil, 2006). Ces conditions, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux, sont les principales causes de troubles de la déglutition (Bomze et al., 2021) justifiant ainsi le pourcentage de personnes âgées institutionnalisées présentant des troubles de la déglutition.

En effet, selon Alimentation et Déglutition – M. Ferry, Nice 2015, la prévalence des troubles de la déglutition est très élevée dans les pathologies neurologiques : sclérose latérale amyotrophique (50 à 100 %), maladie de Parkinson (50 à 90 %), maladie d'Alzheimer (35 à 70 %), et accidents vasculaires cérébraux (15 à 40 %).

Enfin, la polymédication, fréquente en EHPAD, est un facteur aggravant des troubles. Selon l'enquête PAQUID (2005), 56 % des résidents consommaient plus de quatre médicaments par jour. Les psychotropes, antibiotiques et autres médicaments iatrogènes peuvent altérer ou aggraver la déglutition, augmentant ainsi le risque de complications (Forster et al., 2013). Une autre étude a montré que 85 % des résidents en EHPAD étaient polymédiqués, exacerbant ainsi les risques de troubles de la déglutition.

1.2 Ergothérapie et trouble de la déglutition

1.2.1 Compétences spécifiques de l'ergothérapeute

Selon la Fédération mondiale des ergothérapeutes (2017), l'ergothérapie repose sur une approche systémique, intégrant l'interaction entre la personne, l'activité et l'environnement. Cette perspective permet de concevoir des interventions qui favorisent une prise en charge globale et individualisée. Selon France Travail en 2024, près de 15 000 ergothérapeutes sont recensés, dont 85 % exercent en tant que salariés dans des structures sanitaires (hôpitaux, services de rééducation) ou médico-sociales, notamment des EHPAD, où les postes ont connu un essor important ces dernières années.

L'arrêté du 5 juillet 2010, relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, précise que ces professionnels sont formés aux techniques de positionnement, essentielles pour soutenir les fonctions oropharyngées et prévenir les complications de la dysphagie. En complément, le référentiel de compétences des ergothérapeutes (Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique Ministère de la Santé et des Sports, 2010) met en avant une pédagogie intégrée dans leur formation, leur permettant de transmettre leurs connaissances aux équipes soignantes, notamment en matière de postures adaptées et d'utilisation d'aides techniques. L'ANFE souligne également que la formation des équipes soignantes fait partie intégrante des missions de l'ergothérapeute (LME, n°27, 2015).

Le positionnement est une méthode clé utilisée par les ergothérapeutes. Guilloton Sindou et al. (2023) décrivent le positionnement comme un processus clinique visant à installer le patient dans une posture qui prévient, corrige ou compense les troubles posturaux. Les aides techniques, telles que les cales (pour le tronc, les membres, la tête ou le cou), ou bien l'adaptation de l'assise (réglage des fauteuils roulants notamment), permettent de stabiliser le tronc et la tête dans une position facilitant le passage des aliments (Guilloton Sindou et al., 2023).

Le rôle de l'ergothérapeute dans la gestion des troubles de la déglutition passe notamment par la transmission de repères biomécaniques simples, essentiels pour garantir un positionnement optimal au moment des repas. Celui-ci repose sur l'alignement du corps à 90° au niveau des hanches, des genoux et des chevilles, avec les pieds bien en appui au sol. Le bassin doit être calé au fond du siège, le tronc droit, et la tête en légère flexion vers l'avant (position "menton rentré"). Ce positionnement, adapté au fauteuil ou au lit, permet de faciliter le passage du bol alimentaire tout en limitant les risques de fausses routes (Cf. Annexe IV). L'ergothérapeute

ajuste ces principes selon l'autonomie du résident, en mobilisant des aides techniques si nécessaire (cale-tronc, coussins de positionnement, ...), et veille à sensibiliser les professionnels au maintien de cette posture pendant et après le repas ((Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale du Québec, 2020; Desport et al., 2014).

1.2.2 Collaboration interprofessionnelle

En EHPAD, le transfert de compétences est essentiel pour garantir une prise en charge continue et sécurisée des résidents. Les aides-soignants, lorsqu'ils sont formés aux bonnes pratiques, peuvent adapter leur approche quotidienne, notamment par des ajustements posturaux, une vigilance accrue lors des repas et l'utilisation d'aides techniques adaptées. Toutefois, la formation des aides-soignants par les ergothérapeutes n'est ni systématique ni généralisée en France, en raison des variations locales dans les ressources et les pratiques professionnelles (Hermabessière et al., 2019).

La gestion des troubles de la déglutition repose ainsi sur une approche pluridisciplinaire impliquant divers professionnels (O'Loughlin & Shanley, 1998). Si les orthophonistes sont des experts reconnus en évaluation et intervention sur les dysphagies (décret du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste), leur présence en EHPAD reste limitée. En 2020, seulement 46 % des EHPAD en France bénéficiaient de leur intervention régulière (BENIER, 2020). Ce déficit rend d'autant plus essentiel le rôle des autres membres de l'équipe soignante. Pourtant, les recommandations de l'European Society for Swallowing Disorders (ESSD) insistent sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire dans la prise en charge des dysphagies, l'orthophoniste occupant un rôle central dans l'évaluation clinique de la déglutition, la réalisation d'examens spécifiques ainsi que dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de rééducation adaptés aux besoins du patient. Dans ce cadre, la collaboration entre l'orthophoniste et les autres professionnels, notamment l'ergothérapeute, s'avère essentielle pour assurer une prise en charge globale et cohérente, chaque intervenant apportant une expertise complémentaire dans l'accompagnement de l'alimentation et de la sécurité orale. Lorsque l'orthophoniste n'est pas présent dans un EHPAD, le kinésithérapeute peut être ce relais.

Les médecins généralistes et gériatres jouent un rôle clé dans le diagnostic des troubles de la déglutition et la coordination des interventions appropriées. Les kinésithérapeutes, quant à eux, interviennent pour gérer la fonction respiratoire à travers des techniques telles que

l'aspiration, tout en réalisant un désencombrement bronchique. Ils peuvent également améliorer la posture du patient en travaillant sur la position de la tête et du tronc. Les diététiciens sont responsables de l'adaptation des régimes alimentaires afin de prévenir la dénutrition et d'assurer un apport nutritionnel suffisant. Les infirmiers, souvent les premiers à identifier les signes de dysphagie, assurent un suivi quotidien essentiel pour éviter les complications. Enfin, les psychologues jouent un rôle dans l'identification d'éventuels troubles dépressifs, l'acceptation de la maladie par le patient et son intégration dans son environnement familial et social (Allepaerts et al., 2008).

1.3 Formation des aides-soignants par les ergothérapeutes

1.3.1 Rôle des aides-soignants face aux troubles

Les aides-soignants jouent un rôle central dans la prise en charge des troubles de la déglutition au sein des EHPAD. En première ligne des soins quotidiens, ils sont responsables de nombreuses tâches essentielles pour prévenir les complications et maintenir la santé des résidents, notamment celle de servir les plateaux repas et les collations en journée.

1.3.1.1 Diversité des parcours et implications sur la prise en charge

En EHPAD, les aides-soignants sont issus de parcours hétérogènes. Certains possèdent le Diplôme d'État d'Aide-Soignant (DEAS) ou le Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social (DEAES), d'autres un baccalauréat professionnel ASSP. Cependant, un nombre significatif de travailleurs n'ont aucune qualification spécifique, ce qui inclut parfois des "faisant-fonction", c'est-à-dire des personnels non diplômés qui assurent les mêmes missions que leurs collègues qualifiés (Xing-Bongioanni & Plault, 2022). À cela s'ajoute désormais la possibilité, encadrée par l'arrêté du 5 juillet 2022 modifiant celui du 3 février 2022, pour des étudiants en santé non médicaux d'exercer temporairement des activités d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture, dans le cadre de vacances ou en vue de l'obtention du diplôme d'État correspondant.

Cette diversité de formations peut limiter la compréhension des troubles complexes comme la dysphagie, en particulier chez les aides-soignants sans formation formelle sur ces problématiques. Cela peut entraîner une mise en œuvre inégale des recommandations spécifiques, telles que le respect des postures ou des textures alimentaires adaptées.

1.3.1.2 Responsabilités et besoins de formation

Lors des repas, les aides-soignants veillent à :

- Garantir une installation correcte des résidents, respectant les recommandations spécifiques à chaque individu, comme la posture assise ou l'ajustement de la tête pour faciliter la déglutition (Desport et al., 2014; Sulmont-Rossé et al., 2022).
- Superviser l'alimentation, en tenant compte des textures adaptées et des quantités recommandées pour éviter les fausses routes (Desport et al., 2014; Sulmont-Rossé et al., 2022).
- Observer les résidents en continu pour détecter et intervenir rapidement en cas de signe de trouble de la déglutition, tel qu'un réflexe de toux ou une difficulté à avaler (Sulmont-Rossé et al., 2022).

Cette responsabilité place leur rôle au cœur de la prévention des complications, comme le souligne Sulmont-Rossé (2022) : « *Le rôle d'aide-soignante est essentiel lors de la prise des repas* ». La valorisation de leur importance contribue à une meilleure implication et à un engagement accru dans leurs tâches quotidiennes (Derycke, 2009).

Les aides-soignants, étant au contact direct et constant des résidents, assurent un suivi régulier de leur état. Une formation dispensée par un ergothérapeute leur permettrait d'identifier plus rapidement les problèmes liés au positionnement. Grâce à cette vigilance accrue, ils pourraient communiquer efficacement avec l'ergothérapeute, permettant ainsi une intervention précoce et adaptée.

Selon l'ANESM (2012b, p.32), 50 à 70 % des résidents nécessitent une aide partielle ou totale pour s'alimenter (Guérin, 2019). Ce besoin, souvent sous-estimé, peut exacerber les risques liés à la dysphagie si les recommandations ne sont pas rigoureusement suivies par les aides-soignants.

1.3.2 Objectifs de la formation

Les formations viseraient à transmettre des compétences pratiques, telles que l'ajustement des postures des résidents, la surveillance des conditions de repas et la mise en œuvre de stratégies simples mais efficaces, comme maintenir les résidents en position assise après les repas (Engh & Speyer, 2022). Cela inclurait aussi des connaissances sur l'utilisation

des aides techniques et la création d'un environnement propice à une alimentation adaptée. L'objectif serait de contribuer à une amélioration de l'apport nutritionnel et à une réduction des hospitalisations (O'Loughlin & Shanley, 1998). Dans son plaidoyer de 2013 pour améliorer la situation nutritionnelle des seniors, Dorothée Volkert a mis en avant l'importance de former les professionnels médico-sociaux (Sulmont-Rossé et al., 2022).

Malgré le rôle clé des aides-soignants, comme énoncé précédemment, une proportion significative du personnel n'a pas reçu de formation formelle ou spécialisée sur les troubles de la déglutition (Xing-Bongioanni & Plault, 2022). Selon Laumond-Boullet et Roustain (2024), les professionnels les moins formés sont les aides-soignants avec 61% de non formés.

61 % des aides-soignants ne reçoivent pas de formation spécifique à ce sujet. Cette lacune empêche une prise en charge optimale, d'où l'urgence de développer des programmes de formation et de sensibilisation adaptés. Ces formations doivent aussi permettre aux aides-soignants de mieux comprendre les conséquences graves de la dysphagie, comme l'ont relevé Engh et Speyer (2022) : « *Il existe un besoin évident de formation [...] ainsi qu'une prise de conscience des comorbidités graves qui peuvent découler de la dysphagie* ».

Cependant, il est important de souligner que le manque de ressources humaines dans les équipes soignantes, comme l'indique l'enquête EHPA de la DREES, touche 44 % des établissements, lesquels rencontrent des difficultés de recrutement. Cette situation conduit à des postes non pourvus depuis plus de six mois dans 63 % des cas. Par ailleurs, le turn-over élevé constitue également un frein majeur à la mise en place effective de ces formations. En effet, selon la même enquête, 15 % du personnel des EHPAD a moins d'un an d'ancienneté, ce qui rend difficile la stabilité et la continuité de la formation du personnel.

Par ailleurs, rares sont les ergothérapeutes formés eux-mêmes à dispenser des formations spécialisées dans ce domaine. La formation initiale des ergothérapeutes se concentre souvent sur des aspects plus généraux (Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique Ministère de la Santé et des Sports, 2010), et il existe encore un besoin de spécialisation dans la prise en charge des troubles de la déglutition.

La formation ne se limite pas aux aides-soignants, mais doit inclure tous les acteurs impliqués, comme les infirmiers et même les cuisiniers. Hermabessière et al. (2019) soulignent que « la pluridisciplinarité de la formation permet des exposés spécifiques et proches de la pratique quotidienne ». Cette démarche collective favorise non seulement le transfert des compétences, mais aussi une meilleure collaboration interprofessionnelle, essentielle pour

garantir une prise en charge globale et cohérente des résidents : les personnes formées auront plus facilement recours aux ergothérapeutes par la suite en détectant les problématiques de positionnement.

Enfin, l'objectif principal des formations est d'améliorer la qualité de vie des résidents en EHPAD. Comme le rappellent Laumond-Boullet et Roustain (2024), une meilleure prise en compte des droits fondamentaux des personnes âgées passe par une approche professionnelle renforcée. La sensibilisation aux aspects émotionnels et physiques du bien-être des résidents est donc un élément central de ces programmes.

1.3.3 Méthodes pédagogiques employées : techniques de formation utilisées

La formation des aides-soignants au positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition en EHPAD combine des approches pédagogiques adaptées aux besoins pratiques des soignants et aux contraintes du milieu. Ces méthodes, ancrées dans la didactique professionnelle et les techniques modernes d'apprentissage, transmettent des compétences théoriques, pratiques et comportementales. Pour garantir leur efficacité, les formations doivent être adaptées à l'organisation spécifique de chaque EHPAD et répétées régulièrement, notamment lors des changements d'équipes, afin d'assurer une intégration durable des bonnes pratiques (GUEDJ ROUAH, 2013). La traçabilité de ces pratiques dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) constitue également un levier essentiel pour assurer la continuité des soins, le suivi des interventions et la coordination entre les professionnels. Elle permet de formaliser les apprentissages, de sécuriser les transmissions et de valoriser l'application des compétences acquises (CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés), 2025).

Les ergothérapeutes, en tant que formateurs, jouent un rôle de leadership transformateur, selon Hunter (2020). Ce rôle consiste à améliorer la performance des équipes, à encourager l'autonomie et à favoriser une culture de responsabilisation, permettant aux soignants de s'approprier activement les nouvelles pratiques.

La formation repose sur la théorie de la conceptualisation dans l'action, qui rend les gestes non seulement reproductibles mais aussi compréhensibles, et suit la taxonomie de Bloom pour structurer l'apprentissage en cinq niveaux :

1. Connaissance : acquisition des bases théoriques (ex. anatomie et physiologie de la déglutition).

2. Compréhension : capacité à expliquer les concepts (ex. importance de la posture pour éviter les fausses routes).
3. Application : mise en pratique des connaissances (ex. ajustement du positionnement d'un résident).
4. Analyse : identification des problématiques spécifiques à chaque résident (ex. observation des signes de dysphagie).
5. Synthèse : formulation de solutions adaptées et amélioration continue des pratiques.

1.3.3.1 Simulation in Situ

La simulation in situ est une méthode pédagogique innovante qui développe les compétences pratiques des aides-soignants dans leur environnement de travail, comme la salle de restauration des résidents. Elle combine des démonstrations en situation réelle par les ergothérapeutes, par exemple le positionnement des résidents ou l'utilisation d'aides techniques, avec une pratique supervisée. Cette approche immersive et contextuelle facilite l'apprentissage actif, où les erreurs deviennent des opportunités d'amélioration grâce à des débriefings et à une réflexion critique (ZOUICHE et al., 2019).

Contrairement aux formations décontextualisées, la simulation in situ intègre directement les contraintes du quotidien des soignants, favorisant une meilleure appropriation des gestes et une adaptation aux besoins individuels. Cette méthode s'appuie sur le constructivisme de Jean Piaget et l'apprentissage expérientiel en suivant les quatre étapes du cycle de Kolb : expérience concrète (participation active), observation réfléchie (analyse lors des débriefings), conceptualisation abstraite (intégration des retours), et expérimentation active (nouvelle mise en œuvre) (Kolb, 1984). Bien que sa mise en œuvre puisse temporairement perturber la prise en charge des résidents (ZOUICHE et al., 2019), son efficacité en termes de rétention des compétences et de cohésion d'équipe est largement démontrée d'après l'article *Simulation in Situ* publié sur le site Emergensim (2023).

1.3.3.2 Formation théorique

La formation théorique vise à fournir aux aides-soignants des connaissances fondamentales sur la physiologie de la déglutition, les troubles associés et les impacts sur la santé des résidents.

Les sessions sont organisées sous forme d'ateliers interactifs. Ces ateliers couvrent des notions clés, notamment les étapes de la déglutition, les signes indicateurs de dysphagie ainsi

que les complications possibles liées à ces troubles. Pour rendre l'apprentissage plus efficace, divers supports visuels peuvent être utilisés : vidéos explicatives, schémas anatomiques et fiches pratiques. Selon Fleming et Mills (1992), ces outils permettent une approche multimodale qui répond aux préférences d'apprentissage diversifiées des soignants.

Cette approche pédagogique interactive favorise une assimilation globale des enjeux de santé. Elle est particulièrement utile pour adapter les pratiques de soins aux besoins spécifiques de chaque résident. Selon Guatterie et Lozano (2009), combiner théorie et pratique est essentiel pour garantir une prise en charge optimale en EHPAD. L'intégration de ces connaissances théoriques à des exercices pratiques permet de renforcer les compétences des professionnels, assurant ainsi une meilleure prévention des complications et une amélioration de la qualité de vie des résidents. En effet, selon Ausubel (1968), pour qu'un apprentissage significatif ait lieu, il faut que les nouvelles connaissances puissent être logiquement mises en relation avec des connaissances antérieures (Boulet & Savoie-Zajc, 2011).

Ces ateliers offrent un cadre propice à l'échange et à l'apprentissage, encourageant les soignants à poser des questions et à partager leurs expériences. Cela permet de créer une dynamique d'apprentissage collaboratif, un élément clé pour améliorer à la fois les connaissances théoriques et les pratiques professionnelles.

1.3.3.3 Approche collaborative

L'approche collaborative en formation vise à développer une réflexion critique et à résoudre des problèmes dans un cadre participatif. Elle encourage les interactions et favorise la communication, des éléments essentiels pour le travail en équipe dans un environnement comme l'EHPAD.

Les études de cas basées sur des situations réelles rencontrées en EHPAD constituent un pilier de cette méthode. Les participants analysent les défis rencontrés, échangent leurs perspectives et élaborent ensemble des solutions adaptées, en s'appuyant sur leurs connaissances. Les jeux de rôle complètent ce dispositif : les aides-soignants alternent entre les rôles de résidents et de professionnels pour mieux comprendre les enjeux liés au positionnement et à la communication dans les soins quotidiens (Haute Autorité de Santé (HAS), 2016).

Cette méthode ludique et active permet une co-construction par une mise en situation concrète d'une situation préexistante permettant une valorisation des compétences acquises et à acquérir. Selon (Jaziri & Hassen, 2006), cette stratégie coopérative s'appuie sur le travail de

groupe, favorisant une meilleure communication et l'acceptation des différences individuelles. Cependant, il est nécessaire que l'ergothérapeute agisse ici en régulateur du groupe pour éviter les débordements : risque de réactivation de vécus difficiles pour les membres de l'équipe, prises de position caricaturales lors des jeux de rôles et risques de désaccords dans le groupe (Haute Autorité de Santé (HAS), 2016). Ce rôle de régulateur s'inscrit dans la perspective socio-constructiviste essentielle pour éviter les blocages et les conflits lors de la formation. Cela s'inscrit également dans la zone proximale de développement qui désigne, selon le psychologue russe Lev Vygotski (1997), l'écart entre ce qu'un individu peut accomplir seul et ce qu'il peut réaliser avec l'aide d'un groupe ou d'un tuteur, ici, l'ergothérapeute.

En encourageant les participants à confronter leurs idées et à discuter de leurs perceptions, cette approche enrichit l'apprentissage collectif. Elle permet non seulement de résoudre les problèmes concrets rencontrés sur le terrain, mais aussi de créer un climat de travail harmonieux et d'améliorer les performances des équipes soignantes.

1.3.3.4 Formation e-learning

Le e-learning constitue une modalité d'apprentissage en ligne adaptée aux contraintes spécifiques des professionnels en EHPAD. Selon Henri et Plante (2018), il s'agit d'un mode interactif et souvent personnalisé, utilisant des outils tels que des vidéos pédagogiques et des quiz interactifs. Cette approche présente plusieurs avantages, notamment sa flexibilité, qui permet aux soignants de suivre des formations à leur propre rythme, indépendamment des contraintes horaires ou géographiques. En intégrant des éléments ludiques et interactifs, les modules de formation favorisent l'évaluation des acquis tout en renforçant la mémorisation des concepts.

Parmi les différentes formes de e-learning identifiées par Henri et Plante (2018), on distingue :

- L'autoformation : où les apprenants travaillent de manière autonome sur une plateforme d'enseignement en ligne.
- Le tutorat : offrant un accompagnement pédagogique, méthodologique et technique pour guider les participants.
- La classe virtuelle : proposant des enseignements en temps réel via visioconférence, recréant une dynamique proche de l'interaction en présentiel.

Le e-learning ne se limite pas à une simple diffusion de contenus. Il repose sur une utilisation ciblée des nouvelles technologies multimédias et d'Internet, visant à améliorer la qualité de l'apprentissage. La Commission européenne (2001) souligne qu'il facilite non seulement l'accès à des ressources et à des services pédagogiques, mais aussi les échanges et la collaboration à distance.

Pour les professionnels en EHPAD, cette méthode répond à des besoins spécifiques en combinant accessibilité et efficacité. Elle permet de surmonter les contraintes logistiques et temporelles tout en garantissant une montée en compétences continue et en phase avec les évolutions du secteur des soins gériatriques.

1.3.4 Modèle en ergothérapie appliqués à la formation : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO), développé par Mary Egan et Gayle Restall (2022), offre une vision holistique des pratiques en ergothérapie (Annexe IV). Il met en avant l'importance des relations collaboratives entre les professionnels, les résidents et leur environnement pour favoriser une participation significative. Contrairement aux approches centrées sur l'individu, le MCPO adopte une perspective communautaire et contextuelle, essentielle pour l'environnement des EHPAD (Egan & Restall, 2023).

Son objectif principal est de promouvoir une participation optimale en tenant compte de trois dimensions clés (Martini & Backman, 2023):

- Importance personnelle ou communautaire d'une occupation : comprendre pourquoi une activité est essentielle.
- Conditions nécessaires à l'engagement : adapter l'environnement et les pratiques aux besoins individuels.
- Maintien des possibilités occupationnelles : inclure des interventions contextuelles et interprofessionnelles pour renforcer l'autonomie et l'inclusion.

1.3.4.1 Pratique en EHPAD

Dans les EHPADs, le MCPO s'avère particulièrement adapté pour répondre aux défis des troubles de la déglutition, souvent liés à des pertes d'autonomie importantes. Il permet aux ergothérapeutes de travailler en collaboration avec les soignants et les familles afin d'identifier

les obstacles à la participation et de co-construire des solutions adaptées, notamment pour garantir un positionnement adéquat et une prise alimentaire sécurisée (Egan & Restall, 2023).

En s'intégrant aux pratiques quotidiennes, ce modèle favorise un environnement facilitateur et soutient la formation des équipes pour optimiser la qualité de vie des résidents.

1.3.4.2 Perspectives d'interventions

Grâce à ce modèle, l'ergothérapeute peut :

- Identifier les occupations significatives pour les résidents, comme participer activement aux repas.
- Former les soignants à adopter des techniques de positionnement ou des ajustements environnementaux qui favorisent l'autonomie.
- Coordonner des actions pluridisciplinaires pour maximiser l'inclusion et prévenir les complications liées à la dysphagie.

Ces interventions reflètent le rôle de médiateur de l'ergothérapeute, qui vise à optimiser les interactions entre les résidents, leurs environnements physiques et sociaux, et les activités significatives pour eux.

1.3.4.3 Application à la formation des aides-soignants

Dans la formation des aides-soignants pour le positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition, le MCPO sert de guide pour promouvoir une intervention adaptée aux besoins et aux capacités de chaque résident. Ce modèle met l'accent sur l'importance du positionnement en tant que levier essentiel pour une participation sécurisée et respectueuse, minimisant ainsi les risques liés à la déglutition tout en maximisant les fonctions des résidents (Martini & Backman, 2023).

Le MCPO va au-delà des compétences techniques, sensibilisant les aides-soignants à l'impact de leurs gestes sur la qualité de vie et la dignité des résidents. En valorisant les relations collaboratives et l'apprentissage actif, ce modèle renforce leur engagement et leur capacité à ajuster les interventions, contribuant à des soins plus adaptés et significatifs (Egan & Restall, 2023).

Cette approche favorise une compréhension approfondie du rôle du positionnement dans le confort et la participation occupationnelle des résidents, transformant les pratiques quotidiennes en interventions centrées sur la personne et orientées vers le bien-être global.

1.3.4.4 Lien avec les modèles existants

Le MCPO s'inscrit comme une extension des cadres établis tels que le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO). Tandis que le MCRO met l'accent sur les interactions dynamiques entre personne, environnement et occupation, le MCPO va plus loin en englobant les enjeux collectifs de la participation. Ce modèle élargit également les applications pratiques en intégrant des perspectives communautaires et en prenant en compte les environnements sociaux et institutionnels, un aspect essentiel pour les résidents d'EHPAD.

1.4 Synthèse et problématisation

Les troubles de la déglutition en EHPAD constituent un enjeu majeur de santé publique, affectant une part importante des résidents. Ces troubles, souvent liés à des pathologies neurologiques et au vieillissement, entraînent des complications graves, notamment la dénutrition et les pneumonies d'aspiration. Les aides-soignants jouent un rôle central dans leur gestion quotidienne, mais leurs formations sur le sujet demeurent insuffisantes et hétérogènes.

L'ergothérapeute, grâce à ses compétences en positionnement et en pédagogie, est un acteur clé dans la prévention et la formation des soignants. Cette intervention peut inclure des approches pratiques, théoriques et collaboratives, basées sur des modèles tels que le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO). Cependant, des contraintes organisationnelles et un manque de standardisation limitent la mise en place systématique de telles formations.

Ainsi, dans le contexte des troubles de la déglutition en EHPAD et du rôle essentiel des aides-soignants dans leur gestion, une question se pose : **Quelle place occupent les ergothérapeutes dans la formation des aides-soignants au positionnement des résidents en EHPAD face aux troubles de la déglutition ?**

Hypothèse 1 : **Les ergothérapeutes semblent avoir un rôle clé pour former les aides-soignants, en apportant des connaissances et des compétences spécifiques au positionnement des résidents pour mieux gérer les troubles de la déglutition.**

Hypothèse 2 : **La place des ergothérapeutes dans la formation des aides-soignants reste limitée et inégale, en raison de contraintes organisationnelles et d'un manque de reconnaissance institutionnelle de leur rôle pédagogique en EHPAD.**

2 Cadre de recherche

2.1 Méthode de recherche

2.1.1 Type d'étude

Ce mémoire repose sur une étude observationnelle, descriptive et analytique, s'inscrivant dans une approche mixte (Pluye, 2023). Elle mobilise une méthode majoritairement quantitative, permettant une analyse statistique des pratiques professionnelles, tout en intégrant des éléments qualitatifs issus des réponses ouvertes, apportant un éclairage contextuel et subjectif (A. Schweizer et al., 2020).

Selon l'ANSM, ce type d'étude est qualifié de non-interventionnelle, car il ne modifie pas les pratiques des professionnels interrogés. Il vise à recueillir des informations telles qu'elles sont déclarées, sans manipulation expérimentale. Elle respecte donc les principes éthiques relatifs à la recherche impliquant des professionnels de santé, conformément à la loi Jardé (loi n°2012-300 du 5 mars 2012). Dans ce cadre, aucun avis d'un comité de protection des personnes (CPP) n'était requis. Par ailleurs, cette recherche respecte le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD – UE 2016/679) : le questionnaire est resté entièrement anonyme, sans collecte de données personnelles, et la participation était libre et volontaire. En ce sens, cette étude est également écologique, car elle s'ancre dans l'observation de comportements et de pratiques en milieu naturel : ici, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elle n'est pas artificielle ni décontextualisée : les réponses sont recueillies directement auprès de professionnels dans leur environnement habituel de travail, ce qui permet d'éviter les biais liés à une mise en situation contrôlée (Barros & Hirakata, 2003).

L'étude peut également être considérée comme ethnographique, dans la mesure où elle s'intéresse à une culture professionnelle spécifique, celle des ergothérapeutes en EHPAD, avec pour objectif de comprendre les logiques sous-jacentes à leurs pratiques, leurs représentations, leurs freins et leurs leviers (Hammersley & Atkinson, 2007). L'approche ethnographique

s'attache à l'interprétation des comportements dans un cadre social défini, ce qui correspond ici à la pratique de formation en gériatrie (Smith & Atkinson, 2016).

2.1.1.1 Articulation des approches quantitatives et qualitatives

La méthode quantitative repose sur la mesure chiffrée de phénomènes observables. Elle permet de généraliser les résultats à une population plus large grâce à des outils standardisés, comme les questionnaires, sondages ou tests. Elle est utile pour repérer des tendances, établir des liens statistiques, ou tester des hypothèses de départ (Talbot, 2017).

En opposition, la méthode qualitative cherche à comprendre la signification que les individus donnent à leurs actions et représentations. Elle repose sur des données riches, souvent issues d'entretiens, de récits ou de questions ouvertes. Elle ne vise pas la généralisation, mais l'approfondissement d'un phénomène vécu (Pelaccia & Paillé, 2009).

Ces deux approches, loin d'être incompatibles, peuvent se compléter dans une approche mixte. Combiner données quantitatives et qualitatives permet de croiser les regards, de renforcer la crédibilité des résultats, et d'accéder à la fois à la fréquence des comportements et à leur signification (A. Schweizer et al., 2020). Dans ce mémoire, l'utilisation d'un questionnaire comprenant à la fois des questions fermées et des espaces d'expression libre illustre parfaitement cette complémentarité.

2.1.2 Population choisie

La population ciblée dans cette étude est constituée d'ergothérapeutes diplômés, exerçant ou ayant exercé en EHPAD sur le territoire français. L'inclusion des participants ne repose sur aucune exigence particulière concernant une spécialisation complémentaire en déglutition, qu'il s'agisse de formations initiales ou continues. L'objectif est d'explorer un large éventail de pratiques professionnelles, qu'elles soient liées ou non à des compétences spécifiques en déglutition. Les critères d'inclusion sont la possession du diplôme d'ergothérapie (licence ou Diplôme d'État Bac+3) et l'exercice ou l'expérience professionnelle en EHPAD, sans exigence de durée spécifique d'expérience. Les critères d'exclusion sont l'absence de diplôme d'ergothérapie et l'absence de pratique en EHPAD. Il est à noter qu'aucune restriction de genre n'a été imposée, afin de permettre une analyse plus inclusive et représentative de l'ensemble des ergothérapeutes exerçant dans ce cadre spécifique. De plus, les participants n'ont

pas été restreints en fonction de leur formation initiale ou continue, notamment en ce qui concerne la déglutition, ce qui permet une meilleure variété des réponses et une vision plus large des pratiques professionnelles au sein des EHPAD.

Critères d'inclusions	Critères d'exclusions
Ergothérapeutes diplômés (Licence ou Diplôme d'État Bac+3)	Absence de diplôme d'ergothérapie
Ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en EHPAD sur le territoire français	Absence de pratique en EHPAD
Aucune exigence de spécialisation en déglutition (formation initiale ou continue)	Absence de formation en ergothérapie
Aucune restriction de genre	Non-conformité aux critères

Figure 1 : Tableau des critères d'inclusion et d'exclusion

2.1.3 Le questionnaire comme outil

L'outil retenu pour cette étude est un questionnaire en ligne créé via Google Forms. Ce choix permet une diffusion rapide et à faible coût, tout en garantissant l'anonymat et l'auto-administration des répondants, favorisant des réponses sincères et moins influencées par un biais d'observation (De leeuw et al., 2008).

Le questionnaire contient 21 questions : 14 obligatoires et 7 facultatives, réparties comme suit (cf. Annexe 5) :

- 12 questions à choix multiples
- 2 questions fermées (oui/non)
- 4 questions à échelle de Likert (1 à 5)
- 2 questions à réponse courte
- 1 question à réponse longue

Les questions 10 à 13 étaient visibles uniquement pour ceux ayant répondu « oui » à la question 9 sur leur implication dans la formation. Enfin, une question facultative permettait de laisser une adresse e-mail pour recevoir le mémoire, dans le respect du RGPD.

Le questionnaire en ligne offre plusieurs avantages : large diffusion à faible coût, facilité d'administration et de collecte des données, et réduction des erreurs de saisie. Il permet aussi

une collecte de données rapide et un accès à un large échantillon de répondants (Gingras & Belleau, 2015).

Afin de garantir la clarté, la compréhension et la pertinence des questions du questionnaire, un pré-test a été réalisé le 17 février 2025 auprès de trois personnes tous professionnels de santé. Ce pré-test avait pour objectif de vérifier la bonne formulation des questions, l'adéquation des réponses attendues aux objectifs visés par chaque question, ainsi que d'estimer le temps nécessaire pour compléter le questionnaire. Les retours obtenus lors de ce pré-test ont permis d'apporter des ajustements mineurs afin d'optimiser la qualité de l'outil avant sa diffusion finale.

2.1.4 Analyse des données

Les données recueillies via le questionnaire en ligne ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel, qui a permis une organisation et une analyse simple et efficace des résultats. L'analyse a été divisée en deux volets : quantitatif pour les questions fermées et à choix multiples, et qualitatif pour les réponses ouvertes.

2.1.4.1 Analyse quantitative

Les données quantitatives ont été exploitées à l'aide de plusieurs outils statistiques : le calcul des fréquences absolues (nombre de répondants par modalité), et des pourcentages (proportions relatives), afin de présenter les tendances principales de manière claire et lisible.

Pour faciliter la visualisation des résultats, des représentations graphiques ont été produites sous forme de diagrammes en barres et d'histogrammes, intégrés aux différentes sections des résultats (cf. chapitre 2.2). Ces visuels permettent d'illustrer la répartition des réponses pour chaque question fermée et à choix multiples.

Dans certains cas, des moyennes pondérées ont été calculées, notamment pour estimer l'âge moyen des répondants à partir des tranches d'âge proposées. Les résultats numériques ont été arrondis à une décimale près pour garantir la lisibilité des tableaux et graphiques.

En complément, des taux de réponses conditionnelles ont été établis pour les questions dont l'accès dépendait d'une réponse antérieure (par exemple les questions 10 à 13 accessibles uniquement après une réponse « oui » à la question 9). Ces taux ont permis de mieux

comprendre la répartition des réponses et d'avoir une vision plus précise des participants concernés par ces questions spécifiques.

Enfin, des analyses croisées ont été réalisées afin d'explorer les relations entre certaines variables, telles que l'ancienneté professionnelle en EHPAD et le sentiment de préparation à former les aides-soignants, ou encore le lien entre le fait d'avoir déjà été sollicité pour former et le sentiment de compétence à le faire. Ces croisements, présentés sous forme de tableaux croisés dynamiques et de figures graphiques (cf. figure 7 et figure 8 en section résultats), apportent un éclairage complémentaire sur les interactions entre les caractéristiques des répondants et leurs pratiques.

Les formules utilisées pour les pourcentages, les taux de réponses conditionnelles et les croisements sont détaillées en annexe 6.

2.1.4.2 Analyse qualitative

Dans le cadre de cette recherche, l'analyse qualitative a porté sur les réponses ouvertes recueillies via le questionnaire. Ces données qualitatives ont permis d'enrichir la compréhension des résultats quantitatifs en donnant la parole aux participants de manière plus libre et nuancée.

Les réponses ont été analysées selon une approche thématique, consistant à identifier, regrouper et interpréter les thèmes récurrents dans les propos des répondants. Chaque réponse a été lue attentivement, et des catégories ont été créées à partir des idées principales exprimées. Ces catégories ont ensuite été affinées pour faire émerger des thématiques transversales, en lien avec les objectifs de la recherche.

2.1.5 Envoi du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé par courriel auprès de 1 158 structures susceptibles d'accueillir des ergothérapeutes en EHPAD (cf. Annexe 7). Les canaux de diffusion incluaient :

- Le réseau de l'IFE de Toulouse, via les fichiers de stages antérieurs (anciens tuteurs ou contacts professionnels),
- Des envois ciblés vers les secrétariats d'EHPAD, identifiés à partir d'annuaires institutionnels
- Des échanges directs avec des ergothérapeutes via des mails professionnels

La diffusion s'est étendue sur une période de deux semaines, ce qui a permis une relance éventuelle mais reste relativement court pour un contexte professionnel à forte charge de travail.

Le message accompagnant le lien vers le questionnaire précisait :

- Les objectifs de l'étude
- La confidentialité des données (anonymat et non-traçabilité)
- La durée estimée de réponse (environ 15 minutes)

Résultats de la diffusion :

- Réponses reçues : 121
- Réponses exploitables : 120 (une exclue pour non-conformité aux critères d'inclusion)

Taux de réponse global :

$$(120/1\ 158) \times 100 = 10,36 \%$$

2.2 Résultats

2.2.1 Données socio-démographiques

Sur les 120 répondants, une large majorité sont des femmes (90,9 %), contre 9,1 % d'hommes.

La répartition par tranche d'âge montre que 17,5 % des participants ont moins de 25 ans, 47,5 % sont âgés de 25 à 34 ans, 25 % ont entre 35 et 44 ans, tandis que 10 % ont plus de 45 ans.

Le calcul basé sur une moyenne pondérée permet d'estimer un âge moyen des répondants d'environ 32,7 ans.

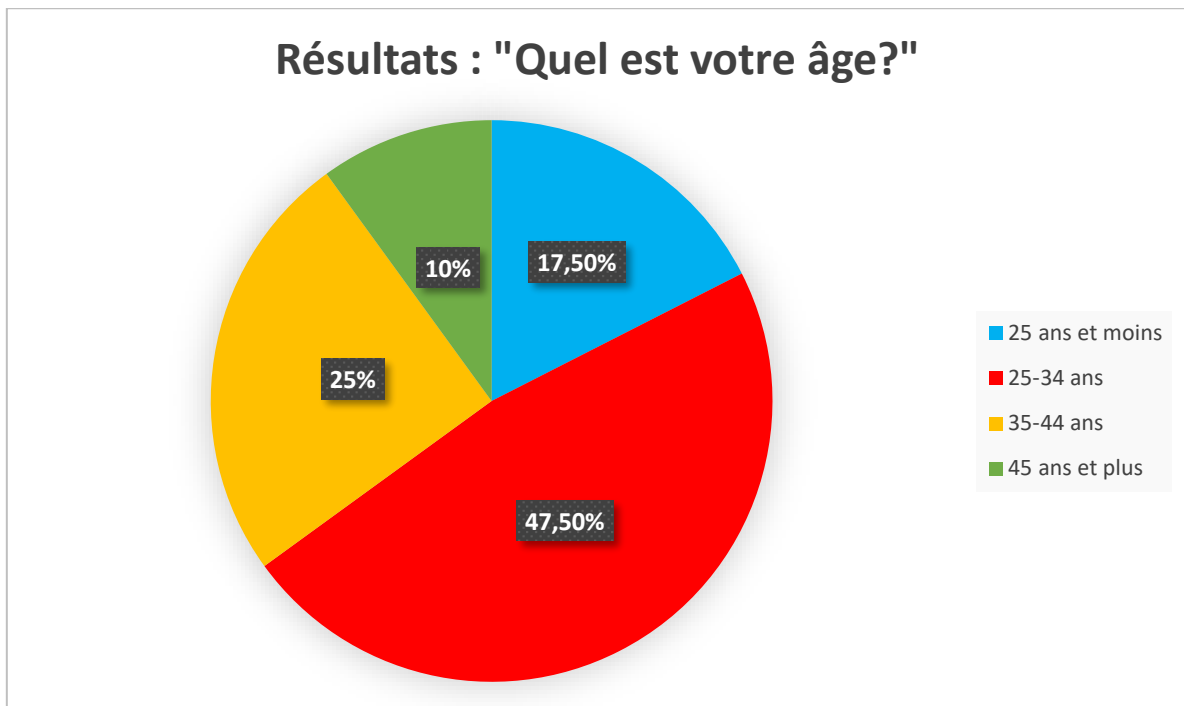


Figure 2 : Répartition de la tranche d'âge des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en EHPAD

Concernant le niveau d'études, 95,8 % des répondants sont titulaires d'une licence (Bac +3), tandis que 4,2 % possèdent un master. Aucun ne détient de doctorat. Les cinq ergothérapeutes ayant poursuivi jusqu'au master ont mentionné des spécialisations diverses : art-thérapie, philosophie, master MEEF 1 (Master de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation), expertise gérontologique et santé publique.

En termes d'ancienneté professionnelle, 5 % exercent depuis moins d'un an, 42,50 % depuis 1 à 5 ans, 18,40 % depuis 6 à 10 ans, et 34,10 % depuis plus de 10 ans.

S'agissant de leur expérience spécifique en EHPAD, 10 % ont moins d'un an d'expérience, 50 % ont exercé entre 1 et 5 ans, 17,5 % entre 6 et 10 ans, et 22,5 % depuis plus de 10 ans.

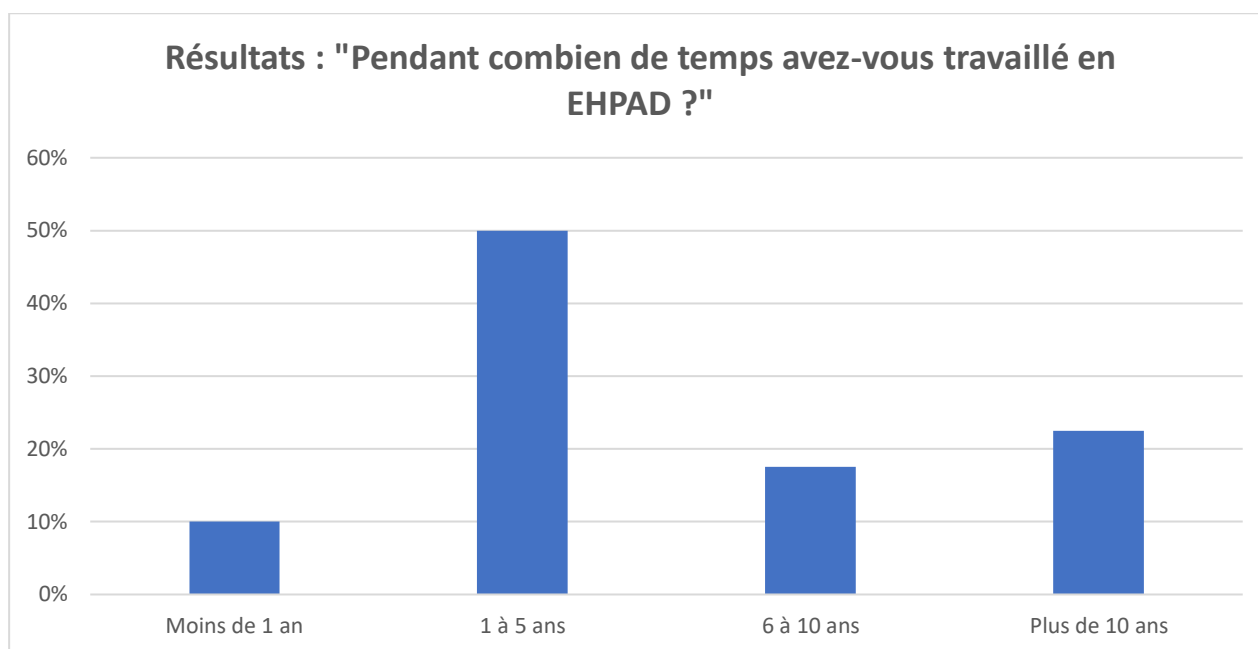


Figure 3 : Répartition des répondants selon la durée d'exercice en EHPAD

Les types de structures dans lesquelles ils interviennent sont majoritairement des EHPAD privés à but lucratif (55,8 %). Un tiers (31,7 %) travaille en EHPAD public, 5,8 % dans des établissements privés à but non-lucratif de type associatif, et 6,7 % exercent dans plusieurs types d'EHPAD.

Enfin, en ce qui concerne le temps de travail, 59,1 % des ergothérapeutes interrogés travaillent à temps partiel, tandis que 40,9 % occupent un poste à temps plein.

2.2.2 Résultats des questions sur les connaissances des ergothérapeutes sur les troubles de la déglutition

La première question portait sur les enseignements reçus concernant les troubles de la déglutition lors de la formation initiale des ergothérapeutes. Il ressort que 72,5 % des répondants estiment avoir reçu « quelques notions » sur le sujet. En revanche, 20,9 % indiquent ne pas avoir été formés du tout à cette problématique, tandis que seulement 6,6 % déclarent avoir bénéficié de plusieurs cours approfondis à ce propos.

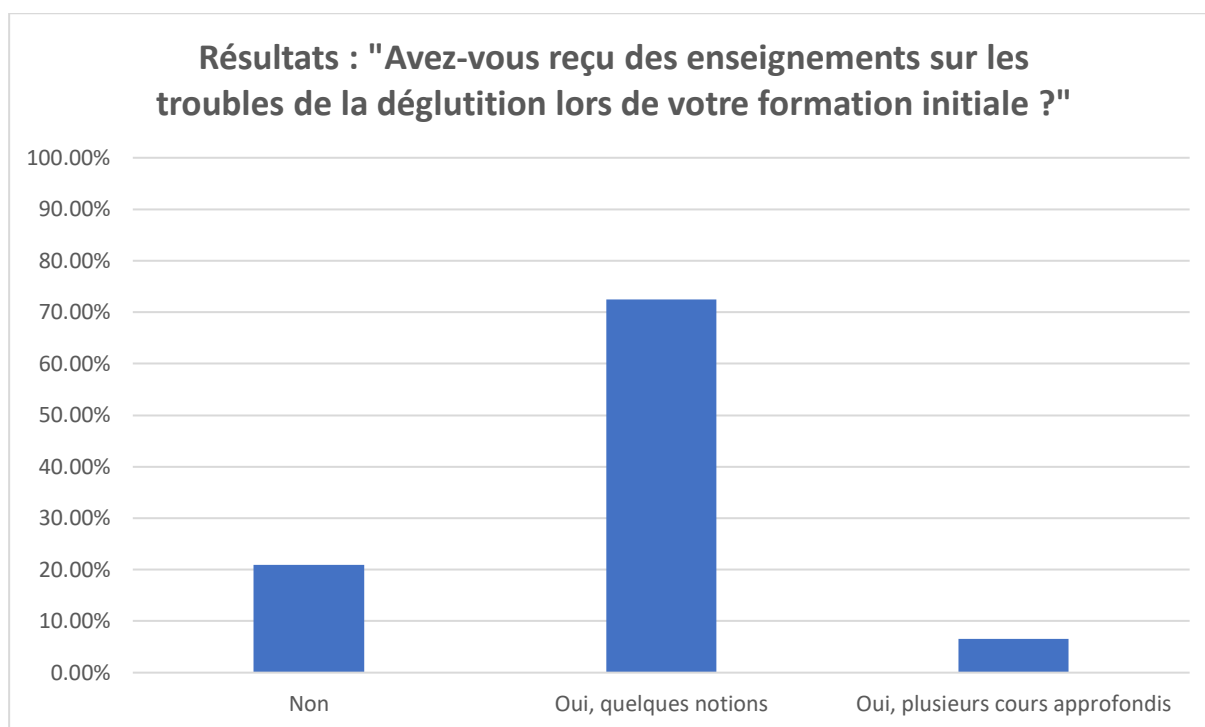


Figure 4: Répartition des réponses à la question « Avez-vous reçu des enseignements sur les troubles de la déglutition lors de votre formation initiale ? »

Concernant la formation continue, 82,5 % des ergothérapeutes interrogés n'ont jamais suivi de formation spécifique aux troubles de la déglutition depuis le début de leur carrière, contre 17,5 % qui en ont bénéficié.

À la question de savoir si leur formation initiale et continue les a suffisamment préparés à intervenir auprès des résidents présentant des troubles de la déglutition, les réponses montrent une préparation jugée globalement insuffisante. En effet, 21,7 % des participants estiment n'avoir pas du tout été préparés, 34,2 % se considèrent peu préparés, 34,1 % moyennement préparés, et seulement 10 % pensent avoir été bien préparés. Aucun ergothérapeute n'a déclaré se sentir très bien préparé à cet égard.

2.2.3 Résultats des questions sur l'implication des ergothérapeutes dans la formation des aides-soignants

S'agissant de leur implication dans la formation des aides-soignants, 55 % des ergothérapeutes interrogés ont été sollicités pour assurer ce type de formation, tandis que 45 % n'ont jamais été appelés à le faire. Parmi ceux ayant formé des aides-soignants, 57,58 % le font occasionnellement, soit moins d'une fois par an, 25,75 % interviennent régulièrement, plusieurs fois par an, 12,12 % animent des formations à la demande, et 4,55 % exercent cette activité fréquemment, soit au moins une fois par trimestre.

Résultats : "Avez-vous déjà été sollicité(e) pour former des aides-soignants sur le positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition ?"

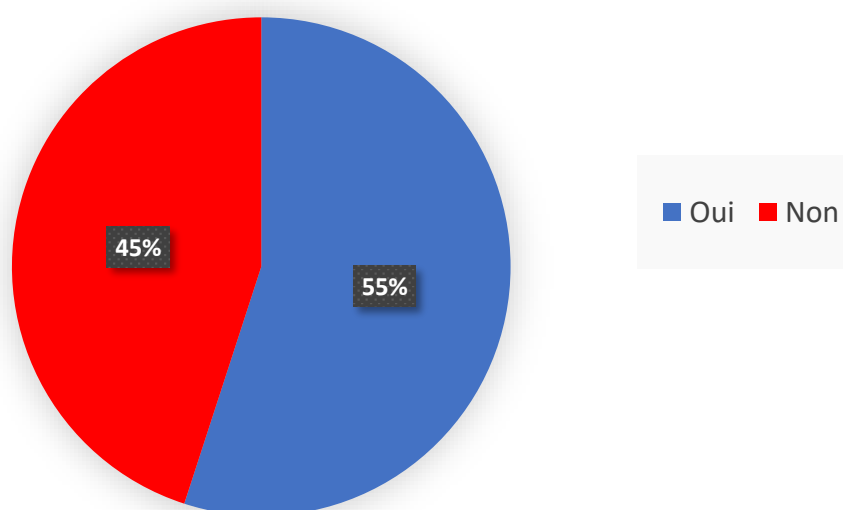


Figure 5 : Répartition des réponses à la question « Avez-vous déjà été sollicité(e) pour former des aides-soignants sur le positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition ? »

Concernant les contenus abordés lors de ces formations, la quasi-totalité des ergothérapeutes sollicités (98,5 %) intègre les techniques de positionnement adaptées. En revanche, seuls 25,8 % abordent l'anatomie et la physiopathologie de la déglutition et 37,9 % évoquent la prévention des complications associées, telles que les fausses routes ou les pneumonies. Par ailleurs, 89,4 % des ergothérapeutes mentionnent l'utilisation d'aides techniques dans leurs contenus de formation. D'autres thématiques apparaissent de manière plus marginale, comme l'aménagement de l'environnement, l'aide humaine durant le repas, les types de textures alimentaires, le repérage des risques ou encore l'importance de la transmission d'informations entre professionnels, chacun de ces sujets étant cité par 1,5 % des répondants.

Les méthodes pédagogiques mobilisées sont également variées. La plupart des ergothérapeutes (69,7 %) privilégient la simulation in situ, c'est-à-dire des mises en situation réelles. D'autres utilisent principalement la formation théorique, à travers des diaporamas ou des supports écrits, ce qui concerne 39,4 % des formateurs. Enfin, 18,2 % recourent aux études de cas et aux jeux de rôle. D'autres méthodes moins fréquemment citées complètent ce panorama : il s'agit notamment de l'utilisation de simulateurs de vieillissement, de la création de conduites à tenir spécifiques pour le positionnement, d'interventions en relève, de l'affichage de photographies du positionnement optimal dans les chambres des résidents, d'observations

directes lors des repas et de transmissions ciblées à l'équipe. À noter qu'aucun des ergothérapeutes interrogés n'a recours à l'e-learning dans ce cadre.

Les principales difficultés rencontrées lors de la mise en place de ces formations concernent d'abord le turn-over important du personnel, cité par 77,8 % des répondants. Le manque de temps pour assurer ces formations est également une contrainte majeure, exprimée par 68,3 % des ergothérapeutes. Par ailleurs, 20,7 % déplorent un manque d'intérêt des aides-soignants pour ces thématiques. D'autres obstacles sont évoqués, tels que le manque de moyens matériels pour 14,3 % des répondants, le sentiment de manquer de légitimité pour 3,2 % d'entre eux, ainsi que l'insuffisance de professionnels formés parmi les aides-soignants, mentionnée par 1,6 %.

2.2.4 Résultats des questions sur les ressentis et besoins en formation

Concernant l'évaluation de la formation des aides-soignants sur la gestion des troubles de la déglutition et les techniques de positionnement, les résultats montrent une majorité de répondants insatisfaits. En effet, 15 % estiment que la formation n'est « pas du tout suffisante », 47,5 % la jugent « peu suffisante », et 32,5 % la considèrent « moyennement suffisante ». Seulement 4,2 % la trouvent « assez suffisante », et 0,8 % la qualifient de « très suffisante ».

En ce qui concerne le positionnement des résidents lié aux troubles de la déglutition, 6,7 % des répondants estiment que la formation ne répond « pas du tout » aux besoins des résidents, tandis que 25,8 % jugent qu'elle répond peu à leurs besoins, et autant la considèrent comme répondant moyennement. Pour 25,8 % des répondants, cette formation est « bien » adaptée, et 15,8 % la trouvent « très bien » adaptée.

Lorsqu'il s'agit de se sentir suffisamment formé pour accompagner les aides-soignants dans la formation au positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition, 16,7 % des répondants se disent « pas du tout formés », 32,5 % se sentent « peu formés », et 25,8 % « moyennement formés ». Seuls 22,5 % se jugent « bien formés », et 2,5 % « très bien formés ».

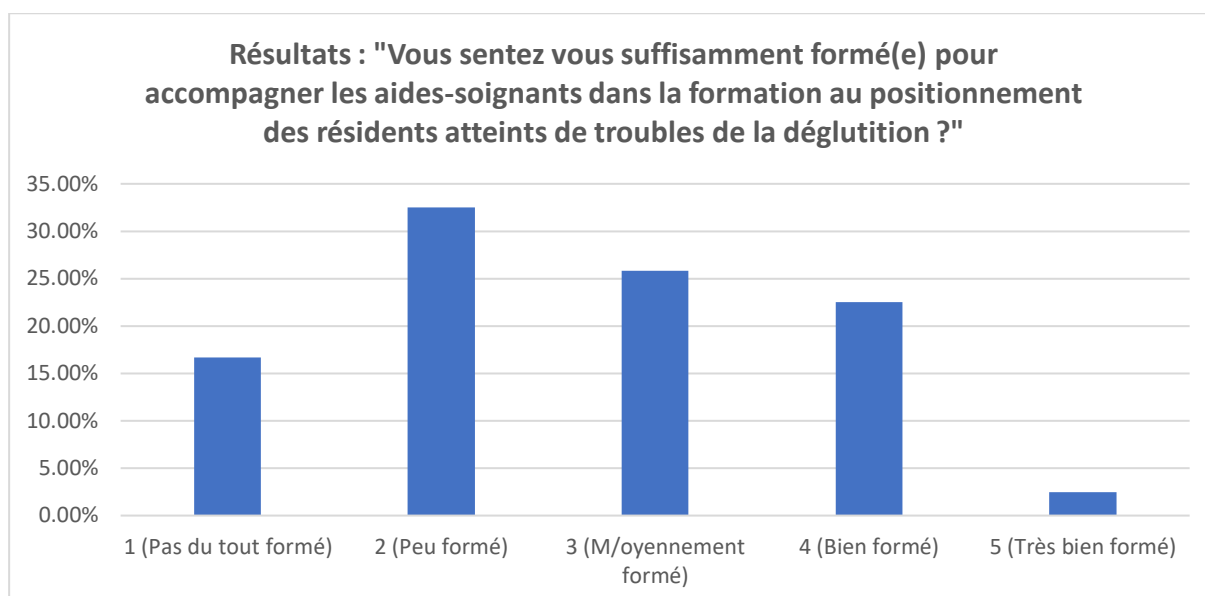


Figure 6: Répartition des réponses à la question « Vous sentez vous suffisamment formé(e) pour accompagner les aides-soignants dans la formation au positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition ? »

Enfin, en réponse à la question sur le type de formation souhaitée, une majorité (76,6 %) souhaiterait une « formation approfondie sur les troubles de la déglutition ». De plus, 39,2 % aimeraient une formation sur les aides techniques de positionnement, 28,3 % une formation en pédagogie, et 2,4 % n'expriment aucun besoin de formation supplémentaire.

2.2.5 Résultats issus des réponses ouvertes sur la formation des aides-soignants

Afin de compléter les données quantitatives, une question ouverte en fin de questionnaire invite les ergothérapeutes à mentionner tout point qui leur semble important concernant leur rôle dans la formation des aides-soignants au positionnement des résidents présentant des troubles de la déglutition en EHPAD.

2.2.5.1 Collaboration avec d'autres professionnels

Nombreux sont les répondants à mentionner l'importance d'un travail en lien avec les orthophonistes, perçus comme les professionnels les plus compétents concernant les troubles de la déglutition :

- « Pour moi, les troubles de la déglutition concernent surtout les orthophonistes et nous avons les connaissances pour le positionnement. »
- « La collaboration avec l'orthophoniste. »
- « Être en lien avec l'orthophoniste me semble être indispensable. »

- « Pour moi, il s'agit d'une complémentarité orthophoniste et ergothérapeute. »
- « Collaboration avec les orthophonistes nécessaire mais difficultés d'avoir un orthophoniste salarié en EHPAD. »
- « Une réunion ergo/orthophoniste pour un meilleur accompagnement. »

Certains soulignent également l'intérêt de travailler avec la diététicienne ou de bénéficier de l'expérience croisée avec d'autres professionnels de santé : « Le travail en lien avec la diététicienne et l'orthophoniste de mon établissement m'a permis d'acquérir des connaissances et compétences. »

2.2.5.2 Limites perçues du rôle de l'ergothérapeute

Plusieurs participants estiment ne pas avoir les compétences ou la légitimité suffisante pour former sur les troubles de la déglutition :

- « Je ne sais pas si je suis suffisamment formée moi-même concernant les troubles de la déglutition. »
- « Attention au champ d'application de l'ergo dans les troubles de la déglutition. Nous ne sommes pas orthophonistes. »
- « En tant qu'ergothérapeute, je ne pense pas être la professionnelle la mieux placée. »
- « Je serais en incapacité de former, car je n'ai aucune connaissance des troubles de la déglutition. »

2.2.5.3 Contenus abordés ou souhaités

Plusieurs ergothérapeutes évoquent le positionnement assis, les aides techniques au repas, l'environnement du résident, et des éléments liés à l'accompagnement global :

- « Positionnement, utilisation AT. »
- « Formation/sensibilisation sur l'installation du résident, son environnement, les aides techniques au repas, la surveillance... »
- « Rôle de conseil dans le choix des aides techniques, couverts, assiettes, techniques éducatives... »

2.2.5.4 Difficultés structurelles ou contextuelles

Certains évoquent le manque de formation des soignants en poste (ASH non diplômés), la difficulté d'accès à certains professionnels, ou encore le temps limité pour réaliser ces formations :

- « Une des difficultés en EHPAD réside dans le fait que de plus en plus de personnel moins formé est embauché. »
- « Le temps consacré à ces "formations" et les résultats. »
- « Les professionnels en EHPAD travaillant lors des repas ne sont pas forcément des AS, mais aussi des ASH. »

2.2.5.5 Précisions sur la formation initiale ou l'expérience professionnelle

Quelques répondants reviennent sur leur formation initiale ou leur expérience dans ce domaine :

- « Mon cursus m'a formé sur le positionnement, mais pas spécifiquement en lien avec la déglutition. »
- « Le travail en lien avec la diététicienne et l'orthophoniste m'a permis d'acquérir des connaissances. »
- « Lorsque j'ai été confrontée à une situation, j'ai fait des recherches dans la littérature scientifique. »

2.2.5.6 Observations générales

D'autres remarques plus générales soulignent l'importance de répéter les formations, d'adapter l'approche au contexte, et de préserver l'autonomie des résidents :

- « Rôle essentiel qui devrait être fait conjointement avec une orthophoniste et qui nécessite d'être répété, répété, répété... »
- « L'importance de préserver l'autonomie et de ne pas les aider pour aller plus vite, le temps du repas est rapide. »
- « Intervention ponctuelle lorsqu'un résident présente des troubles de la déglutition, associée à un trouble du positionnement. »

2.2.6 Croisement entre l'ancienneté professionnelle en EHPAD et le sentiment de préparation à intervenir auprès des résidents atteints de troubles de la déglutition

Un tableau croisé a été réalisé afin d'étudier la relation entre l'ancienneté professionnelle en EHPAD et le sentiment de préparation issu de la formation initiale et continue. Parmi les professionnels ayant entre 1 et 5 ans d'expérience (n = 60), 16,7 % se considèrent pas du tout préparés, 38,3 % peu préparés, 38,3 % moyennement préparés et 6,7 % bien préparés. Concernant les professionnels ayant entre 6 et 10 ans d'ancienneté (n = 21), 14,3 % déclarent être pas du tout préparés, 28,6 % peu préparés, 47,6 % moyennement préparés et 9,5 % bien préparés. Parmi les professionnels ayant moins d'un an d'expérience (n = 12), 41,7 % se considèrent pas du tout préparés, 41,7 % peu préparés, 8,3 % moyennement préparés et 8,3 % bien préparés. Enfin, pour les professionnels ayant plus de 10 ans d'expérience (n = 27), 29,6 % se considèrent pas du tout préparés, 25,9 % peu préparés, 25,9 % moyennement préparés et 18,5 % bien préparés.

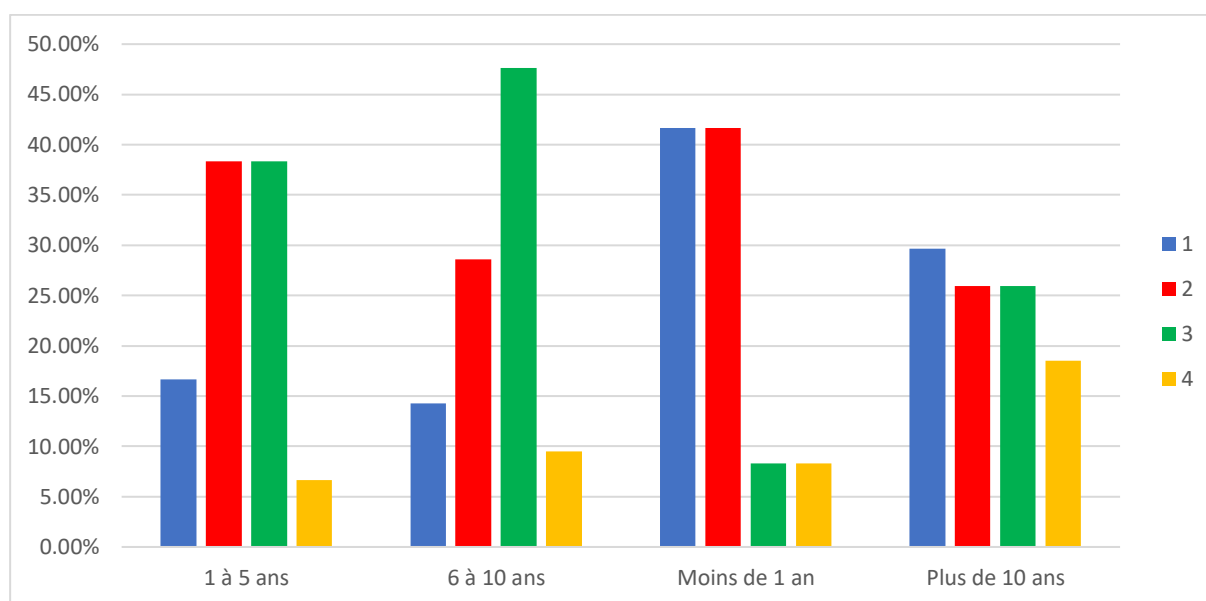


Figure 7: Croisement entre l'ancienneté en EHPAD et le sentiment de préparation issu de la formation initiale et continue pour intervenir auprès des résidents atteints de troubles de la déglutition (en %)

2.3 Discussion

Les résultats obtenus dans cette étude confirment, dans une large mesure, les deux hypothèses formulées dans le cadre de ce mémoire. D'une part, les ergothérapeutes apparaissent comme des acteurs essentiels dans la formation des aides-soignants au positionnement des

résidents atteints de troubles de la déglutition. D'autre part, leur rôle n'est ni systématique ni homogène, et varie en fonction de nombreux facteurs institutionnels, humains et structurels.

2.3.1 Un rôle central mais inégalement reconnu

Les données montrent que 55 % des ergothérapeutes interrogés ont été sollicités pour former les aides-soignants. Ce chiffre confirme la reconnaissance implicite de leur expertise dans le domaine de la posture, de l'adaptation, et de la prévention des complications liées à la déglutition. Leur formation initiale, même sans spécialisation en dysphagie, les dote de compétences transversales utiles à la compréhension des enjeux biomécaniques du positionnement. En cela, notre hypothèse selon laquelle les ergothérapeutes occupent une place clé dans la transmission des savoirs techniques est vérifiée.

Cependant, la fréquence irrégulière des formations (seulement 4,55% des ergothérapeutes réalisant ces formations les organisent fréquemment) ainsi que la disparité des contenus abordés mettent en lumière une absence de cadre formel ou de référentiel partagé. Ce constat rejoint les analyses de Laumond-Boullet et Roustain (2024), qui soulignent la non-homogénéité des pratiques éducatives en EHPAD. Dans certaines structures, les orthophonistes ou les cadres de santé prennent le relais, ce qui peut entraîner une dilution du rôle spécifique de l'ergothérapeute (Laumond-Boullet & Roustain, 2024).

2.3.2 Des obstacles structurels et humains à la formation

Les résultats mettent en évidence plusieurs freins à la mise en place et au maintien des formations, au premier rang desquels figure le turn-over élevé du personnel soignant (77,80 %). Ce phénomène, largement documenté dans les établissements médico-sociaux (Geirsdóttir & Bell, 2021), compromet la pérennité des actions éducatives : les aides-soignants formés quittent l'établissement, rendant nécessaire la réitération régulière des formations pour les nouvelles recrues. Ce contexte explique également la réticence de certains ergothérapeutes à investir du temps dans des formations ponctuelles, perçues comme rapidement obsolètes.

Par ailleurs, 20,70 % des ergothérapeutes évoquent un manque d'intérêt initial de la part des aides-soignants pour les formations au positionnement lié à la déglutition. Ce désintérêt perçu peut être multifactoriel : surcharge de travail, faible visibilité des enjeux liés à la dysphagie (Guérin, 2019), ou encore absence de lien direct perçu avec leurs missions quotidiennes (Xing-Bongioanni & Plault, 2022). Ces éléments rejoignent les constats d'O'Loughlin et Shanley

(1998), qui soulignent que l'engagement des soignants dans des programmes de formation dépend fortement de la perception de la pertinence immédiate des savoirs transmis (O'Loughlin & Shanley, 1998).

Ces éléments soulignent la nécessité de repenser les modalités pédagogiques pour favoriser l'adhésion, en intégrant des outils concrets type simulateur de vieillissement (ZOUICHE et al., 2019), des mises en situation pratiques, et en articulant les formations aux réalités du terrain (Haute Autorité de Santé (HAS), 2016).

Enfin, au-delà des freins individuels, ces résultats traduisent un manque de reconnaissance institutionnelle de la formation continue comme levier de qualité des soins, ce qui renforce la nécessité de l'inscrire dans un cadre organisationnel plus structuré (Hermabessière et al., 2019).

2.3.3 La nécessité d'un travail interprofessionnel structuré

Plusieurs répondants mentionnent la collaboration avec les orthophonistes comme un facilitateur dans la gestion des troubles de la déglutition. Cette complémentarité est essentielle pour garantir une prise en charge globale et sécurisée, conformément aux recommandations de l'European Society for Swallowing Disorders (ESSD) qui préconise une approche pluridisciplinaire. Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (Egan & Restall, 2023) rappelle d'ailleurs l'importance de la co-construction des soins et du rôle actif de chaque professionnel dans l'environnement de soin.

2.3.4 Limites de l'étude et perspectives

2.3.4.1 Biais méthodologiques

Cette étude présente plusieurs biais susceptibles d'affecter la validité des résultats. Tout d'abord, un biais de sélection est probable en raison de la taille restreinte de l'échantillon, qui n'est pas représentatif de l'ensemble des ergothérapeutes exerçant en EHPAD à l'échelle nationale (De Leeuw et al., 2008; Talbot, 2017). Ensuite, un biais d'auto-sélection peut être identifié : les professionnels ayant un intérêt particulier pour la dysphagie sont plus enclins à répondre au questionnaire, ce qui peut orienter les résultats (Gingras & Belleau, 2015). Un biais d'accessibilité est également à considérer, puisque la diffusion exclusivement en ligne du questionnaire a pu exclure certains professionnels moins à l'aise avec les outils numériques ou non-accessibles via les canaux utilisés (Pelaccia & Paillé, 2009).

2.3.4.2 Limites de l'étude

Outre ces biais, l'étude présente des limites intrinsèques à sa méthodologie. L'absence d'interactions directes avec les participants a limité la possibilité de relancer ou d'éclaircir certaines réponses, augmentant le risque d'imprécisions. De plus, le recueil de données repose uniquement sur les déclarations des ergothérapeutes, sans confrontation avec les points de vue d'autres professionnels tels que les aides-soignants, ni observation de terrain. Cette absence de croisement des perspectives réduit la portée des conclusions. Par ailleurs, certaines réponses ouvertes jugées hors-sujet ont été écartées, ce qui a pu limiter la richesse qualitative des données analysées.

2.3.4.3 Perspectives de l'étude

Malgré ces limites, l'étude met en lumière un potentiel sous-exploité des ergothérapeutes dans la formation et la coordination autour de la dysphagie en EHPAD. Plusieurs pistes d'amélioration sont à envisager : la création de modules de formation initiale et continue spécifiquement dédiés à la dysphagie ; l'élaboration de supports pédagogiques standardisés (vidéos, e-learning) diffusés dès l'intégration en EHPAD ; la désignation d'un référent formation au sein de chaque établissement pour garantir la continuité des transmissions malgré le turn-over (Hermabessière et al., 2019) ; ainsi que la mise en place de formations co-animées par des équipes pluridisciplinaires, notamment ergothérapeutes et orthophonistes (Haute Autorité de Santé (HAS), 2016; O'Loughlin & Shanley, 1998).

Pour pallier le renouvellement fréquent du personnel, l'usage de capsules vidéo en e-learning dès l'intégration des aides-soignants pourrait offrir une solution pragmatique. Conçues par des ergothérapeutes, en collaboration avec d'autres professionnels comme les orthophonistes, ces vidéos permettraient une initiation rapide et accessible aux bonnes pratiques de positionnement en cas de troubles de la déglutition. En complément des formations en présentiel, ce format souple faciliterait la transmission des connaissances tout en s'adaptant aux contraintes de terrain. Une diffusion via des réseaux professionnels tels que l'ANFE renforcerait l'homogénéité et la portée de cette démarche.

Enfin, cette étude ouvre plusieurs pistes pour des recherches futures. Il serait pertinent d'inclure les aides-soignants dans une enquête complémentaire afin d'explorer leur perception des formations reçues et leurs besoins spécifiques. Une étude comparative incluant d'autres

professionnels (orthophonistes, diététiciens, kinésithérapeutes) permettrait également de mieux comprendre les complémentarités et les éventuels manques dans la coordination interdisciplinaire autour de la dysphagie en EHPAD.

2.3.4.4 Recommandations opérationnelles

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'intérêt de formaliser davantage le rôle de l'ergothérapeute dans la formation des aides-soignants en EHPAD. Il serait pertinent que les établissements reconnaissent cette fonction en structurant des temps de formation réguliers sur le positionnement, en lien avec la prévention des troubles de la déglutition.

Afin de favoriser une meilleure appropriation des gestes professionnels, ces formations pourraient s'appuyer sur des méthodes actives telles que la simulation in situ. La traçabilité de ces actions dans le dossier patient ou via des outils de gestion des compétences renforcerait leur portée et leur efficacité.

Les instituts de formation en ergothérapie pourraient quant à eux enrichir les contenus pédagogiques liés à la dysphagie et à la transmission de savoirs, afin de préparer les étudiants à assumer ce rôle formatif en structure médico-sociale.

Enfin, le développement d'actions de formation co-construites avec les équipes pluridisciplinaires permettrait d'unifier les pratiques autour de la prise en charge des troubles de la déglutition, tout en valorisant les complémentarités professionnelles.

Conclusion

Ce mémoire a exploré la place des ergothérapeutes dans la formation des aides-soignants au positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition en EHPAD. Il a permis d'affirmer mes deux hypothèses en mettant en évidence l'intérêt de ces formations, tout en soulignant leur mise en œuvre encore inégale. Les résultats ont révélé le potentiel des ergothérapeutes dans ce rôle, mais aussi les freins organisationnels qui limitent leur implication.

Ce travail m'a permis de renforcer mes compétences méthodologiques et de clarifier mon positionnement professionnel. Il a confirmé mon envie de m'engager activement dans la formation des soignants pour améliorer la sécurité et la qualité de vie des résidents.

Dans la continuité de cette démarche, je prévois de créer des capsules vidéo en e-learning, diffusables à l'échelle nationale grâce au soutien d'une référente de l'ANFE. Ce format répond aux contraintes du terrain et permettrait de diffuser des pratiques de positionnement efficaces de façon large et pérenne.

Enfin, ce travail ouvre sur des perspectives concrètes : renforcer la présence des ergothérapeutes dans la formation continue en gériatrie, soutenir la création d'outils pédagogiques accessibles, et consolider les enseignements en pédagogie dans la formation initiale, pour mieux préparer les professionnels à transmettre leurs savoirs en équipe.

Références

Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (2008). Les troubles de la déglutition du sujet âgé : Un problème trop souvent sous-estimé. *Revue Médicale de Liège*, 63(12), 715-721.

ANFE. (2013, mai). *Données probantes en ergothérapie*.

Barros, A. J., & Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>

Benier, A. (2020). *État des lieux national des interventions orthophoniques en EHPAD* [Mémoire de master, Université de Lille]. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_Ortho/2020/LILU_SMOR_2020_003.pdf

Bomze, L., Dehom, S., Lao, W. P., Thompson, J., Lee, N., Cragoe, A., Luceno, C., & Crawley, B. (2021). Comorbid dysphagia and malnutrition in elderly hospitalized patients. *The Laryngoscope*, 131(11), 2441-2447. <https://doi.org/10.1002/lary.29329>

Boulet, A., & Savoie-Zajc, L. (2011). *Les stratégies d'apprentissage à l'université*. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.1353/book16220>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale du Québec. (2020, avril). *Comment intervenir auprès d'une personne âgée présentant de la dysphagie*. Mentorat du CEVQ.

Cerenut. (2022, mai 6). *Les troubles de la déglutition*. CERENUT (Centre ressources nutrition). <https://cerenut.fr/sites/cerenut.fr/files/2022-08/G02%20-%20GUIDE%20troubles%20deglutition.pdf>

Chen, S., Kent, B., & Chui, Y. (2021, juillet 17). Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 21, Article 426. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8285814/>

Clavé, P., & Shaker, R. (2015). Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 12(5), 259-270. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.49>

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. (2025). *Projet de recommandation—Dossier patient informatisé*.

De Leeuw, E., Hox, J., & Dillman, D. A. (2008). *International handbook of survey methodology*. <https://www.researchgate.net/publication/46706288>

Derycke, B. (2009). *Alimentation en institution*.

Desport, J.-C., Fayemendy, P., Jésus, P., & Salle, J.-Y. (2014). Conduite à tenir devant des troubles de la déglutition. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28(3), 221-224. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2014.06.001>

Desrosiers, C., Leboeuf, M., & Lamy, N. (2018, janvier 15). *Prise en charge de la dysphagie chez le TCC sévère pédiatrique* [Diaporama]. <https://www.chusj.org/CORPO/files/d2/d22d9f4c-42ac-4c2c-83cb-c64d229c03c0.pdf>

Dutheil, S. (2006). *Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées*.

Egan, M., & Restall, G. (2023). *Modèle canadien de la participation occupationnelle (MCPO)* [Webinaire].

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139-146. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>

Engh, M. C. N., & Speyer, R. (2022). Management of dysphagia in nursing homes: A national survey. *Dysphagia*, 37(2), 266-276. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10275-7>

Feinberg, M. J., Knebl, J., Tully, J., & Segall, L. (1990). Aspiration and the elderly. *Dysphagia*, 5(2), 61-71. <https://doi.org/10.1007/BF02412646>

Ferry, M. (2015). *Troubles de déglutition en EHPAD*.

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>

Geirsdóttir, Ó. G., & Bell, J. J. (Éds.). (2021). *Interdisciplinary nutritional management and care for older adults: An evidence-based practical guide for nurses*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-63892-4>

Gingras, M.-E., & Belleau, H. (2015). *Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : Une revue de la littérature*. Institut national de la recherche scientifique, Centre – Urbanisation Culture Société.

Griffet-Lecoeur, D., & Fleury, M.-C. (2013). Comment j'examine et je gère les troubles de la déglutition dans la sclérose latérale amyotrophique ? *Pratique Neurologique - FMC*, 4(4), 258-261. <https://doi.org/10.1016/j.praneu.2013.10.011>

Guatterie, M., & Lozano, V. (2009). *MPR et pathologie respiratoire*. Cofemer.

Guedj Rouah, A. (2013). *La prise en charge des troubles de la déglutition en EHPAD : Étude descriptive des pratiques professionnelles de médecins coordonnateurs dans 27 EHPAD d'un groupe privé associatif* [Diplôme interuniversitaire, Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes].

Guérin, L. (2019). L'essentiel est qu'il(s) mange(nt). Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD. *Participations*, 22(3), 159-183. <https://doi.org/10.3917/parti.022.0159>

Guilloton Sindou, D., Robin, L., Thomasson, E., Sombardier, T., & Mandigout, S. (2023). L'impact du positionnement sur les troubles de la déglutition des patients ayant une sclérose latérale amyotrophique avec un syndrome de la tête tombante – État des lieux de la pratique des ergothérapeutes. *Revue scientifique des travaux de fin d'étude en rééducation et réadaptation, I.* <https://doi.org/10.25965/rse2r.197>

Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice* (3rd ed.). Routledge.

Haute Autorité de Santé. (2016). *Outil pour l'amélioration des pratiques*.

Hermabessière, S., Campo, J.-F., Lacoste-Ferré, M.-H., & Rolland, Y. (2019). Troubles de la déglutition en gériatrie, formation et évaluation des pratiques professionnelles. *Soins Gériatrie*, 24(137), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2019.03.009>

Ilski, A., Vermeulen, A., Boutemy, S., & Florent, V. (2018, avril). *Les troubles de la déglutition : Du diagnostic à la prise en charge*, 16-24.

Jaziri, R., & Hassen, I. B. (2006). *Jeu de rôle et études de cas distribués*.

Katsumata, U., Sekizawa, K., Ebihara, T., & Sasaki, H. (1995). Aging effects on cough reflex. *Chest*, 107(1), 290-291. <https://doi.org/10.1378/chest.107.1.290-b>

Kolb, D. A. (1984). *L'apprentissage expérientiel : L'expérience comme source d'apprentissage et de développement*(Chapitre 2). Le processus de l'apprentissage expérientiel.

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

Martini, R., & Backman, C. L. (2023). Introduction to the special issue on occupational participation in times of adversity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 90(2), 120-124. <https://doi.org/10.1177/00084174231167273>

Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique, & Ministère de la Santé et des Sports. (2010). *Diplôme d'État d'ergothérapeute : Référentiel de compétences*. *BO Santé, Protection sociale*, 2010(7), 177-248.

O'Loughlin, G., & Shanley, C. (1998). Swallowing problems in the nursing home: A novel training response. *Dysphagia*, 13(3), 172-183. <https://doi.org/10.1007/PL00009569>

Pelaccia, T., & Paillé, P. (2009). Les approches qualitatives : Une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*, 10(4), 293-304. <https://doi.org/10.1051/pmed/20090049>

Pluye, P. (2023). *Les méthodes mixtes*. LIEPP.

Puisieux, F., d'Andrea, C., Baconnier, P., & Bui-Dinh, D. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *La Revue de Médecine Interne*, 26, 587-605. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(09\)74690-X](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(09)74690-X)

Schweizer, A., Del Rio Carral, M., & Santiago Delefosse, M. (2020). *Les méthodes mixtes en psychologie : Analyses qualitatives et quantitatives de la théorie à la pratique*. Dunod.

Schweizer, V. (2010). Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1859-1862.

Shaker, R. (2006). Oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology & Hepatology*, 2(9), 633-634.

Smith, R. J., & Atkinson, P. (2016). Method and measurement in sociology, fifty years on. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(1), 99-110. <https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1068010>

Sulmont-Rossé, C., Daulaine, A.-L., Kone, A., Ferrari, N., Neves, F., Ahouanmagnagahou, R., Cauchy, G., & Guillon, F. (2022). Former les professionnels à l'alimentation des personnes âgées : Revue critique des formations en France. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 57(5), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2022.05.003>

Talbot, N. (2017). Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal, Québec : Chenelière Éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 43(1), 264. <https://doi.org/10.7202/1042088ar>

Woisard, V., & Puech, M. (2003). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte*. Solal.

Xing-Bongioanni, J., & Plault, M. (2022). Regard critique sur la réforme de la formation des aides-soignantes : Le cas des Ehpad. *Soins Cadres*, 31(140), 14-16. <https://doi.org/10.1016/j.scad.2022.11.005>

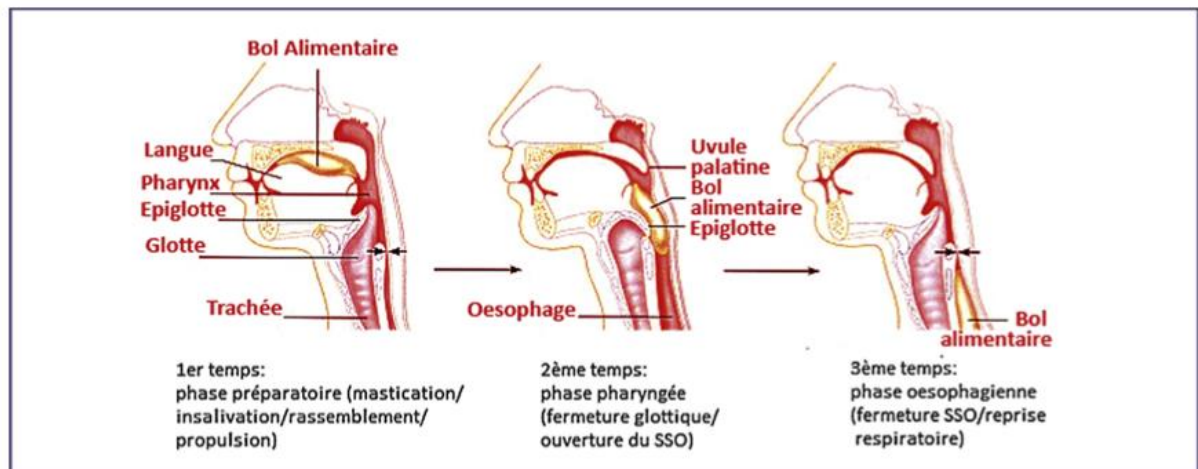
Zouche, I., Medhioub, F., Kammoun, L., & Toumi, N. (2019). La simulation in-situ : Une autre approche de la simulation. *Journal de l'Institut de Médecine de Sfax*, 32.

Table des annexes

ANNEXE 1 - LES 3 TEMPS DE LA DEGLUTITION (GRIFFET-LECOEUR & FLEURY, 2013)...	I
ANNEXE 2 - LES MECANISME PHYSIOLOGIQUE DE LA DEGLUTITION (DESROSIERS ET AL., 2018).....	II
ANNEXE 3 - LES MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA DEGLUTITION AU COURS DU VIEILLISSEMENT (ALLEPAERTS ET AL., 2008).	III
ANNEXE 4 – RECOMMANDATIONS PRATIQUES DE POSITIONNEMENT ET SURVEILLANCE EN EHPAD (CENTRE INTEGRE UNIVERSITAIRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE DU QUEBEC, 2020)...	IV
ANNEXE 5 – MODELE CANADIEN DE LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE (MCPO) (EGAN & RESTALL, 2023).	V
ANNEXE 6 – QUESTIONNAIRE GOOGLE FORM	VI
ANNEXE 7 – FORMULES UTILISÉES POUR L’ANALYSE QUANTITATIVE.....	IX
ANNEXE 8 – COURRIEL ENVOYÉ AUX EHPADS POUR LA DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE À LEURS ERGOTHÉRAPEUTES	XI
ANNEXE 9 – RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU QUESTIONNAIRE SOUS FORME DE GRAPHIQUE.....	XII
ANNEXE 10 : ANALYSE LEXICALE ET THEMATIQUE DE LA QUESTION OUVERTE SUR LA FORMATION DES AIDES-SOIGNANTS AUX TROUBLES DE LA DEGLUTITION EN EHPAD.....	XXV

Annexes

ANNEXE 1 - LES 3 TEMPS DE LA DEGLUTITION (Griffet-Lecoeur & Fleury, 2013).



ANNEXE 2 - LES MECANISME PHYSIOLOGIQUE DE LA DEGLUTITION (Desrosiers et al., 2018).

Phase de la déglutition	Mécanisme physiologique
Phase orale	<ul style="list-style-type: none">• La nourriture entre dans la cavité orale• Mastication et formation du bol
Phase oropharyngée	<ul style="list-style-type: none">• Le voile du palais s'élève afin de fermer le nasopharynx• Le larynx et l'os hyoïde se déplacent vers l'avant et le haut• L'épiglotte se déplace vers l'arrière et le bas pour se fermer• Le sphincter supérieur de l'oesophage se relâche et s'ouvre• La langue propulse le bol vers l'oesophage• Le pharynx se contracte afin de se vider et de fermer le sphincter supérieur• Le larynx s'ouvre
Phase oesophagienne	<ul style="list-style-type: none">• L'oesophage se contracte par ondes séquentielles• Le sphincter inférieur se relâche• Le bol atteint l'estomac

ANNEXE 3 - LES MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA DEGLUTITION AU COURS DU VIEILLISSEMENT (Allepaerts et al., 2008).

TABLEAU I. MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA DÉGLUTITION AU COURS DU VIEILLISSEMENT

1. Phase orale
<ul style="list-style-type: none"> - trouble de l'habileté motrice, difficultés pour gérer les aliments dans l'assiette et les mettre en bouche. → augmentation de la durée du repas, réduction des prises alimentaires - altération du goût (perte physiologique de 60% des bourgeons du goût) et de l'odorat → modification du plaisir et de l'intérêt alimentaire. - difficultés de mastication (édentation, vieillissement de l'articulation temporo-mandibulaire, ...) → préparation du bol alimentaire prend plus de temps pour un résultat moins homogène - trouble de l'insalivation → bol alimentaire moins homogène et propulsion moins efficace - invagination et trouble du tonus labial → moins bon contrôle du bol en bouche, favorise le bavage - perte de sensibilité linguale et diminution des mouvements antéro-postérieurs. → stases buccales, moins bon contrôle en bouche, risque de fuites prématurées vers le pharynx.
2. Phase pharyngée
<ul style="list-style-type: none"> - perte de sensibilité bucco-pharyngée, seuil de détection des stimuli plus élevé et donc retard de déclenchement du réflexe de déglutition → réflexe de toux déprimé, risque de fuite prématurée vers le pharynx. - ossification des cartilages laryngés → diminution de l'amplitude laryngée - diminution du péristaltisme pharyngé → diminution de la durée du transit, stases dans les vallécules et sinus piriformes nécessitant des déglutitions multiples.
3. Phase oesophagienne
<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de la relaxation du sphincter supérieur de l'œsophage, trouble du péristaltisme oesophagien → sensation de blocage.

ANNEXE 4 – RECOMMANDATIONS PRATIQUES DE POSITIONNEMENT ET SURVEILLANCE EN EHPAD (CENTRE INTEGRE UNIVERSITAIRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE DU QUEBEC, 2020)

Positionnement de la personne au fauteuil

- Assise à 90° (dos droit)
- Hanches et genoux fléchis à 90°
- Pieds en appui stable (sol ou repose-pieds)
- Tête, tronc et hanches bien alignés
- Tête légèrement penchée vers l'avant
- Proximité avec la table pour favoriser l'autonomie et l'anticipation

Positionnement au lit

- Dossier et jambes relevés (viser 90°)
- Éviter le glissement du bassin
- Tête dans l'axe, légèrement fléchi vers l'avant

Recommandations à la personne qui nourrit le résident

- Se placer au niveau du regard, jamais au-dessus
- Favoriser un rythme lent, une quantité modérée par bouchée
- Approche de la cuillère par le bas, au centre de la bouche
- S'assurer que la bouche est vide avant la prochaine bouchée
- Nettoyer la bouche après le repas
- Laisser la personne assise au moins 20 minutes après le repas

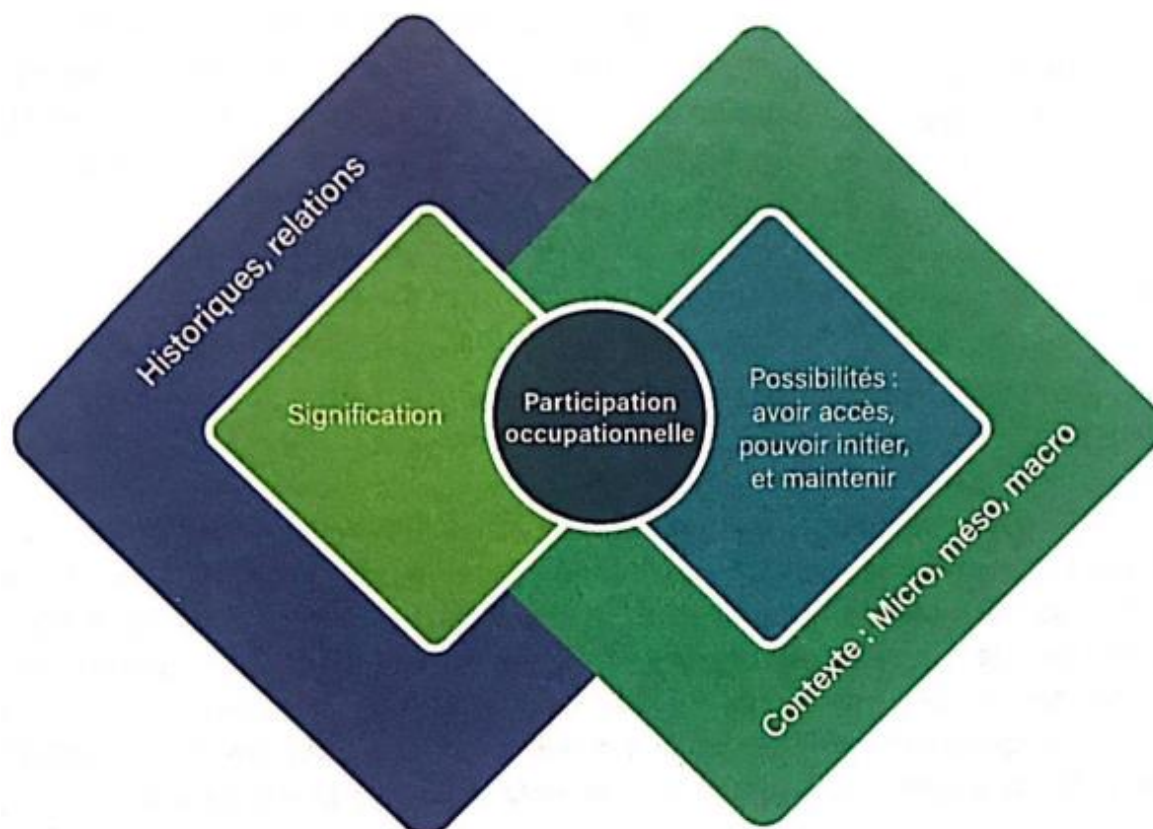
Surveillance des signes de dysphagie

- Toux pendant ou après les repas
- Étouffement, voix modifiée
- Accumulation de nourriture en bouche
- Refus alimentaire ou peur de manger
- Pneumonies fréquentes

Environnement recommandé

- Calme, sans stimuli excessifs (radio/TV forte, conversations)
- Mise en valeur de l'interaction avec l'utilisateur
- Favoriser l'attention portée à la prise alimentaire

ANNEXE 5 – MODELE CANADIEN DE LA PARTICIPATION OCCUPATIONNELLE (MCPO) (EGAN & RESTALL, 2023).



« Questionnaire à destination des ergothérapeutes en EHPAD

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un mémoire en ergothérapie portant sur la formation des aides-soignants au positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition en EHPAD. Il s'adresse à tous les ergothérapeutes diplômés travaillant ou ayant travaillé en EHPAD, quel que soit leur niveau d'implication dans la formation aux troubles de la déglutition.

Temps estimé : 15 minutes.

Les réponses sont anonymes et utilisées uniquement à des fins de recherche. Les données seront traitées de manière confidentielle, en respectant les lois de protection des données personnelles. »

Réponses
obligatoires :

1 – Informations générales
1 – a) Quel est votre genre ? (Choix unique)
Homme
Femme
Autre
Je ne préfère pas répondre
1 – b) Quel est votre âge ? (Choix unique)
Moins de 25 ans
25 – 34 ans
35 – 44 ans
45 ans et plus
1 – c) Possédez-vous un master, si oui, dans quelle spécialité ? (Réponse libre)
1 – d) Possédez-vous un doctorat, si oui, dans quelle spécialité ? (Réponse libre)
1 – e) Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ? (Choix unique)
Moins de 1 an
1 à 5 ans
6 à 10 ans
Plus de 10 ans
1 – f) Pendant combien de temps avez-vous travaillé en EHPAD ? (Choix unique)
Moins de 1 an
1 à 5 ans
6 à 10 ans
Plus de 10 ans
1 – g) Dans quel type d'EHPAD travaillez-vous actuellement ou avez-vous travaillé ? (Choix multiples)

Réponses
conditionnelles :
Si « Oui » à 3 – a)

EHPAD public
EHPAD privé
Autre
1 – h) Travaillez-vous à temps plein ou à temps partiel en EHPAD ? (Choix unique)
Temps plein
Temps partiel
2 – Connaissances et formations sur les troubles de la déglutition
2 – a) Avez-vous reçu des enseignements sur les troubles de la déglutition lors de votre formation initiale ? (Choix unique)
Oui, plusieurs cours approfondis
Oui, quelques notions
Non
2 – b) Avez-vous suivi des formations continues sur les troubles de la déglutition depuis le début de votre carrière ? (Choix unique)
Oui
Non
Autre
2 – c) Pensez-vous que votre formation initiale et continue vous ont suffisamment préparé(e) à intervenir auprès des résidents atteints de troubles de la déglutition ? (Échelle linéaire de Likert de 1 à 5)
Pas du tout préparé(e)
Peu préparé(e)
Moyennement préparé(e)
Bien préparé(e)
Très bien préparé(e)
3 – Implication dans la formation des aides-soignants
3 – a) Avez-vous déjà été sollicité(e) pour former des aides-soignants sur le positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition ? (Choix unique)
Oui
Non
3 – b) A quelle fréquence réalisez-vous ces formations ? (Choix unique)
Occasionnellement (moins d'une fois par an)
Régulièrement (plusieurs fois par an)
Fréquemment (au moins une fois par trimestre)
Autre
3 – c) Quels contenus abordez-vous lors de ces formations ? (Choix multiples)
Anatomie et physiopathologie de la déglutition
Techniques de positionnement adaptées
Utilisation d'aides techniques
Prévention des complications (fausses routes, pneumonies)
Autre
3 – d) Quelles méthodes pédagogiques utilisez-vous ? (Choix multiples)
Formation théorique (diaporamas, supports écrits)
Simulation in situ (mise en situation réelle)
Ateliers pratiques
E-learning (formation en ligne)
Études de cas et jeux de rôle
Autre

Réponses
obligatoires :

3 – e) Quelles difficultés rencontrez-vous lors de ces formations ? (Choix multiples)
Manque de temps pour former
Manque d'intérêt des aides-soignants
Turn-over (= renouvellement) important du personnel
Manque de moyens matériels
Autre
4 – Ressenti et besoins de formation
4 – a) Comment évaluez-vous la formation des aides-soignants en matière de gestion des troubles de la déglutition et des techniques de positionnement ? (Échelle linéaire de Likert de 1 à 5)
Pas du tout suffisante
Peu suffisante
Moyennement suffisante
Assez suffisante
Très suffisante
4 – b) Dans quelle mesure pensez-vous que la formation des aides-soignants sur le positionnement lié aux troubles de la déglutition répond aux besoins des résidents ? (Échelle linéaire de Likert de 1 à 5)
Pas du tout
Peu
Moyennement
Bien
Très bien
4 – c) Vous sentez-vous suffisamment formé(e) pour accompagner les aides-soignants dans la formation au positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition ? (Échelle linéaire de Likert de 1 à 5)
Pas du tout formé(e)
Peu formé(e)
Moyennement formé(e)
Bien formé(e)
Très bien formé(e)
4 – d) Si non, quel type de formation souhaiteriez-vous suivre ? (Choix multiples)
Formation approfondie sur les troubles de la déglutition
Formation en pédagogie (méthodologie de transmission des savoirs)
Formation sur les aides techniques de positionnement
Autre
4 – e) Y a-t-il un point que le questionnaire n'a pas abordé et qui vous semble essentiel pour mettre en valeur votre avis sur la formation des aides-soignants par les ergothérapeutes concernant les troubles de la déglutition en EHPAD ? (Réponse libre)
Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.
Si vous souhaitez recevoir le mémoire lorsqu'il sera finalisé, vous pouvez laisser votre adresse-mail.

ANNEXE 7 – FORMULES UTILISÉES POUR L'ANALYSE QUANTITATIVE

1) CALCUL DES POURCENTAGES

La formule utilisée pour calculer les pourcentages est la suivante :

$$\text{Pourcentage} = \frac{\text{Nombre de réponses pour la modalité}}{\text{Nombre total de réponses}} \times 100$$

2) CALCUL DES TAUX DE REPONSES CONDITIONNELLES

Pour les questions accessibles uniquement sous condition (ex : les questions 10 à 13 visibles seulement si la question 9 = « Oui »), la formule est :

$$\text{Taux de réponses conditionnelles} = \frac{\text{Nombre de réponses à la question conditionnelle}}{\text{Nombre de répondants concernés}} \times 100$$

3) CROISEMENT DE VARIABLES (tableaux croisés dynamiques)

Les croisements de variables ont été réalisés avec l'outil « Tableaux croisés dynamiques » sur Microsoft Excel. Chaque tableau croisé a été accompagné d'un graphique type histogramme.

Nombre de Pensez-vous que votre formation initiale et continue vous ont suffisamment préparé(e) à intervenir auprès des résidents atteints de troubles de la déglutition ?	Étiquettes de colonnes				Total général
	1	2	3	4	
Étiquettes de lignes					
1 à 5 ans	16,67%	38,33%	38,33%	6,67%	100%
6 à 10 ans	14,29%	28,57%	47,62%	9,52%	100%
Moins de 1 an	41,67%	41,67%	8,33%	8,33%	100%
Plus de 10 ans	29,63%	25,93%	25,93%	18,52%	100%
Total général	21,67%	34,17%	34,17%	10,00%	100%

Tableau dynamique du croisement entre l'ancienneté professionnelle en EHPAD et le sentiment de préparation à intervenir auprès des résidents atteints de troubles de la déglutition

Nombre de Vous sentez vous suffisamment formé(e) pour accompagner les aides-soignants dans la formation au positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition ?	Étiquettes de colonnes					Total général
	1 (Pas du tout formé)	2 (Très peu formé)	3 (Moyennement formé)	4 (Bien formé)	5 (très bien formé)	
Étiquettes de lignes						
Non	24,07%	44,44%	18,52%	11,11%	1,85%	100%
Oui	10,61%	22,73%	31,82%	31,82%	3,03%	100%

Total général	16,67%	32,50%	25,83%	22,50%	2,50%	100%
---------------	--------	--------	--------	--------	-------	------

Tableau dynamique du croisement entre le sentiment de préparation à la formation des aides-soignants selon la sollicitation pour effectuer celle-ci

ANNEXE 8 – COURRIEL ENVOYÉ AUX EHPADS POUR LA DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE À LEURS ERGOTHÉRAPEUTES



Alissa Miraoui

19 février 2025, 18:24

Participation à une étude sur l'ergothérapie en EHPAD - Mémoire de recherche

[Détails](#)

À :

CCi :

Bonjour,

Je me permets de vous contacter afin de transmettre ce message aux ergothérapeutes de votre établissement.

Je m'appelle Alissa Miraoui et je suis étudiante en 3^e année d'ergothérapie à l'IFE de Toulouse.

Dans le cadre de mon mémoire de recherche, j'étudie la place qu'occupent les ergothérapeutes dans la formation des aides-soignants au positionnement des résidents en EHPAD atteints de troubles de la déglutition. Afin d'enrichir mon travail et de mieux comprendre les pratiques professionnelles, je sollicite leur aide précieuse en répondant à un court questionnaire destiné aux ergothérapeutes ayant travaillé ou travaillant en EHPAD.

Le questionnaire est accessible via le lien suivant :



<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdzyr8Wl5rBXlcMF3pA1SQYFA4WasSCiESbDiaSVkDAEYyd3A/viewform?usp=header>

Cela ne prend que 15 minutes, et les réponses resteront anonymes.

Si vous pouvez transmettre ce message aux ergothérapeutes de votre établissement, ou à toute personne concernée, cela me serait d'une grande aide.

Je vous remercie par avance pour votre temps et votre précieuse collaboration. Si vous avez des questions ou souhaitez échanger sur le sujet, je serais ravie d'en discuter.

Dans l'attente de votre retour, je vous adresse mes sincères remerciements et mes salutations les plus respectueuses.

MIRAOU Alissa

E3 Promotion 2022-2025

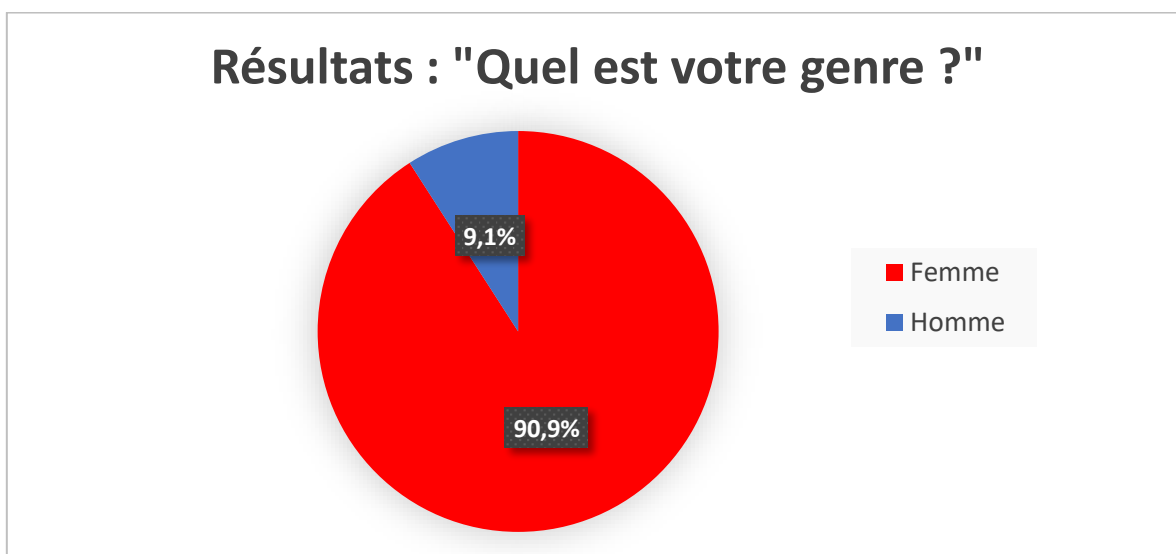
Institut de formation en ergothérapie de Toulouse

07.87.63.35.48

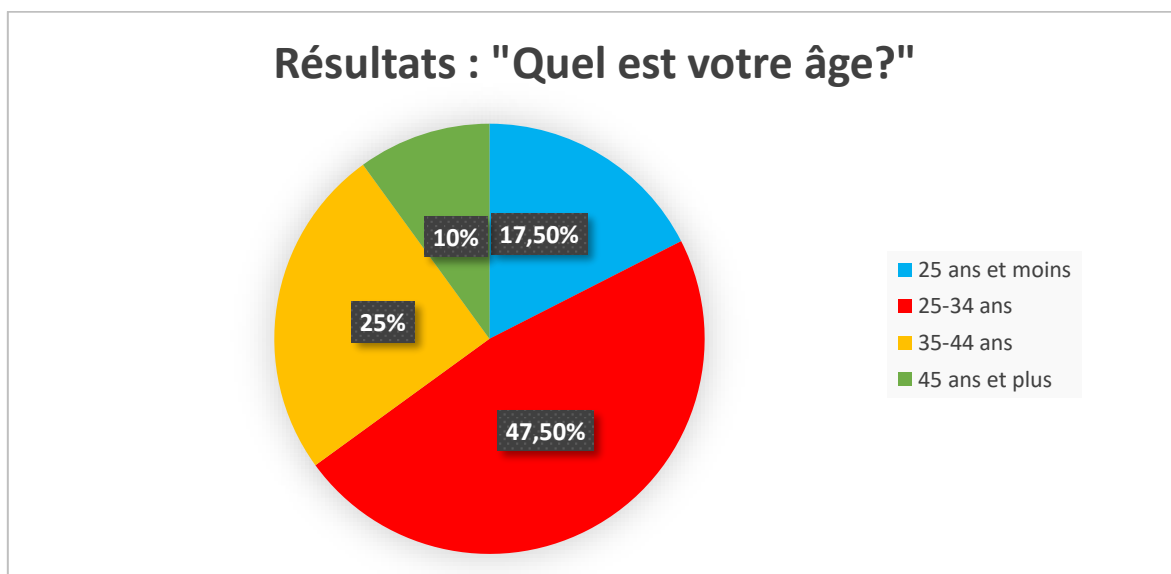
alissamiraoui@gmail.com

ANNEXE 9 – RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU QUESTIONNAIRE SOUS FORME DE GRAPHIQUE

1. Quel est votre genre ?



2. Quel est votre âge ?



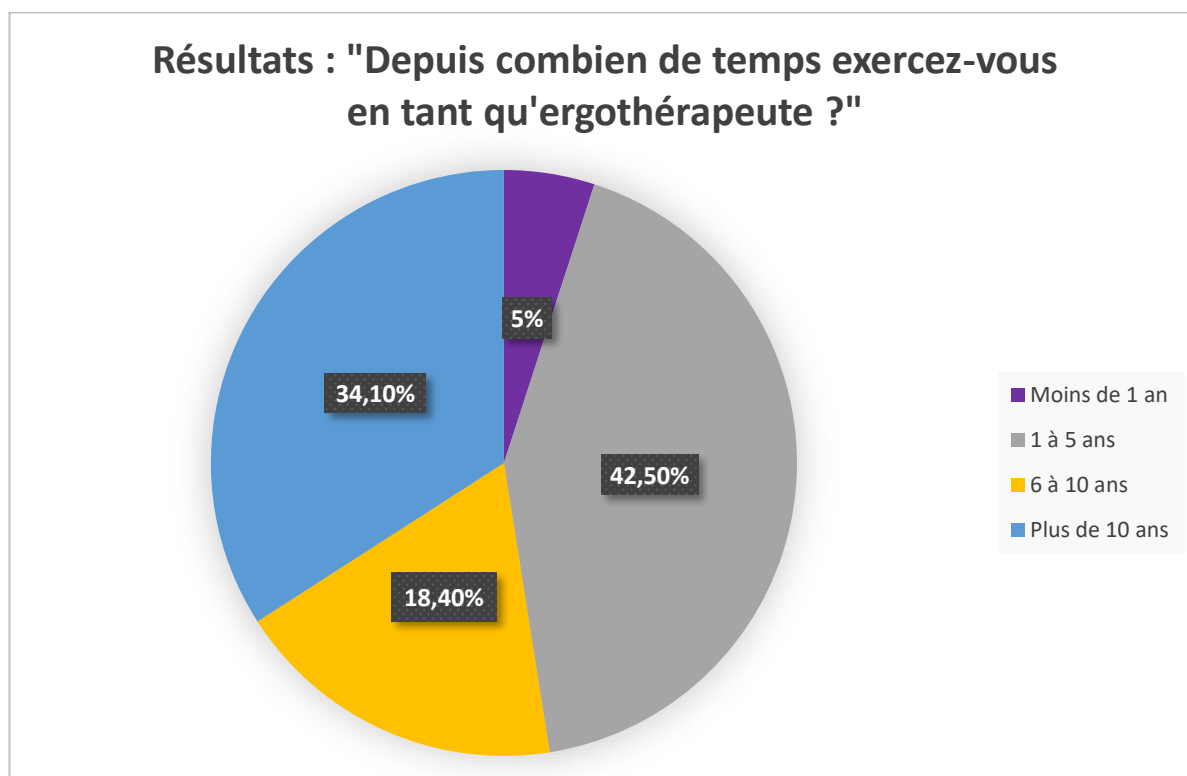
3. Possédez-vous un master, si oui, dans quelle spécialité ?



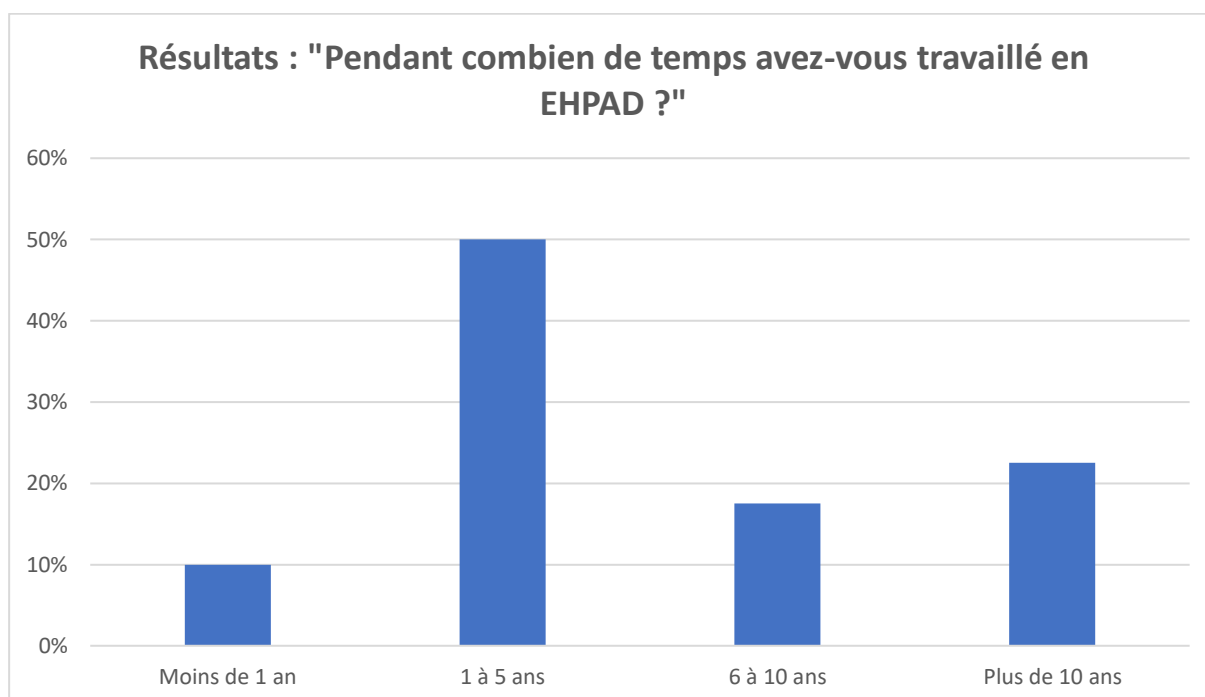
4. Possédez-vous un doctorat, si oui, dans quelle spécialité ?



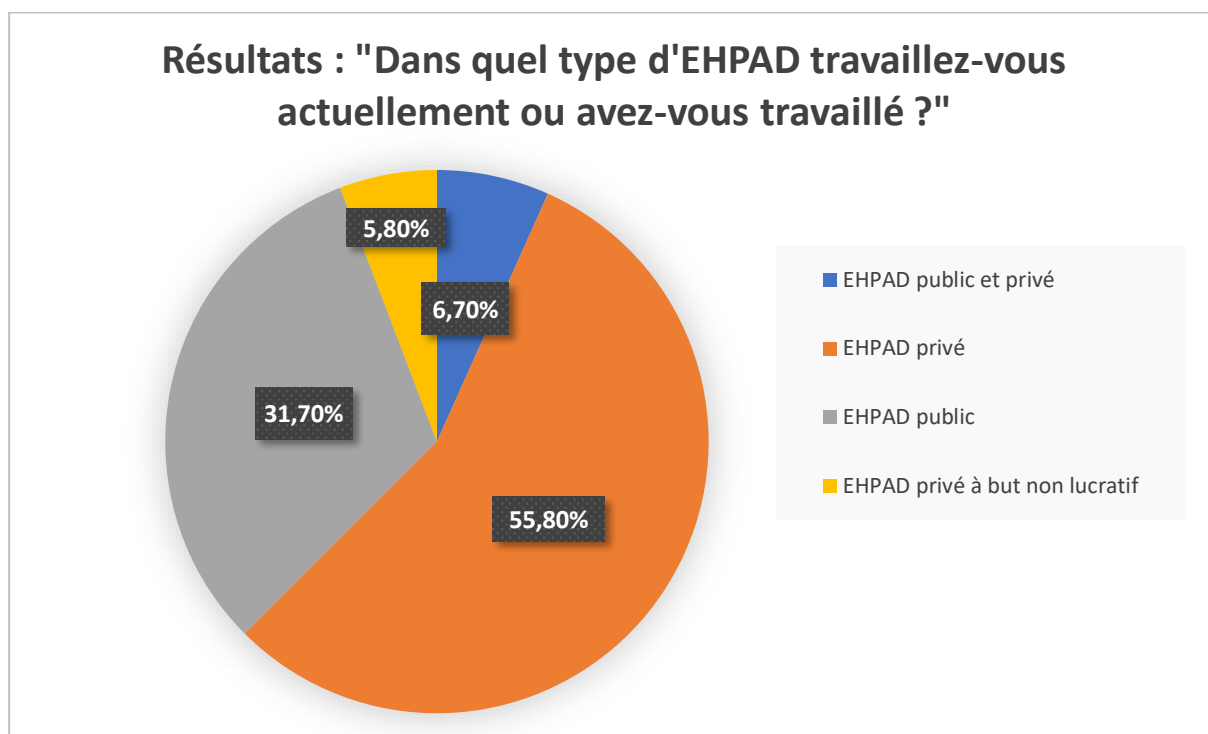
5. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?



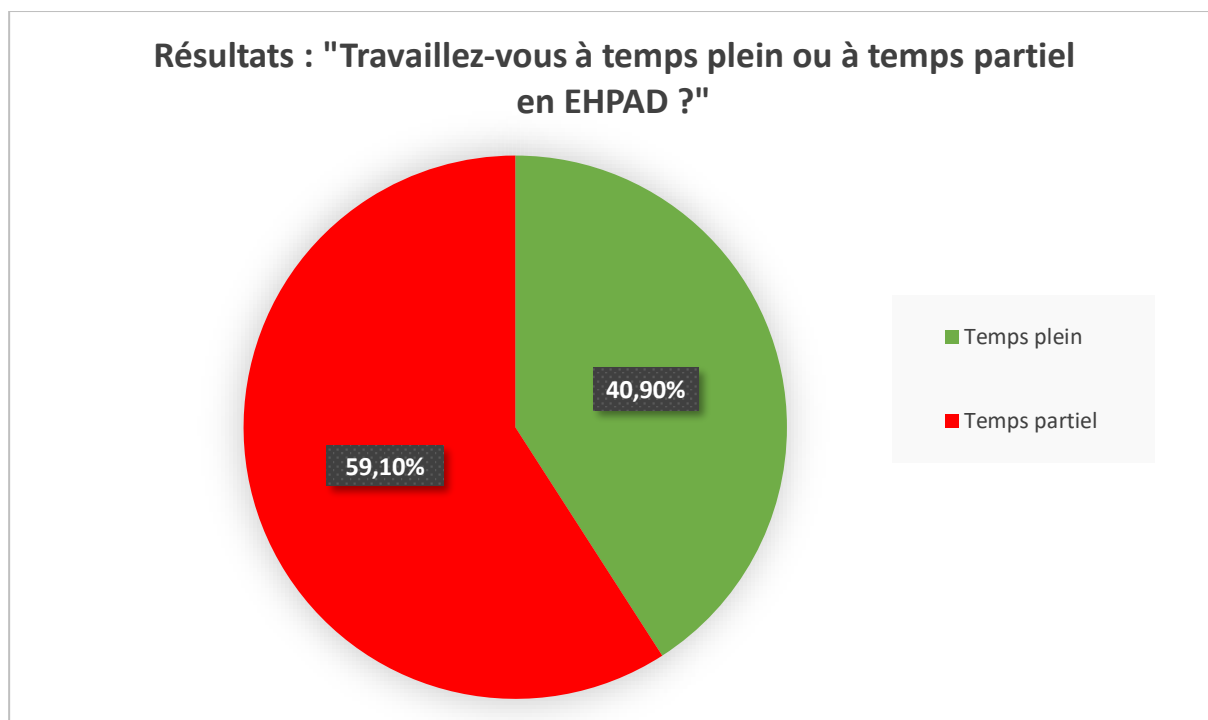
6. Pendant combien de temps avez-vous travaillé en EHPAD ?



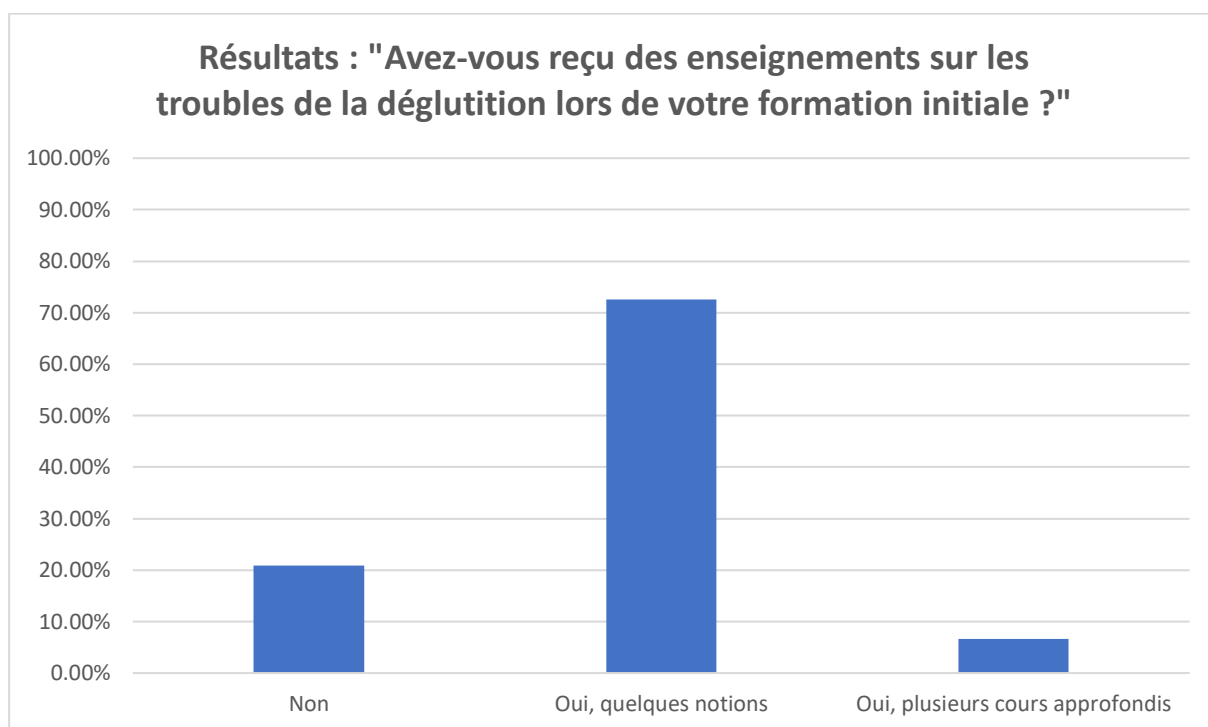
7. Dans quel type d'EHPAD travaillez-vous actuellement ou avez-vous travaillé ?



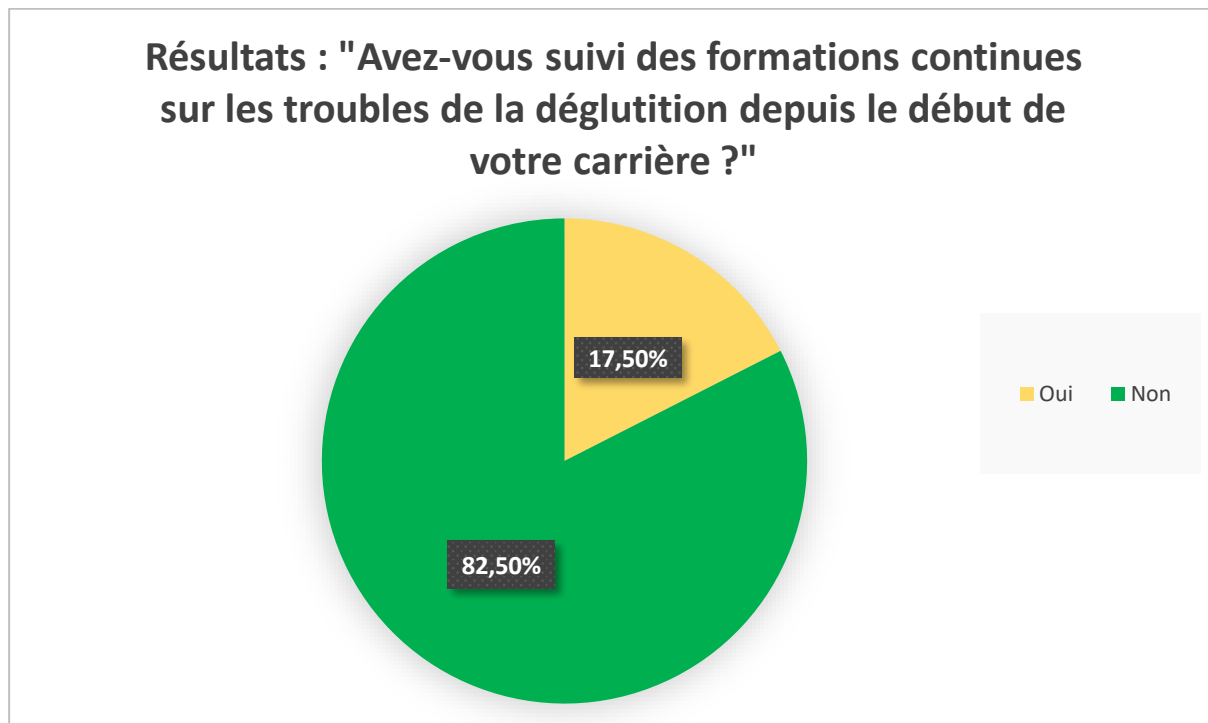
8. Travaillez-vous à temps plein ou à temps partiel en EHPAD ?



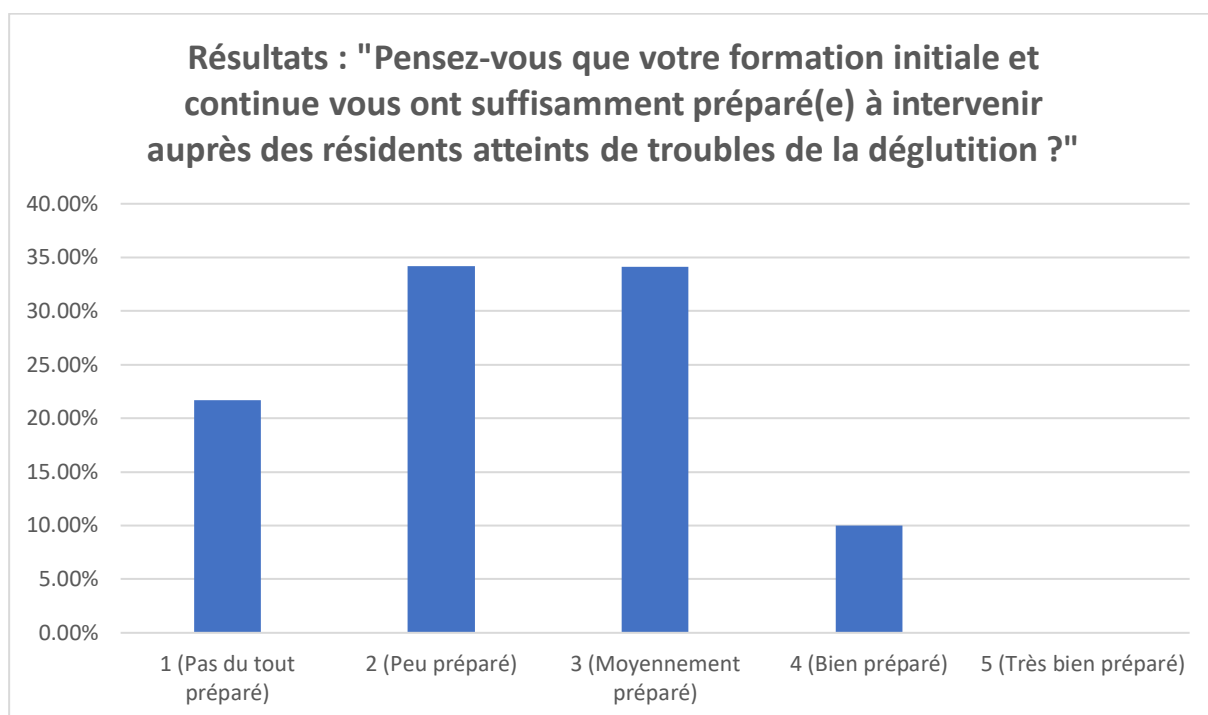
9. Avez-vous reçu des enseignements sur les troubles de la déglutition lors de votre formation initiale ?



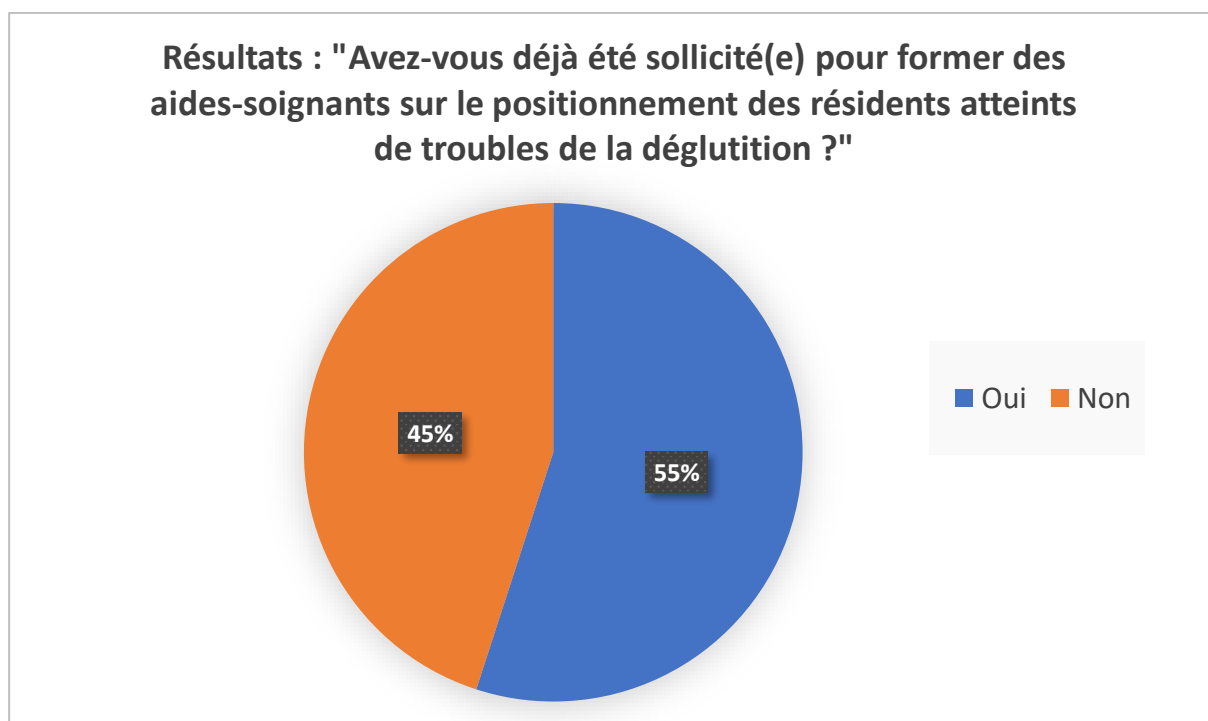
10. Avez-vous suivi des formations continues sur les troubles de la déglutition depuis le début de votre carrière ?



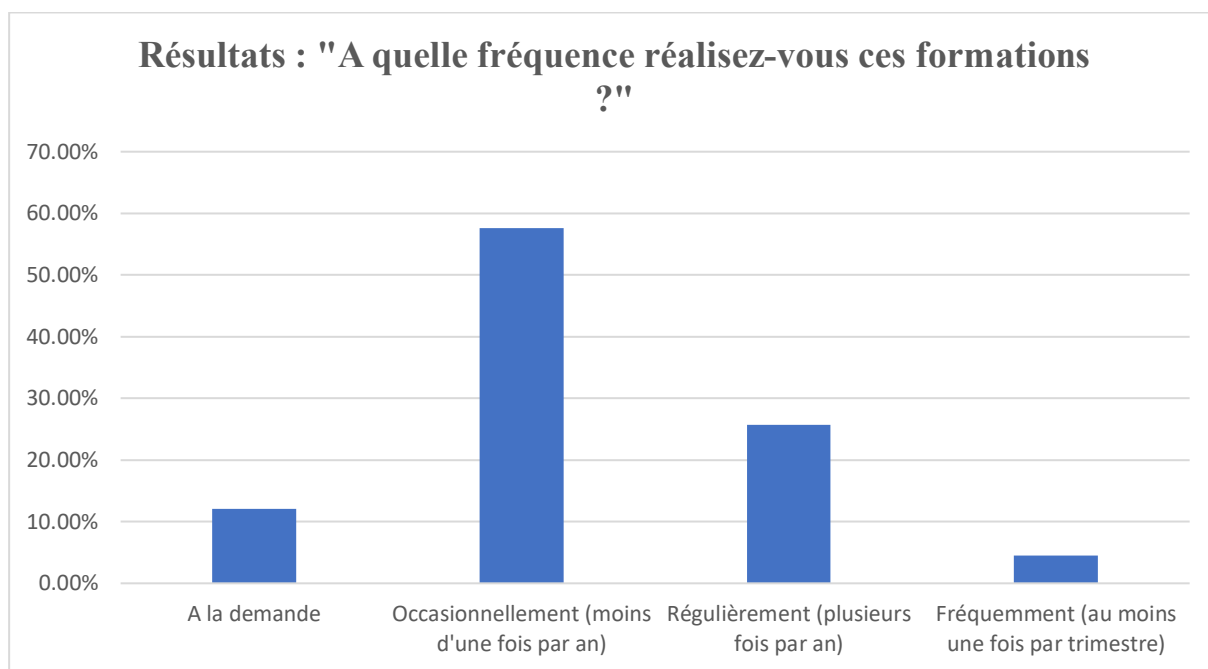
11. Pensez-vous que votre formation initiale et continue vous ont suffisamment préparé(e) à intervenir auprès des résidents atteints de troubles de la déglutition ?



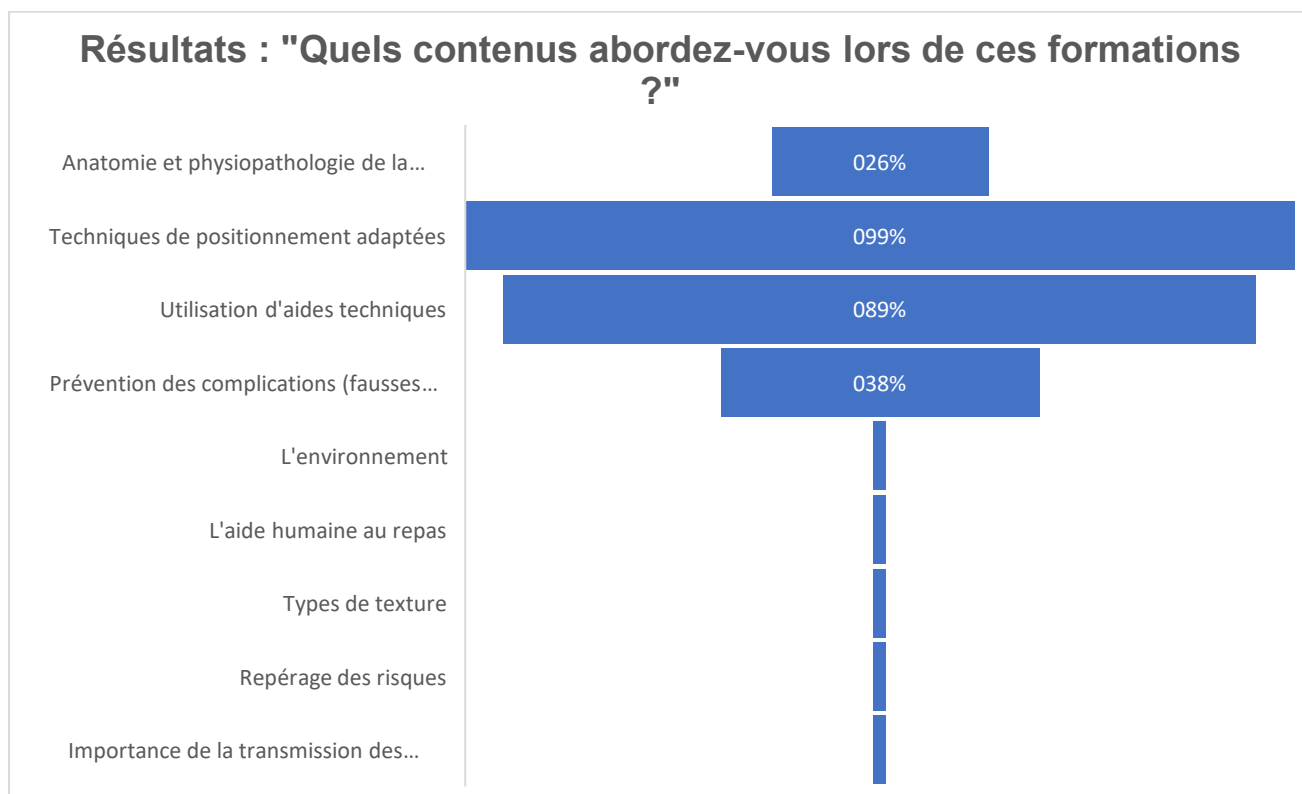
12. Avez-vous déjà été sollicité(e) pour former des aides-soignants sur le positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition ?



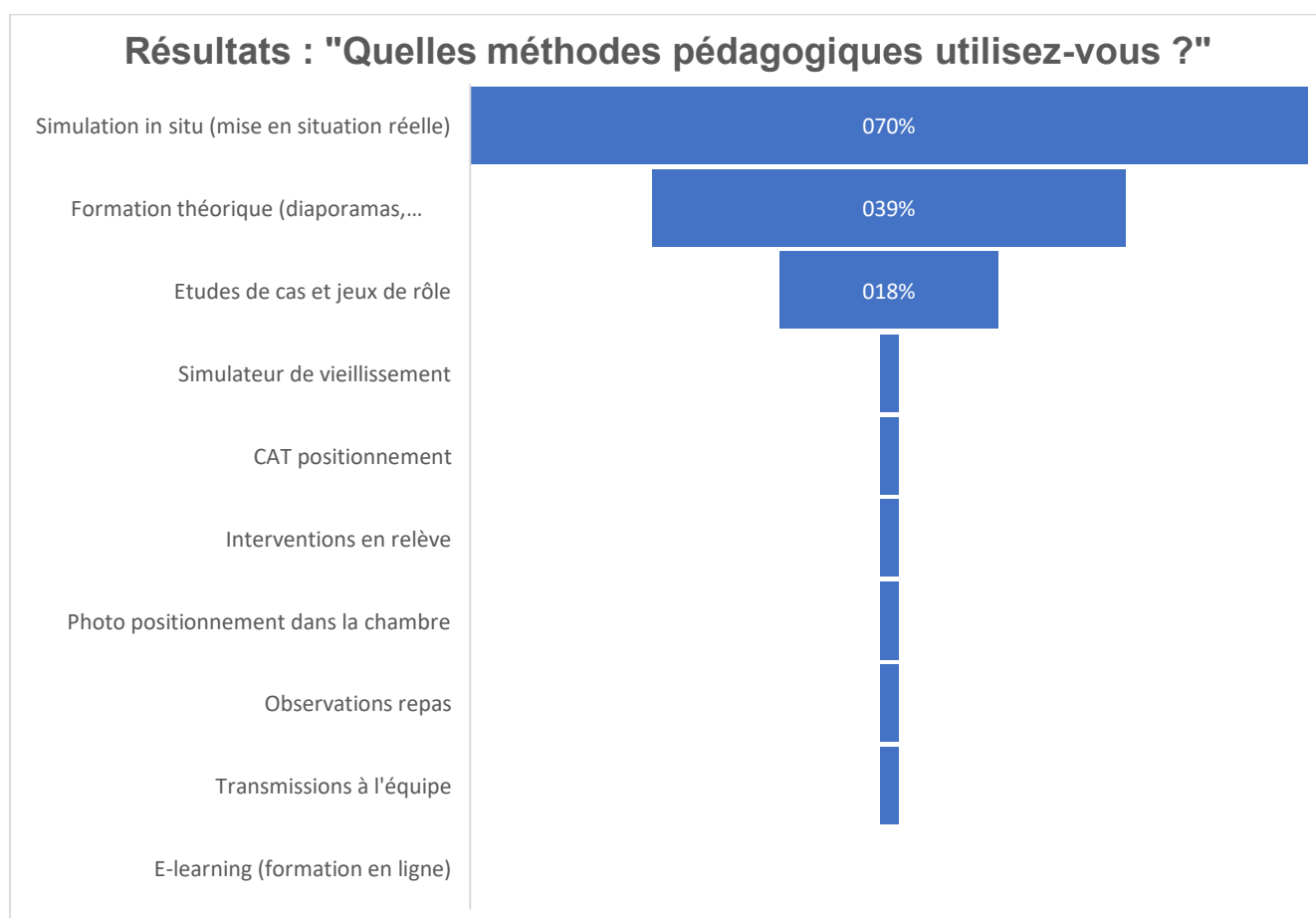
13. A quelle fréquence réalisez-vous ces formations ? (Réponse conditionnelle)



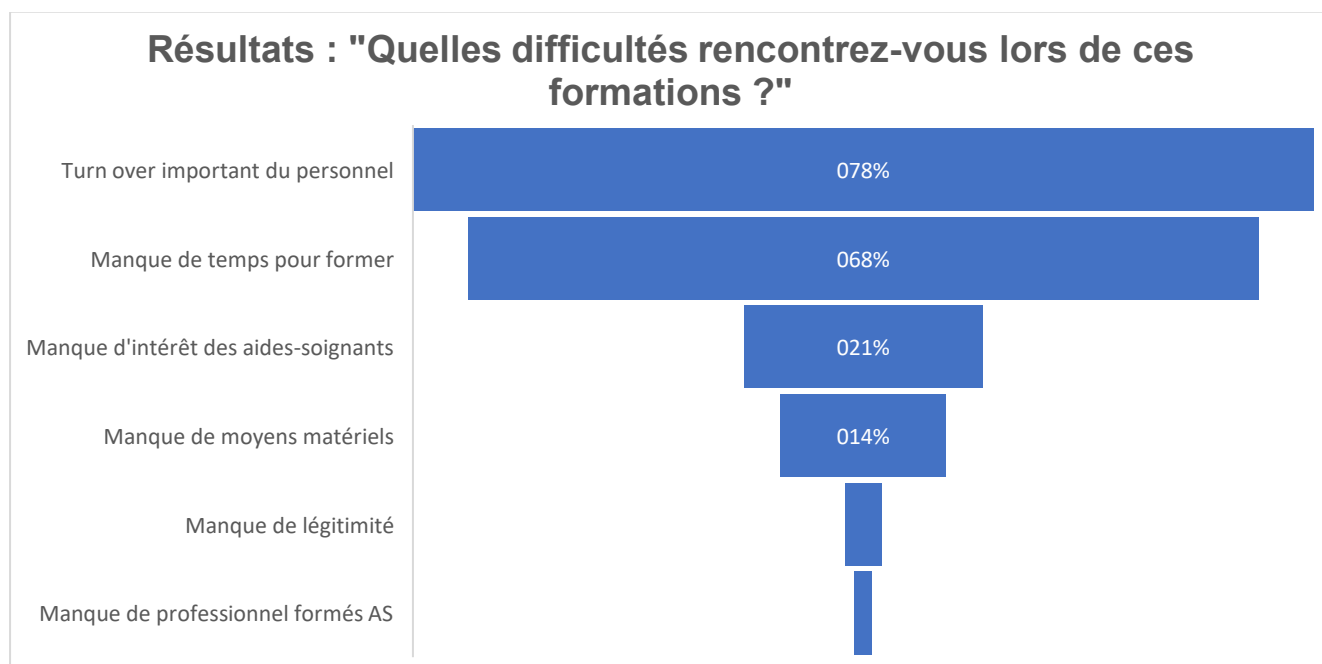
14. Quels contenus abordez-vous lors de ces formations ? (Réponse conditionnelle)



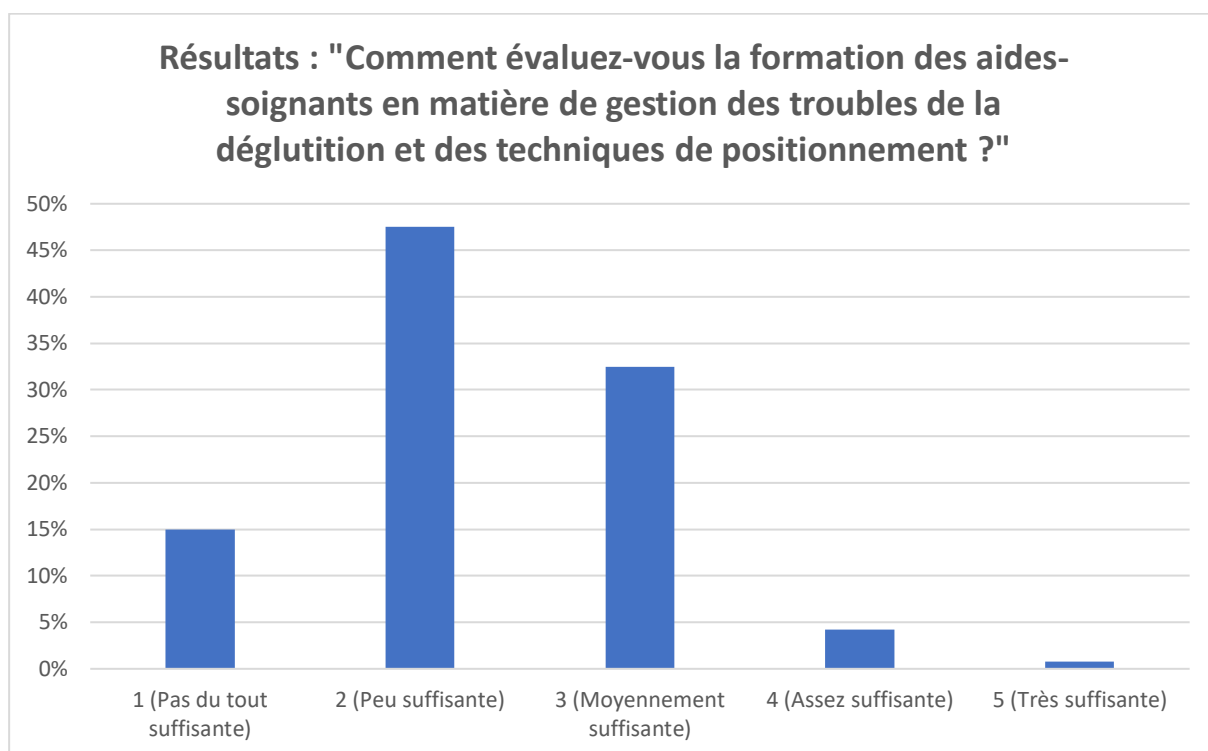
15. Quelles méthodes pédagogiques utilisez-vous ? (Réponse conditionnelle)



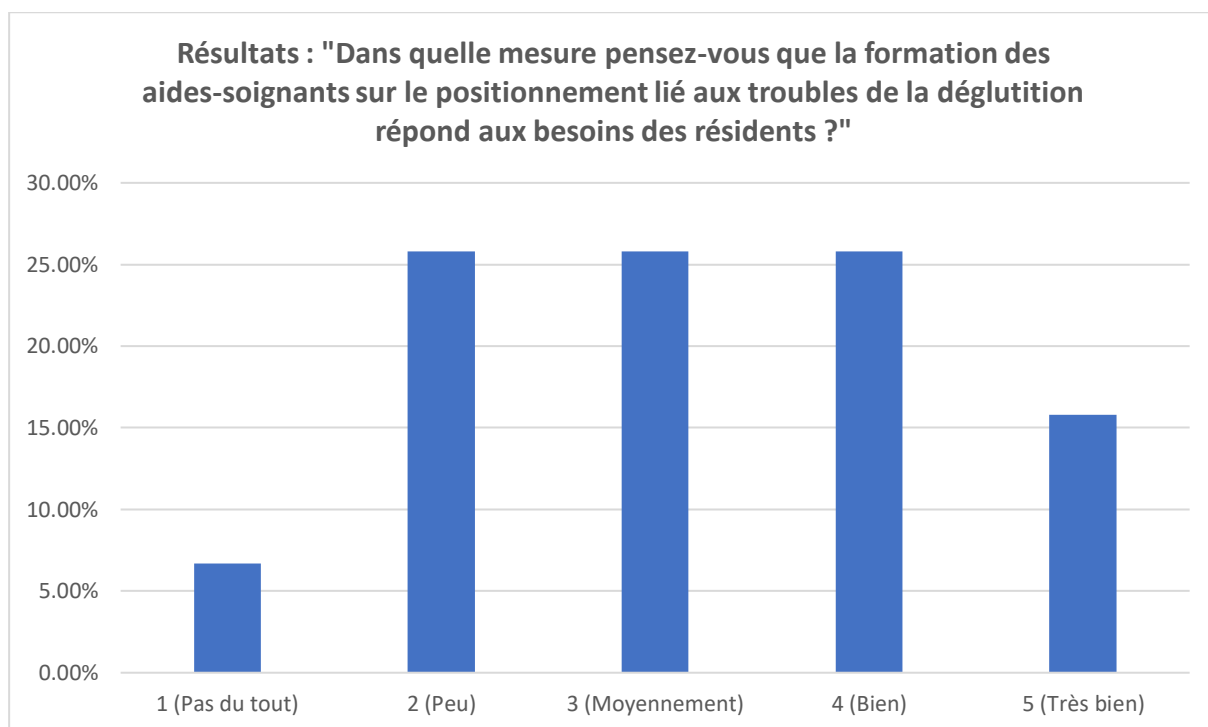
16. Quelles difficultés rencontrez-vous lors de ces formations ? (Réponse conditionnelle)



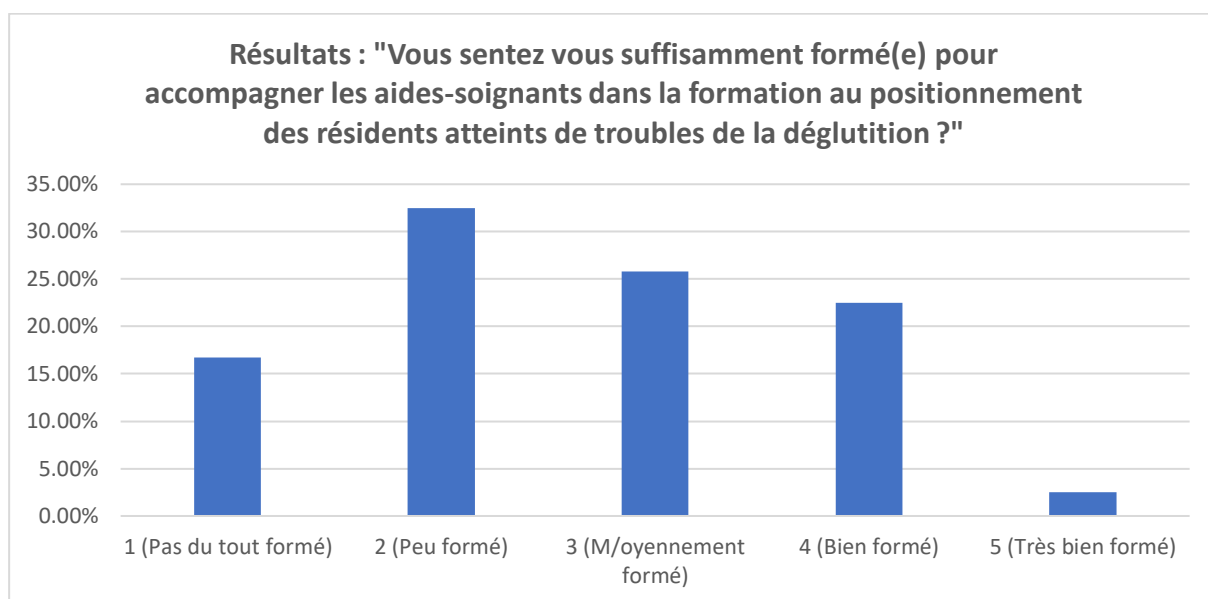
17. Comment évaluez-vous la formation des aides-soignants en matière de gestion des troubles de la déglutition et des techniques de positionnement ?



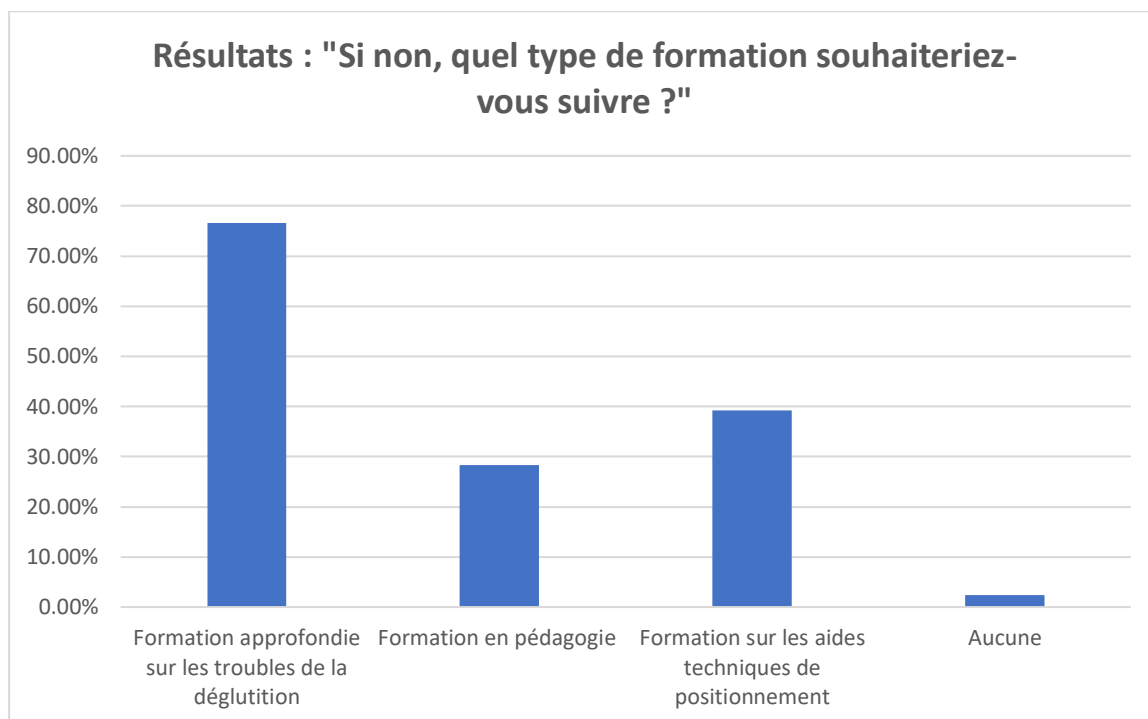
18. Dans quelle mesure pensez-vous que la formation des aides-soignants sur le positionnement lié aux troubles de la déglutition répond aux besoins des résidents ?



19. Vous sentez vous suffisamment formé(e) pour accompagner les aides-soignants dans la formation au positionnement des résidents atteints de troubles de la déglutition ?



20. Si non, quel type de formation souhaiteriez-vous suivre ?



21. Y a-t-il un point que le questionnaire n'a pas abordé et qui vous semble essentiel pour mettre en valeur votre avis sur la formation des aides-soignants par les ergothérapeutes concernant les troubles de la déglutition en EHPAD ?

Y a-t-il un point que le questionnaire n'a pas abordé et qui vous semble essentiel pour mettre en valeur votre avis sur la formation des aides-soignants par les ergothérapeutes concernant les troubles de la déglutition en EHPAD ?
Pour moi, les troubles de la déglutition concernent surtout les orthophonistes et nous avoir les connaissances pour le positionnement.
J'ai eu la chance de pouvoir collaborer avec l'orthophoniste de la structure ce qui a été un vrai point positif pour améliorer les formations.
La collaboration avec l'orthophoniste.
Avec notre formation initiale nous n'avons que les bases du positionnement, je pense qu'en terme de sensibilisation nous sommes légitimes mais pas plus.
Positionnement, utilisation AT
Formation/sensibilisation sur l'installation du résident, son environnement, les aides techniques au repas, la surveillance...
Les moyens utilisés pour former l'équipe soignante, support, temps...
Si un/une orthophoniste intervient sur l'EHPAD
Interprofessionnalité avec l'orthophoniste
Une des difficultés en EHPAD réside dans le fait que de plus en plus de personnel moins formé est embauché (agents de soin au lieu d'aides-soignants, car difficulté à recruter), qui n'ont pas reçu la formation d'aide-soignant, et qui ne sont donc pas formés aux divers troubles que peut avoir le résident (déglut ou autre). L'ergothérapeute intervient notamment plus qu'avant pour accompagner les professionnels dans des formations internes (Appareils de transferts, thérapie non médicamenteuse et supports sensoriels...).
Je ne sais pas si je suis suffisamment formée moi-même concernant les troubles de la déglutition, alors je ne me sens pas prête à former les aides-soignantes à ce sujet
Connaissances sur le positionnement assis
Au préalable une réunion ergo/orthophoniste pour un meilleur accompagnement et formation
Le travail en lien avec la diététicienne et l'orthophoniste de mon établissement m'a permis d'acquérir des connaissances et compétence.

Les professionnels en EHPAD travaillant lors des accompagnements repas ne sont pas forcément des AS, mais également des ASH sans formation initiale.
Intervention ponctuelle lorsqu'un résident présente des troubles de déglutition, associé à un trouble du positionnement marqué + sensibilisation ponctuelle en lien avec un orthophoniste.
Je pense que les orthophonistes sont plus spécialisés dans les troubles de la déglutition et donc qu'il est plus pertinent que les aides-soignants soient formés par eux.
Présence d'une orthophoniste dans la structure prenant en charge les troubles de la déglutition.
Le temps consacré à ses "formations" et les résultats.
Être en lien avec l'orthophoniste me semble être indispensable
Pour moi il s'agit d'une complémentarité orthophoniste et ergothérapeute.
Rôle de l'ergothérapeute en EHPAD principalement centré sur le positionnement assis / allongé pour prévenir les troubles dysphagiques et rôle de conseil et de préconisation dans le choix des aides techniques adaptées, choix des couverts assiettes, techniques éducatives face à certains TCA (fractionnement, etc) // pas de bilans des troubles dysphagiques (orthophoniste intervenant sur les 3 EHPAD ou je suis à temps partiel).
Collaboration avec les orthophonistes nécessaire mais difficultés d'avoir un orthophoniste salarié en EHPAD.
Les troubles de la déglutition pour moi sont plus spécifique orthophoniste nous on intervient en collaboration je ne pense pas que l'on ait les compétences nécessaires.
Mon cursus d'ergothérapeute m'a formé sur le positionnement (dont le positionnement rachis/cervicales/crane) et sur les pathologies de la personne âgées (dont le trouble de la déglutition). Mais à mon souvenir, aucun cours n'abordait les deux conjointement.
Attention au champ d'application de l'ergo dans les troubles de la déglutition. Nous ne sommes pas orthophonistes.
En tant qu'ergothérapeute, je ne pense pas être la professionnelle la mieux placée pour former les AS sur les troubles de la déglutition. Je peux donner des conseils sur ce qui a trait à l'aménagement de l'environnement et proposer des aides techniques pour favoriser une bonne déglutition.
L'importance de préserver l'autonomie et de ne pas les aider pour aller plus vite, le temps du repas est rapide.
Rôle essentiel qui devrait être fait conjointement avec une orthophoniste et qui nécessite d'être répété, répété, répété...

Travail interdisciplinaire.

Pour moi cela est plus le rôle de la diététicienne et de l'orthophoniste.

Je serais en incapacité de former, car je n'ai aucune connaissance des troubles de la déglutition. Lorsque j'ai été confronté à une situation, j'ai fait des recherches dans la littérature scientifique.

ANNEXE 10 : ANALYSE LEXICALE ET THEMATIQUE DE LA QUESTION OUVERTE SUR LA FORMATION DES AIDES-SOIGNANTS AUX TROUBLES DE LA DEGLUTITION EN EHPAD

Réponses à la question ouverte « Y a-t-il un point que le questionnaire n'a pas abordé et qui vous semble essentiel pour mettre en valeur votre avis sur la formation des aides-soignants par les ergothérapeutes concernant les troubles de la déglutition en EHPAD ? ».

Terme / Expression	Occurrences
Orthophoniste	19
Positionnement	10
Collaboration / travail en lien	9
Formation / sensibilisation	8
Compétences / connaissances	7
Aides techniques (AT)	5
Environnement	4
EHPAD / terrain	4
Interprofessionnalité	3
Temps / moyens	3
ASH / personnel non formé	3
Diététicien (ne)	2
Autonomie / repas	2

Tableau 8.1 – Principaux mots-clés cités dans les réponses à la question ouverte

Thème	Contenu synthétique
A. Le rôle central de l'orthophoniste	<ul style="list-style-type: none"> • Les troubles de la déglutition sont perçus comme relevant principalement de l'orthophoniste • L'ergothérapeute est vu comme un intervenant complémentaire, non principal
B. Légitimité et limites perçues de l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> • Les ergothérapeutes se sentent compétents sur le positionnement, l'environnement du repas et les aides techniques • Nombreux sont ceux qui ne se sentent ni formés ni légitimes pour aborder la déglutition en tant que telle

C. Importance de la collaboration interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Une coopération forte avec l'orthophoniste est jugée indispensable • Certains mentionnent aussi la diététicienne dans une approche globale et coordonnée
D. Besoin d'un cadre structuré de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps, de moyens et de supports adaptés pour la formation • Besoin de formations conjointes plus régulières • La présence de personnel non formé (ASH) est vue comme un obstacle
E. Autres éléments notables	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs répondants ne se sentent pas en capacité de former les aides-soignants sur ce sujet • Mise en avant de l'importance de préserver l'autonomie des résidents, notamment durant les repas

Tableau 8.2 – Synthèse thématique des réponses à la question ouverte

Titre / Title

Les troubles de la déglutition en EHPAD : la place des ergothérapeutes dans la formation des aides-soignants au positionnement des résidents

Swallowing Disorders in Nursing Homes : The Role of Occupational Therapists in Training Nursing Assistants on Resident Positioning

Résumé

Introduction : En EHPAD, les troubles de la déglutition touchent une large part des résidents et peuvent entraîner des complications graves. Les aides-soignants, en première ligne lors des repas, jouent un rôle clé dans la prévention de ces risques, notamment par le positionnement adapté des résidents. Ce mémoire explore la place des ergothérapeutes dans la formation des aides-soignants sur cette thématique. **Méthode** : Une étude observationnelle mixte a été menée via un questionnaire en ligne auprès d'ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en EHPAD en France. L'analyse a combiné données quantitatives ($n = 120$) et qualitatives pour identifier les pratiques existantes, les freins rencontrés et les modalités de formation employées. **Résultats** : Les résultats montrent que plus de la moitié des répondants ont déjà été sollicités pour former des aides-soignants, mais de manière non systématique. Les formations sont le plus souvent ponctuelles, peu structurées et varient fortement selon les établissements. Les ergothérapeutes expriment le besoin de renforcer leurs compétences pédagogiques et d'élargir leur rôle formatif. **Conclusion** : Ce travail souligne l'intérêt d'impliquer davantage les ergothérapeutes dans la formation interprofessionnelle en EHPAD et propose des perspectives concrètes, notamment le développement de modules de formation numériques accessibles à grande échelle.

Mots-clés : Ergothérapie, EHPAD, déglutition, dysphagie, aides-soignants, formation, positionnement

Abstract

Introduction: In nursing homes, swallowing disorders affect a large proportion of residents and can lead to serious complications. Care assistants, who are on the front lines during mealtimes, play a key role in preventing these risks, particularly through appropriate resident positioning. This thesis explores the role of occupational therapists in training care assistants on this topic. **Method:** A mixed observational study was conducted using an online questionnaire targeting occupational therapists currently or previously working in nursing homes in France. The analysis combined quantitative data ($n = 120$) and qualitative responses to identify existing practices, perceived barriers, and training methods used. **Results:** The findings show that over half of the respondents have already been asked to train care assistants, but this involvement remains unsystematic. Trainings are often occasional, loosely structured, and vary widely across facilities. Occupational therapists report a need to strengthen their pedagogical skills and expand their educational role. **Conclusion:** This work highlights the relevance of increasing the involvement of occupational therapists in interprofessional training within nursing homes. It also proposes concrete perspectives, including the development of large-scale, accessible digital training modules.

Key words : Occupational therapy, nursing homes, swallowing, dysphagia, care assistants, training, positioning

Auteure / Author

MIRAOUI Alissa