

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Héloïse DRUGEON

soutenu publiquement en juin 2019

Prévention de la presbyacousie et de ses répercussions chez les personnes âgées institutionnalisées

**Élaboration d'une intervention de prévention à l'attention du
personnel soignant des établissements accueillants**

MEMOIRE dirigé par

Elodie HEUGEBAERT, Orthophoniste, Bailleul

Stéphanie REINQUIN, Orthophoniste, La Madeleine

A mes grands-pères,
René et Jean

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Mesdames Elodie Heugebaert et Stéphanie Reinquin, co-directrices de ce mémoire et maîtres de stage, pour leur accueil, leur bienveillance et leur soutien durant cette année et plus particulièrement ce projet. Merci pour la richesse de vos enseignements et vos critiques constructives.

Je remercie également Madame Alice Lacour-Peneau, audioprothésiste, d'avoir accepté d'être lectrice de ce mémoire et d'avoir suivi le projet depuis le début.

Je remercie les cadres de santé et les équipes des établissements qui ont accueilli ce projet avec enthousiasme et intérêt.

Je remercie vivement mes maîtres de stage de m'avoir transmis leurs savoir-être et savoir-faire durant ces cinq années. Chaque personne rencontrée au sein de mes différents lieux de stage a contribué à l'accomplissement de ce cursus.

Je tiens à présenter ma plus grande gratitude à mes parents, Jean-François et Valérie, et à mon petit frère, Arnaud. Votre patience, votre soutien sans faille et votre amour m'ont portée pendant ces années.

Je remercie mes proches, amis et famille, pour leur soutien et leurs encouragements.

J'adresse une pensée particulière à mes amies lilloises et amis du monde associatif qui ont rendu ces cinq années plus belles.

Résumé :

La presbyacousie touche plus d'une personne sur deux après 80 ans. De plus, de récentes études montrent un lien entre perte de l'audition et baisse des capacités cognitives. Il s'avère que les personnels des établissements accueillant les personnes âgées dépendantes ne disposent pas de formation théorique afin de comprendre, détecter et pallier les troubles auditifs chez les résidents. Dans la perspective de diminuer l'impact de la presbyacousie et donc de retarder l'apparition des troubles cognitifs, nous avons élaboré une intervention de prévention afin de sensibiliser les personnels à l'importance du repérage. Cinquante établissements ont été sélectionnés afin de se voir proposer notre intervention. Nous avons pu réaliser une douzaine d'interventions et sensibiliser plus de cent personnes en présentiel. Avant et après chaque action de sensibilisation, nous proposons un questionnaire aux participants afin d'évaluer leur ressenti au sujet de leurs connaissances théoriques, de leurs comportements communicationnels ainsi que leurs habilités à gérer ces troubles. Nous notons une évolution positive des ressentis à l'issue de nos différentes formations. Ce format, dans l'attente d'être amélioré et diffusé à plus grande échelle, pourrait être enrichi d'une intervention de sensibilisation et formation dans le domaine de l'audioprothèse.

Mots-clés :

Presbyacousie – prévention – personnel soignant – personnes âgées institutionnalisées

Abstract :

Presbycusis affects more than one out of two people after 80 years. In addition, recent studies showed a link between hearing loss and cognitive impairment. It turns out that the staff of the assisted living accommodations, welcoming dependent elderly people, do not have theoretical training to understand, detect and mitigate hearing problems towards residents. In order to reduce the impact of presbycusis and thus to delay the onset of cognitive disorders, we developed a prevention operation to make staff aware of the importance of identification. Fifty institutions were selected to be offered our intervention. We were able to carry out a dozen of on-site interventions and raise the awareness of more than one hundred people. Before and after each awareness campaign, we offered a survey to participants to assess their feelings about their theoretical knowledge, their communication behaviors and their abilities to deal with these disorders. We note a positive evolution of the feelings at the end of our different training sessions. This format, while waiting to be improved and rolled out on a larger scale, could be enriched by an awareness and training intervention in the field of hearing aids.

Keywords :

Presbycusis – prevention – caregivers – institutionalized seniors

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. La personne âgée institutionnalisée.....	2
1.1. Le vieillissement.....	2
1.1.1. Le vieillissement du métabolisme.....	2
1.1.2. Le vieillissement du système nerveux.....	2
1.1.3. Le vieillissement des organes sensoriels.....	3
1.2. L'entrée en institution.....	3
1.2.1. Le profil des personnes âgées institutionnalisées en EHPAD.....	3
1.2.2. Les causes de l'institutionnalisation.....	3
2. La presbycousie.....	4
2.1. Définition.....	4
2.2. Le repérage et diagnostic.....	4
2.2.1. Repérage : les signes d'appel.....	4
2.2.2. Diagnostic de la presbycousie.....	4
2.2.3. Apport du bilan orthophonique.....	5
2.3. Les répercussions de la presbycousie sur la personne âgée.....	5
2.3.1. Répercussions physiques et sensorielles.....	5
2.3.2. Répercussions comportementales et psychiques.....	6
2.3.3. Répercussions cognitives.....	6
2.3.4. Répercussions communicationnelles : sphère familiale et sociale.....	6
3. Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin de la presbycousie.....	7
3.1. La veille auditivo-fonctionnelle.....	7
3.2. La rééducation.....	7
3.3. La formation et l'information : compétences reconnues en orthophonie.....	8
3.3.1. La formation du personnel soignant des établissements accueillants.....	8
3.3.2. Information et prévention dans le cadre de la presbycousie.....	9
4. Buts et hypothèses.....	10
Méthode.....	10
1. Etablissements et professionnels ciblés par notre intervention.....	10
1.1. Les établissements.....	10
1.2. Le personnel ciblé.....	11
2. Prérequis aux interventions.....	11
2.1. Démarches administratives.....	11
2.2. Rédaction d'un courrier explicatif.....	11
2.3. Création de l'intervention de sensibilisation : trame et contenu.....	11
2.4. Réalisation du questionnaire à destination des professionnels.....	12
2.5. Participation à une formation SAMID.....	13
3. Procédure.....	13
3.1. Envoi du courrier.....	13
3.2. Rencontres avec les référents des établissements.....	13
3.3. Planification des interventions.....	13
3.4. Conventions avec les établissements.....	14
Résultats.....	14
1. Réponses récoltées à la suite de l'envoi des courriers.....	14
2. Description des interventions.....	14
2.1. Description des établissements.....	14
2.2. Description des participants.....	14
2.2.1. Nombre de participants.....	14
2.2.2. Profil des participants : profession.....	14

2.2.3. Profil des participants : sensibilisation aux troubles auditifs.....	15
2.2.4. Profil des participants : intervention ou exercice d'un.e orthophoniste dans l'établissement.....	16
3. Résultats statistiques obtenus selon les affirmations.....	17
3.1. Résultats généraux.....	17
3.1.1. Résultats obtenus concernant l'affirmation A.....	17
3.1.2. Résultats obtenus concernant l'affirmation B.....	18
3.1.3. Résultats obtenus concernant l'affirmation C.....	19
3.1.4. Résultats obtenus concernant l'affirmation D.....	19
3.1.5. Résultats obtenus concernant l'affirmation E.....	20
3.1.6. Synthèses des résultats obtenus aux cinq affirmations.....	21
4. Résultats obtenus selon les différentes professions.....	21
4.1.1. Résultats obtenus avec le groupe 1.....	21
4.1.2. Résultats obtenus avec le groupe 2.....	22
4.1.3. Résultats obtenus avec le groupe 3.....	23
4.1.4. Résultats obtenus avec le groupe 4.....	23
4.1.5. Résultats obtenus avec le groupe 5.....	24
4.1.6. Résultats obtenus avec le groupe 6.....	25
Discussion.....	25
1. Objectifs initiaux.....	25
2. Validation des hypothèses.....	26
3. Critiques méthodologiques.....	27
3.1. Concernant les établissements sélectionnés.....	27
3.1.1. Contrôle du critère « privé / public ».....	27
3.1.2. Contrôle des réponses obtenues.....	27
3.2. Concernant le matériel.....	28
3.2.1. Le questionnaire.....	28
3.2.2. La formation : contenu et support.....	28
3.3. Concernant les interventions.....	28
4. Limites de l'étude.....	28
4.1. Contrôle du nombre de sujets.....	28
4.2. Pourcentage de l'item neutre.....	28
4.3. Temps de pratique.....	29
4.4. Divergence entre discours et réponses au questionnaire.....	29
4.5. Analyse subjective.....	29
Conclusion.....	30
Liste des annexes.....	34
Annexe n°1 : Liste des EHPAD sollicités.....	34
Annexe n°2 : Exonération déclaration à la CNIL.....	34
Annexe n°3 : Courrier d'informations à destination des cadres de santé des EHPAD.....	34
Annexe n°4 : Extraits de la présentation visuelle Prezi.....	34
Annexe n°5 : Extraits de la plaquette de sensibilisation distribuée à l'issue de l'intervention.....	34
Annexe n°6 : Questionnaire à destination des professionnels.....	34
Annexe n°7 : Réponses obtenues aux questionnaires pré et post-intervention des participants.....	34
Annexe n°8 : Résultats obtenus aux questionnaires selon les cinq affirmations.....	34
Annexe n°9 : Résultats obtenus aux questionnaires selon les six groupes établis.....	34

Introduction

A l'heure actuelle, nous constatons une forte adéquation entre la baisse de l'audition et la diminution des capacités cognitives des individus, sans pour autant que les mécanismes les liant aient pu être démontrés. En 2007, l'étude AcouDem, réalisée par le groupe GRAP Santé (Groupe de Recherche Alzheimer Presbyacousie) mettait en avant le lien entre la presbyacousie et les troubles cognitifs. Effectivement, selon cette étude, les personnes de plus de 75 ans touchées par une hypoacousie seraient plus à risque de développer des troubles cognitifs que les personnes du même âge sans trouble auditif associé. Outre Atlantique, Lin et al. (2013) ont publié une étude longitudinale commencée en 1997 sur 1162 individus. Bien qu'ici encore, le lien causal n'ait été révélé, les personnes ayant des troubles auditifs avaient 24% de risque en plus d'avoir des troubles cognitifs par rapport aux personnes normo-entendantes.

D'autre part, il est important de reconnaître la méconnaissance de l'importance du port de l'appareillage auditif de la part des aidants, mais aussi des soignants en structure. En effet, l'ERMAI (Enquête Régionale sur les Malentendants Appareillés Institutionnalisés), réalisée en 2009, révélait que seulement 21% des résidents portaient régulièrement leurs appareils auditifs. A la suite de cette étude, une formation a été dispensée aux personnels soignants par le SAMID (Service d'Aide aux Malentendants Institutionnalisés ou Dépendants) dans les EHPAD ayant accepté de répondre à l'étude. Cette formation a permis de rétablir le port de l'appareil auditif dans de bonnes conditions pour 86% des résidents des structures ciblées. Dans une perspective globale, nous pouvons nous poser la question de la connaissance des soignants dans le domaine des troubles auditifs et les répercussions sur la vie de la personne âgée institutionnalisée.

De ces deux postulats est née l'idée de ce mémoire de fin d'études : élaborer une intervention de prévention à l'attention du personnel soignant des établissements accueillant des personnes âgées au sujet de la presbyacousie et de ses répercussions.

Nous présenterons dans un premier temps le contexte théorique avec le profil de la personne âgée institutionnalisée, puis une définition de la presbyacousie et ses répercussions sur le quotidien de la personne âgée et nous terminerons par le rôle de l'orthophoniste dans le cadre de cette pathologie. A la suite de cela, la problématique et les hypothèses seront avancées. Dans un troisième temps, nous développerons la méthodologie du démarchage des structures ainsi que celle de la création de l'intervention. Pour finir, nous révélerons les résultats ainsi que les points à discuter.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. La personne âgée institutionnalisée

1.1. Le vieillissement

Selon le Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG) (2008), « le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës ». La vieillesse est, quant à elle, l'aboutissement de ce processus de vieillissement. L'Organisation Mondiale de la Santé considère qu'une personne est âgée à partir de 65 ans.

Cependant, l'allongement de la durée de vie fait aujourd'hui évoluer la définition et les représentations que nous pouvons avoir de la personne âgée. En effet, le critère d'âge 65 ans évoque aujourd'hui un individu néo-retraité voire actif, professionnellement mais aussi sur le plan personnel, sans grande difficulté de santé. Ainsi, une phase prolongée de vieillesse sans maladie est envisageable pour cette nouvelle population dite « âgée » (Fries, 2005).

Le vieillissement normal est un processus différentiel inter-organe et inter-individuel, ce qui confère à la population âgée une grande hétérogénéité. Néanmoins, nous retrouvons des effets similaires du vieillissement sur le métabolisme, le système nerveux, les organes des sens, le système cardiovasculaire, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif, l'appareil locomoteur, l'appareil urinaire, la peau et les phanères, le système immunitaire. Nous détaillerons les trois principaux effets qui nous intéressent ici.

1.1.1. Le vieillissement du métabolisme

Le vieillissement de la composition corporelle est défini, à poids égal, par la réduction de la masse musculaire, et par extension la diminution de la force musculaire, et l'augmentation de la masse adipeuse. De plus, le corps s'adapte de manière moins écologique aux situations de stress ce qui provoque des perturbations métaboliques qui ne sont pas nécessairement le signe d'une pathologie (CNEG, 2008).

1.1.2. Le vieillissement du système nerveux

Le système nerveux est touché sur le plan neuroanatomique avec une diminution de la masse corticale, sur le plan neurophysiologique avec une diminution du nombre et de la taille des neurones, mais aussi sur le plan neurochimique avec une diminution des neurotransmetteurs. Ces modifications entraînent des perturbations au niveau du système nerveux, mais aussi au niveau central. Ce dernier est en charge des processus cognitifs et opère sur les fonctions mnésiques, attentionnelles et visuo-spatiales, le langage et les fonctions exécutives (Ska & Joannette, 2000).

1.1.3. Le vieillissement des organes sensoriels

Plusieurs modifications sont observées avec l'avancée en âge :

- La vue : nous notons une réduction de l'accommodation (presbytie) qui entrave la vision de près et donc l'activité de lecture ainsi qu'une opacification progressive du cristallin (cataracte) qui entrave elle la vision globale.
- L'audition : l'appareil cochléovestibulaire, responsable de l'audition et de l'équilibre, engendre, en vieillissant, une diminution de l'audition, principalement sur les sons aigus, appelée presbyacousie. Elle sera détaillée ultérieurement.
- Le goût et l'odorat : de nombreuses études montrent une diminution des fonctions perceptives gustative et olfactive, mais les causes demeurent hypothétiques aujourd'hui (Mondon et al., 2014).

1.2. L'entrée en institution

L'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) voire Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) apparaît aujourd'hui comme une stratégie contrainte tant les politiques sociales et sanitaires prônent et privilégient le maintien à domicile de la personne âgée. De ce fait, l'entrée en EHPAD se fait de plus en plus tardivement : en 2015, les résidents ont en moyenne 85 ans et 2 mois, soit 9 mois de plus qu'en 2011 et 35% d'entre eux ont plus de 90 ans (Direction de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DREES), 2017).

1.2.1. Le profil des personnes âgées institutionnalisées en EHPAD

L'enquête EHPA 2015, menée par la DRESS a permis de dresser un comparatif des profils des personnes âgées institutionnalisées en 2011 et 2015. Entre ces deux états des lieux, nous relevons des différences notables qui seront à prendre en considération pour la suite de cet exposé :

- comme avancé précédemment, les résidents sont de plus en plus âgés ;
- les hommes vivant en institution sont plus jeunes que les femmes (en moyenne 82 ans et 3 mois contre 87 ans) ;
- les résidents sont plus dépendants qu'en 2011 : 83% des personnes âgées sont en perte d'autonomie (contre 81% en 2011). Plus de la moitié des résidents sont classés en GIR 1 ou 2 (grille AGIR), c'est-à-dire très dépendants ;
- 93% des résidents ont besoin d'aide pour réaliser leur toilette, 86% pour s'habiller et 70% pour s'alimenter ;
- plus d'un tiers des personnes accueillies souffre d'une maladie neurodégénérative.

1.2.2. Les causes de l'institutionnalisation

Malgré le recul de l'âge des personnes entrant en établissement d'hébergement, les grandes causes de leur institutionnalisation restent quasiment identiques. Nous retrouvons en effet :

- la perte de l'entourage, que ce soit un veuvage ou l'absence d'un aidant proche ;
- un état de santé nécessitant un accompagnement médical ;
- un besoin d'aide pour la mobilité ;
- un besoin d'aide pour la vie quotidienne : prise des médicaments, soins quotidiens, habillage, gestion des diverses prothèses (visuelles, auditives, dentaires), etc.

2. La presbyacousie

2.1. Définition

La presbyacousie est une surdité de perception qui se développe progressivement avec l'âge, de manière bilatérale. Les fréquences aiguës sont les premières touchées par cette perte d'audition ainsi que la perception des consonnes. C'est une pathologie évolutive pour laquelle une perte de 1 à 3 dB par an est attendue en fonction des fréquences (Syndicat National des Audioprothésistes, 2017).

Elle s'installe entre 50 et 60 ans puis s'aggrave progressivement jusqu'à devenir préoccupante entre 70 et 80 ans.

Selon l'étude EuroTrak France 2015¹, 9,4% de la population française serait touchée par une perte auditive soit environ 6 millions de Français.

En regard des précédents résultats, il est intéressant de présenter l'étude quantitative sur le handicap auditif réalisée à partir de l'enquête « Handicap-Santé » en 2014 (DREES, 2014). Selon cette dernière, 42% des personnes âgées vivant en institution sont concernées par des troubles auditifs et à partir de 80 ans, une personne sur deux souffre de problèmes auditifs. Ces chiffres sont les plus récents que nous puissions trouver dans les publications, mais ils sont cependant à modérer. En effet, les campagnes de sensibilisation et de dépistage se faisant plus nombreuses et les diagnostics de plus en plus tôt, le taux de personnes atteintes de troubles auditifs semble plus important désormais que celui indiqué par ces études.

2.2. Le repérage et diagnostic

2.2.1. Repérage : les signes d'appel

Le patient presbyacousique ne se plaindra que très rarement d'un déficit auditif direct, mais retiendra plutôt l'environnement extérieur néfaste à sa bonne audition : les jeunes parlent vite, la télévision n'est pas assez claire, etc. Bouccara et al., (2011) reviennent sur les signes relevés par le patient qui sont à retenir lors de l'interrogatoire :

- meilleure compréhension des voix masculines que féminines ;
- difficulté à comprendre dans les ambiances bruyantes (magasin, rue bruyante, etc.) ;
- augmentation du volume de la radio ou de la télévision ;
- intolérance aux sons intenses ;
- moins bonne compréhension au théâtre ou au spectacle.

Le patient sera souvent dans la négation du trouble et développera des stratégies compensatoires afin de pallier le déficit auditif, au prix d'un effort cognitif pouvant aller jusqu'à entraîner une grande fatigue. L'entourage a un grand rôle à jouer, car c'est souvent lui qui encourage la consultation chez l'oto-rhino-laryngologiste (ORL).

2.2.2. Diagnostic de la presbyacousie

La presbyacousie est objectivée grâce à différents examens et tests audiologiques. La plupart sont subjectifs et nécessitent une grande participation de la part du patient, mais aussi une grande expertise de la part du médecin ORL et du médecin gériatre.

1 Frachet, B. (2015, mai). *Résultats France de l'enquête EuroTrak 2015*. Communication présentée au 37^e Congrès des audioprothésistes, Paris. Repéré à http://www.unsaf.org/doc/Resultats_France_de_l_enquete_EuroTrak_2015_10-avril-2015.pdf

L'otoscopie et l'audiométrie seront les deux principaux examens chez l'adulte.

L'otoscopie est l'examen qui permet de voir l'état du tympan grâce à un otoscope. Dans le cadre d'une presbyacousie pure, il ne doit pas objectiver de déficit tympanique.

S'en suivent les bilans audiométriques :

- l'audiométrie tonale : elle correspond à l'émission de sons purs à des fréquences de 125, 250, 500, 1000, 2000, 4000 et 8000 Hz en conduction aérienne ainsi qu'en conduction osseuse afin d'avoir un aperçu global de l'audition ;
- l'audiométrie vocale : elle consiste à lire au patient des listes normées et calibrées de 10 mots pour lesquelles un pourcentage de mots répétés est obtenu selon l'intensité ;
- l'impédancemétrie : c'est un test dit « objectif » qui permet d'étudier l'oreille moyenne soit la membrane tympanique, la chaîne des osselets ainsi que le réflexe stapédien.

Ces trois tests vont permettre d'établir le profil de la surdité (type de surdité, latéralité, sévérité) et d'orienter le suivi thérapeutique (Bouccara et al., 2011).

2.2.3. Apport du bilan orthophonique

L'évaluation des fonctions auditivo-perceptives est primordiale à tout entretien orthophonique. En effet, la majorité des épreuves des bilans passant par la modalité auditive, il semble indispensable de s'assurer de l'absence de troubles auditifs afin de ne pas imputer de mauvais résultats ou incohérences à d'autres troubles (cognitifs, mnésiques, langagiers) que l'audition. Il conviendra ensuite à l'examineur de dissocier ce qui répond d'un trouble cognitif d'un déficit auditif.

L'anamnèse permet, dès le début de la prise en soin, de pointer du doigt des comportements évocateurs d'une perte auditive tels que : « demande fréquente de répétitions, réponses « à côté de la plaque », regard appuyé sur notre visage, orientation de l'oreille la mieux préservée vers l'interlocuteur, non-respect des tours de parole » (Boyer-Caron & Reinquin, 2017, p.14). Ici encore, une acoumétrie vocale est réalisée par l'orthophoniste. Des épreuves plus spécifiques viendront compléter le bilan afin d'objectiver les capacités de suppléance mentale et la qualité de la perception et identification de la parole.

Le bilan doit nécessairement être complété par des épreuves de langage et des fonctions cognitives (mémoire, attention, inhibition). Nous attendons ici d'établir un profil auditivo-cognitif afin d'ensuite orienter la prise en soin et les objectifs thérapeutiques.

2.3. Les répercussions de la presbyacousie sur la personne âgée

Dans sa thèse de neuropsychologie, Leusie (2015) distingue trois types de complications liées à l'évolution de la presbyacousie : celles liées à l'âge, les complications dues à la perte de l'audition et les complications associées dues à plusieurs pathologies. Nous utiliserons ici une autre classification : répercussions physiques et sensorielles, répercussions comportementales et psychiques, répercussions cognitives et finalement, les répercussions communicationnelles.

2.3.1. Répercussions physiques et sensorielles

Les personnes presbyacousiques développent des stratégies afin de pallier le manque d'apport d'informations lié à la perte auditive. Ces stratégies sont très coûteuses et entraînent chez ces personnes une fatigue excessive, voire des somnolences en fin de journée.

D'autre part, l'organe de l'audition est anatomiquement lié à celui de l'équilibre, la cochlée. Des études ont montré que les personnes atteintes de troubles auditifs chutaient plus que les personnes normo-entendantes sans que le lien soit scientifiquement prouvé (Lin & Ferrucci, 2011). La presbyvestibulie, pathologie liée au vieillissement du vestibule de la cochlée, s'associe à une perte des repères dans l'espace. L'augmentation du risque des chutes peut aussi être liée à une mauvaise prise d'indices visuels due à une concentration axée sur les stimulations auditives perçues par la personne.

2.3.2. Répercussions comportementales et psychiques

Concernant les répercussions comportementales, on observe chez les personnes avec troubles auditifs un repli sur soi, ainsi qu'un isolement. Effectivement, ces dernières se retrouvent rapidement dans des situations où leur déficit auditif les empêche de comprendre. Par peur du regard de l'autre, ils ont tendance à s'isoler pour ne pas « paraître étourdi et manquant d'intelligence » (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres – Association des Régimes de Retraite Complémentaire, AGIRC-ARCCO, 2016, p.75). De cette réaction en découle une perte de l'estime de soi (Tardy, 2009²). En effet, la personne ne se retrouve plus en tant qu'individu existant dans ce monde et dans la société à cause de sa perte auditive (Union Nationale pour l'Insertion du Déficiant Auditif (UNISDA), 2010)

Selon Carabellese et al. (1993), 43% des personnes ayant subi une perte d'audition reconnaissent leur perte auditive comme un traumatisme grave de leur vie. De plus, une détresse psychologique est reconnue chez 48% d'entre eux contre 20% dans la population générale (UNISDA, 2010). L'impact des troubles auditifs sur la communication semble en effet majorer le risque de dépression (Tardy, 2009).

2.3.3. Répercussions cognitives

Les mécanismes et ressources cognitives tendent à diminuer avec l'âge. Cependant, Lin (2012) a montré que les capacités cognitives étaient relativement plus endommagées parmi les personnes âgées présentant des troubles auditifs par rapport à la population âgée normo-entendante. La mémoire, le raisonnement ou encore la fluidité verbale ont été testés dans son étude et il en ressort que plus les troubles auditifs étaient sévères, plus les déclinés mnésique et attentionnel étaient précipités.

De plus, une spirale se met rapidement en place. L'isolement entraîne moins de stimulations et une dépression. La diminution des stimulations entraîne un déclin cognitif et, par écho, la persistance de troubles cognitifs.

2.3.4. Répercussions communicationnelles : sphère familiale et sociale

A force de faire répéter ses interlocuteurs et de leur répondre approximativement, la personne ayant des troubles auditifs vient à réduire son cercle social, de manière consciente ou inconsciente.

Concernant le cercle familial, cela peut être source de conflits. En effet, la perte d'audition crée de l'incompréhension, des quiproquos. La personne, ne répondant plus aux stimuli communicationnels de manière adaptée, est délaissée par son entourage dans les discussions (AGIRC-ARCCO, 2017). Ce handicap invisible ressort souvent comme une difficulté niée par l'entourage, ce qui met à mal le sentiment et le statut de « personne » de l'individu presbyacousique.

2 Tardy, M. (2009). Vieillesse et perte d'audition ou la perte du statut de « personne ». Repéré à : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/>

De plus, moins l'interlocuteur est familier, plus il semble marmonner pour la personne presbyacousique. Cette sensation interfère avec les cercles sociaux et pousse l'individu à l'isolement. Celui-ci ne sortant alors plus, afin de ne pas être confronté à des situations jugées embarrassantes pour lui (Tardy, 2009).

L'aidant en vient aussi à agir à la place de la personne et aggrave involontairement la situation, exacerbant le repli sur soi et la perte d'estime.

3. Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin de la presbyacousie

3.1. La veille auditivo-fonctionnelle

Il est à préciser que plus le niveau de dépendance de la personne âgée est élevé, plus les intervenants seront nombreux. En ce sens et dans le cadre de la presbyacousie, l'orthophoniste semble l'un des interlocuteurs le plus privilégié de par ses fréquentes interventions. Boyer-Caron et Reinquin (2017) présentent la veille auditivo-fonctionnelle. Il s'agit d'une vérification préalable à toute séance de rééducation orthophonique. Elle concerne :

- la veille au port régulier des appareils et dans le cas contraire, la raison de l'abstention (douleur, perte, gêne, mécontentement...);
- la veille au bon fonctionnement des appareils avant chaque début de séance ;
- le nettoyage, si nécessaire, des embouts. Il faudra apporter une vigilance particulière aux patients produisant beaucoup de cérumen ;
- la maîtrise de l'environnement sonore : calme, sans distraction, qu'elle soit audio (radio) ou visuelle (télévision).

3.2. La rééducation

Enerst (2009) reprend trois grands axes de la rééducation orthophonique : le canal auditif comme vecteur de compréhension, la lecture labiale, la voix et la parole. Le premier reprend l'idée qu'il faut à nouveau mobiliser la compréhension. En effet, faute d'une audition suffisante, le patient a perdu l'habitude d'être attentif à son environnement sonore et aux conversations qui s'y jouent. Ici, la rééducation vise à réveiller la mémoire auditive et reprogrammer l'identification des sons de l'environnement et de la langue. La lecture labiale, quant à elle, est un support efficace lors des échanges et permet au patient une meilleure compréhension. Enfin, la parole est à travailler, car en absence de retour auditif, le patient a pu perdre en qualité vocale.

D'autre part, comme précisé par Boyer-Caron et Reinquin (2017), la modalité cognitive est à travailler et à renforcer. L'important est de se baser sur les capacités préservées et non sur les capacités déficitaires. L'attention, l'inhibition, la flexibilité mentale ou encore le langage seront des pistes de travail à considérer selon les résultats du bilan orthophonique.

3.3. La formation et l'information : compétences reconnues en orthophonie

Le Bulletin Officiel n°32 du 5 septembre 2013 du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche a publié un décret relatif au Certificat de Capacité d'Orthophoniste ainsi que six annexes dont le référentiel de compétences. Ce dernier énumère les onze compétences prérequisées à l'obtention du diplôme et donc applicables en tant que professionnel.

La compétence n°11 est intitulée « Former et informer des professionnels et des personnes en formation ». Nous retiendrons plus particulièrement les points suivants :

- concevoir et animer des séances de formation ou d'information auprès d'un public de professionnels, d'étudiants ou de futurs professionnels ;
- transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique ;
- organiser et planifier des séquences de formations notamment en partenariat avec d'autres acteurs.

Dans cette dynamique, prévoir une intervention auprès de professionnels de santé semble en adéquation avec les attentes du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

Se pose alors la question de la légitimité d'une intervention auprès du personnel soignant concernant les troubles auditifs de la personne âgée.

3.3.1. La formation du personnel soignant des établissements accueillants

Le Bulletin Officiel n°7 du 15 août 2009 du Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Sports a publié l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce dernier présente le référentiel de formation en annexe III.

L'apprentissage du vieillissement de la personne, sur les plans physiologiques, psychologiques et cognitifs, se fait de manière transversale à travers plusieurs unités d'enseignement (UE) comme l'UE 2.2 SI « cycle de la vie et grandes fonctions », l'UE 2.7 S4 « Défaillances organiques et processus dégénératifs » ou encore l'UE 4.4 « Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical ». Souhaitant des informations plus pratiques, nous nous sommes mise en relation avec Madame Dequidt, adjointe de direction IFSanté, Institut de Formation en Santé. Contactée le 18 avril 2018, elle confirme que la presbyacousie n'est pas développée en tant que telle dans la formation d'infirmier. Les modules de physiologie et de physiopathologie reprennent des notions de vieillissement de la personne âgée et l'apparition de troubles sensoriels liés au vieillissement corporel. D'autre part, une sensibilisation à la personne âgée est réalisée et une UE sur le handicap permet d'aborder le handicap auditif, mais sans spécialisation autour de la personne âgée.

Concernant la formation des aides-soignants, des notions de vieillissement sont brièvement abordées dans les modules physiologie et physiopathologie. De manière plus générale, c'est en stage que les étudiants sont les mieux formés à ce genre de pathologie. En

effet, la formation dure selon le registre 17 semaines, soit 595 heures d'enseignement. Elle ne permet donc pas d'aborder toutes les pathologies rencontrées dans leur futur métier ni la spécificité des lieux de travail.

Cet état des lieux met en avant un faible bagage théorique de la part du personnel soignant au sujet des troubles auditifs de la personne âgée lié à la maquette de leur formation. Leurs connaissances se précisent évidemment au fur et à mesure de leur pratique et selon leurs lieux d'exercice, mais restent très inégales selon leur établissement de formation initiale.

3.3.2. Information et prévention dans le cadre de la presbyacousie

Le rôle de l'orthophoniste, toujours dans cette optique d'interlocuteur privilégié, est de sensibiliser et informer le personnel soignant comme les proches concernant les troubles auditifs. En effet, le travail en équipe est primordial pour le bon déroulement de la rééducation, mais aussi pour une meilleure généralisation des effets de cette dernière dans la vie quotidienne (Boyer-Caron & Reinquin, 2017).

Il est important d'expliquer les signes d'alerte précédemment cités, mais aussi les répercussions à court et long termes sur la personne âgée presbyacousique, ainsi que sur sa sphère familiale.

Dans le cas où le patient porte des appareils, une sensibilisation à l'importance du port de ces derniers est essentielle. Elle doit être faite auprès du patient lui-même, mais aussi du personnel soignant afin qu'il s'assure du bon entretien général de l'appareillage.

D'autre part, des aménagements et adaptations dans la communication sont à prévoir. Tardy (2009) préconise des ateliers auprès des aidants afin que ces derniers apprennent à comprendre la personne et à lui parler. Toujours selon elle, des plans d'action sont à prévoir, mettant en lien les médecins, paramédicaux et personnel soignant des structures, idée reprise par Boyer-Caron et Reinquin (2017). Ces préconisations ont été testées lors d'ateliers et ont permis le « réinvestissement de la personne redevenue sujet, le réinvestissement de son corps » (Tardy, 2017).

Carlu et Chaumeton (2013) reprennent les différentes adaptations possibles et auxquelles il faut penser lors d'échanges avec une personne presbyacousique :

- les adaptations environnementales : faciliter la lecture labiale en se positionnant face à la personne, dans une pièce suffisamment éclairée ; la prévenir que l'on va s'adresser à elle par un geste par exemple ;
- les adaptations de la parole : privilégier une articulation précise, mais non exagérée, un débit adapté ainsi que des phrases plus courtes. Cependant, la qualité et le fond du discours ne doivent pas être altérés ;
- les adaptations discursives : la personne âgée presbyacousique, compensant pour beaucoup avec sa mémoire auditive, se retrouve en difficulté dès lors que de nouvelles expressions sont introduites dans le discours. Il faut aussi veiller à prévenir l'interlocuteur si le thème de la discussion change et s'assurer de sa bonne compréhension.

4. Buts et hypothèses

Le but de ce mémoire est l'élaboration d'une intervention préventive à destination du personnel soignant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes concernant la presbyacousie et les répercussions de cette dernière sur le quotidien de la personne âgée.

Au vu des recherches préalables réalisées dans le cadre de la partie théorique, plusieurs hypothèses ont été définies :

- hypothèse 1 : la majorité du personnel soignant, composé par les aides-soignants et infirmiers, n'a pas été sensibilisée aux troubles auditifs ;
- hypothèse 2 : une intervention de sensibilisation permet d'augmenter le ressenti du personnel soignant concernant leurs connaissances théoriques à minimum 90 % ;
- hypothèse 3 : une intervention de sensibilisation permet d'augmenter le ressenti du personnel soignant concernant leur capacité à détecter les troubles auditifs à minimum 90 % ;
- hypothèse 4 : une intervention de sensibilisation permet d'augmenter le ressenti du personnel soignant concernant leur capacité à agir en cas de troubles auditifs à minimum 90 % ;
- hypothèse 5 : une intervention de sensibilisation permet d'augmenter le ressenti du personnel soignant concernant leur capacité à adapter leur communication en cas de troubles auditifs à minimum 90 % ;
- hypothèse 6 : une intervention de sensibilisation permet d'augmenter le ressenti du personnel soignant concernant leur capacité à gérer des prothèses auditives à minimum 90 %.

Méthode

Dans cette deuxième partie, nous détaillerons la méthodologie qui nous a été nécessaire à la réalisation de ce travail. Premièrement, la liste des établissements sollicités a été établie. Nous avons en parallèle entrepris la création de l'intervention de sensibilisation ainsi qu'un questionnaire qui avait pour but de dresser un état des lieux du ressenti des professionnels pré et post-intervention concernant leurs connaissances dans le domaine.

1. Etablissements et professionnels ciblés par notre intervention

1.1. Les établissements

Afin de réaliser notre étude, nous avons préalablement établi la liste des EHPAD auxquels nous souhaitons proposer l'intervention. Comme précisé précédemment, la formation proposée par le SAMID a un réel impact sur la prise en soin audioprothétique de la personne âgée dépendante atteinte de troubles auditifs dans les Hauts-de-France. En ce sens, nous nous sommes donc assurée du non-conventionnement des EHPAD avec le réseau SAMID des Laboratoires Renard afin d'établir la liste des EHPAD cibles et proposer une intervention aux EHPAD non sollicités par le SAMID.

Nous avons centré notre recherche sur la région Hauts-de-France, plus particulièrement la métropole lilloise et le bassin des Flandres. Ce périmètre a été établi en parallèle à celui du SAMID, mais aussi en considérant la problématique géographique afin de permettre une meilleure disponibilité de notre part. L'annuaire qui nous a servi à l'élaboration de cette liste est disponible sur le site du Registre Français du Social et Médico-Social.

Afin d'être inclus dans notre étude, les établissements et services devaient accueillir des personnes âgées dépendantes et se situer dans un périmètre accessible en transport depuis Lille, dans la région des Hauts-de-France. En revanche, le conventionnement avec le SAMID était un critère d'exclusion.

La liste des EHPAD contactés se trouve en annexe (cf. Annexe n°1).

1.2. Le personnel ciblé

Comme précisé dans notre étude théorique, les professionnels au contact des résidents en EHPAD présentent des compétences et des connaissances très hétérogènes. De ce fait, nous avons initialement ciblé le personnel soignant, c'est-à-dire les aides-soignants et les infirmiers. Cependant, tout professionnel exerçant auprès de la personne âgée pour le maintien de son confort et de sa qualité de vie a été inclus dans le public visé par notre intervention.

2. Prérequis aux interventions

2.1. Démarches administratives

Afin de respecter les nouvelles réglementations en vigueur, nous avons eu rendez-vous avec le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille. Ce rendez-vous avait pour but de développer l'objectif du mémoire ainsi que sa méthodologie globale. Dans la mesure où aucune information personnelle n'allait être collectée, une exonération de déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) nous a alors été accordée (cf. Annexe n°2).

2.2. Rédaction d'un courrier explicatif

La prise de contact initiale avec les établissements a été imaginée par le biais d'un courrier d'information à destination des cadres de santé et des directeurs d'établissements. Ce courrier d'information explique le cadre de l'intervention ainsi que son but, le déroulement et les dates prévisionnelles (cf. Annexe n°3).

2.3. Création de l'intervention de sensibilisation : trame et contenu

Le contenu de l'intervention a été étudié de telle sorte qu'il reprenne les grandes lignes de la revue de littérature du mémoire. Premièrement, une présentation du cadre du mémoire ainsi que les objectifs à court, moyen et long terme de l'intervention ont été proposés. Nous avons par la suite fait une brève présentation théorique de la presbyacousie et de ses répercussions physiques et sensorielles, comportementales et psychiques, cognitives et, pour

finir, communicationnelles. Ensuite, nous avons pensé une partie dite pratique avec un référentiel, qui s'est voulu le plus exhaustif possible, des signes d'appel, la présentation du « réseau de l'audition » et pour finir ce qui peut être mis en place de manière concrète par chacun. A la demande de la majorité des cadres de santé, nous avons prévu un récapitulatif des diverses démarches en cas de présence de troubles auditifs chez le résident déjà appareillé, mais aussi chez celui qui ne l'est pas.

De plus, la présentation orale a été agrémentée d'une présentation visuelle dynamique. Celle-ci inclut des vidéos tirées du site internet de l'Institut Raymond-Dewar, centre de réadaptation québécois spécialisé en surdité et en communication.

A l'issue de l'intervention, des plaquettes ont été distribuées aux participants afin de permettre un rayonnement plus important des informations et une pérennisation des effets. Ces plaquettes ont été créées à partir de la partie théorique de ce mémoire et de la trame d'intervention.

Pour des raisons de droit d'auteur et de confidentialité, seuls des extraits de la présentation ainsi que de la plaquette sont présents en annexe de ce mémoire (cf. Annexe n°4 et Annexe n°5).

2.4. Réalisation du questionnaire à destination des professionnels

Afin de qualifier l'impact de notre intervention, nous avons décidé de proposer un questionnaire aux participants (cf. Annexe n°6). Ce questionnaire se veut rapide, respectueux des données personnelles, mais aussi révélateur des connaissances de chaque participant. Il a été distribué avant et après chaque intervention.

Le recto de ce questionnaire est composé de deux parties distinctes.

- La première partie s'intéresse au participant et est composée de deux questions relatives à sa formation :
 - Quelle profession exercez-vous au sein de la structure ?
 - Avez-vous déjà été sensibilisé.e aux troubles auditifs chez la personne âgée institutionnalisée ?

Ainsi, la première question permettra de classer les différentes réponses selon la profession alors que la seconde question permettra de classer chaque profession en deux parties : les professionnels sensibilisés VS les professionnels non sensibilisés.

- La seconde partie s'intéresse à la pratique professionnelle du participant et est composée de cinq affirmations :
 - A) Je me sens suffisamment formé.e concernant les troubles auditifs et leurs répercussions chez la personne âgée institutionnalisée.
 - B) Je me sens capable de détecter la présence de troubles auditifs chez les personnes âgées institutionnalisées.
 - C) Je me sens capable d'agir en cas de troubles auditifs chez la personne âgée institutionnalisée.
 - D) Je me sens capable d'adapter ma communication à un résident malentendant.
 - E) Je me sens apte à gérer les prothèses auditives des résidents.

Les réponses ont été prévues sous forme d'une échelle de Likert. C'est un outil psychométrique qui permet de mesurer une tendance chez les individus interrogés. Ainsi, cinq possibilités de réponses graduées sont proposées : tout à fait d'accord, d'accord, ni en désaccord ni d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord. La possibilité de répondre « ni en désaccord ni d'accord » permet la modalité neutre et ne confère pas à notre échelle la qualité « à choix forcé ».

Le verso de ce questionnaire propose un espace libre pour les remarques et suggestions.

2.5. Participation à une formation SAMID

Nous avons pu participer à une formation organisée par l'équipe SAMID. Cela nous a permis de développer et consolider les connaissances audioprothétiques concernant la gestion et l'entretien des appareils et ainsi répondre, dans la limite de nos compétences, aux sollicitations des cadres de santé à ce sujet.

3. Procédure

3.1. Envoi du courrier

Nous avons pris contact avec les 50 établissements en date du 19 mai 2018 grâce à l'envoi de la lettre d'information. Afin d'obtenir une plus grande attention de la part des destinataires, nous avons pris l'initiative d'imprimer le document sur des pages colorées. Bien que cela puisse paraître anecdotique, ce détail a cependant retenu l'attention des destinataires, comme souhaité. Nous avons très rapidement obtenu des réponses.

3.2. Rencontres avec les référents des établissements

Un mois après l'envoi des courriers, nous avons pris contact et rencontré les référents des différents établissements qui avaient répondu favorablement à notre proposition. Les rendez-vous concernaient principalement des questions d'ordre logistique, mais aussi théorique avec par exemple le contenu de l'intervention et le public pour lequel elle avait été pensée.

Les autres prises de contact ont eu lieu par mail et par téléphone.

3.3. Planification des interventions

Afin de faciliter l'organisation des interventions entre les EHPAD ayant répondu positivement à la proposition, nous avons mis à disposition des cadres de santé un document sur la plateforme Doodle.com. Ce site permet de s'organiser tout en ajustant les paramètres de réponses et en garantissant l'anonymat des participants.

Concernant le planning des interventions, nous avons prévu des disponibilités allant du lundi 4 février 2019 au vendredi 29 mars 2019. Un total de 57 créneaux ont été proposés aux différents établissements. Le 8 octobre 2018, chaque référent a reçu le lien par mail afin de s'y inscrire. Le nombre de créneaux sélectionnés variait selon les établissements.

3.4. Conventions avec les établissements

Afin d'entrer dans un cadre légal, nous avons établi avec chaque établissement des conventions reprenant les dates et les horaires de notre présence dans leurs locaux, mais aussi les droits et devoirs de chaque partie. Les conventions ont été remises à la faculté ainsi qu'à la direction de chaque établissement.

Résultats

Nous reprendrons dans cette partie les résultats liés à la sollicitation des établissements, puis en lien avec les interventions et pour finir les résultats obtenus grâce aux questionnaires.

1. Réponses récoltées à la suite de l'envoi des courriers

Nous avons envoyé 50 courriers. A la suite de cela, nous avons obtenu 17 réponses. Parmi elles, trois réponses concernaient des refus et les quatorze autres des accords probables. Parmi ces quatorze réponses, nous avons par la suite obtenu :

- cinq accords réels pour huit établissements différents ;
- deux annulations faute de moyens techniques ;
- sept établissements n'ont plus donné suite.

2. Description des interventions

2.1. Description des établissements

Nous avons réalisé un total de douze interventions dans sept établissements différents. Parmi eux, un seul était privé. Nous sommes donc intervenue à 85,7 % dans le secteur public des Hauts-de-France.

2.2. Description des participants

2.2.1. Nombre de participants

Nous avons pu présenter notre intervention auprès de 103 personnes. En moyenne, il y avait huit personnes par intervention [5-13]. De ce fait, nous avons obtenu 103 questionnaires, mais seulement 98 ont pu être exploités (soit 95,1%) concernant les 5 affirmations finales. Les résultats détaillés de chaque participant se trouvent en Annexe n°7.

2.2.2. Profil des participants : profession

Dix-huit professions étaient représentées lors de nos interventions :

- 48 aides-soignants, soit 46,6 % des participants ;
- 22 infirmiers diplômés d'état (IDE), soit 21,34 % des participants ;
- 5 cadres de santé, soit 4,85 % des participants ;
- 5 auxiliaires de vie, soit 4,85 % des participants ;
- 5 agents d'entretien, soit 4,85 % des participants ;
- 3 ergothérapeutes, soit 2,93 % des participants ;
- 2 brancardiers, soit 1,95 % des participants ;
- 2 médecins, soit 1,95 % des participants ;

- 2 neuropsychologues, soit 1,95 % des participants ;
- 1 aide-rééducateur, soit 0,97 % des participants ;
- 1 animatrice, soit 0,97 % des participants ;
- 1 assistant social, soit 0,97 % des participants ;
- 1 étudiant aide-soignant, soit 0,97 % des participants ;
- 1 interne de psychiatrie, soit 0,97 % des participants ;
- 1 logopède, soit 0,97 % des participants ;
- 1 orthophoniste, soit 0,97 % des participants ;
- 1 psychologue, soit 0,97 % des participants ;
- 1 psychomotricien, soit 0,97 % des participants.

De ce fait, nous avons proposé un découpage en six groupes de notre échantillon :

- groupe 1 : auxiliaires soignants (aides-soignants, étudiant aide-soignant, auxiliaires de vie) ;
- groupe 2 : IDE ;
- groupe 3 : médicaux (interne de psychiatrie, médecins) ;
- groupe 4 : paramédicaux (aide-rééducateur, ergothérapeutes, logopède, neuropsychologues, orthophoniste, psychologue, psychomotricien) ;
- groupe 5 : intervenants administratifs (assistant social, cadres de santé) ;
- groupe 6 : intervenants autres (agents d'entretien, animatrice, brancardiers).

Comme l'illustre la Figure 1, les groupes 1 et 2 sont les plus représentés dans notre étude, avec respectivement 52,43 % et 21,36 % des professionnels présents.

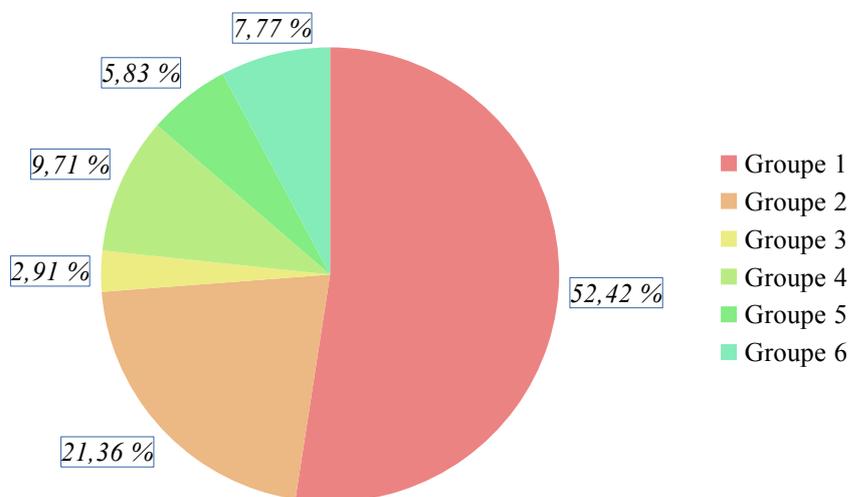


Figure 1. Répartition des professionnels en fonction des groupes établis, en pourcentage.

2.2.3. Profil des participants : sensibilisation aux troubles auditifs

Concernant la question de la sensibilisation aux troubles auditifs, seuls 31,07 % des participants (32 personnes sur 103) ont déjà été sensibilisés, en amont de la formation (Figure 2).

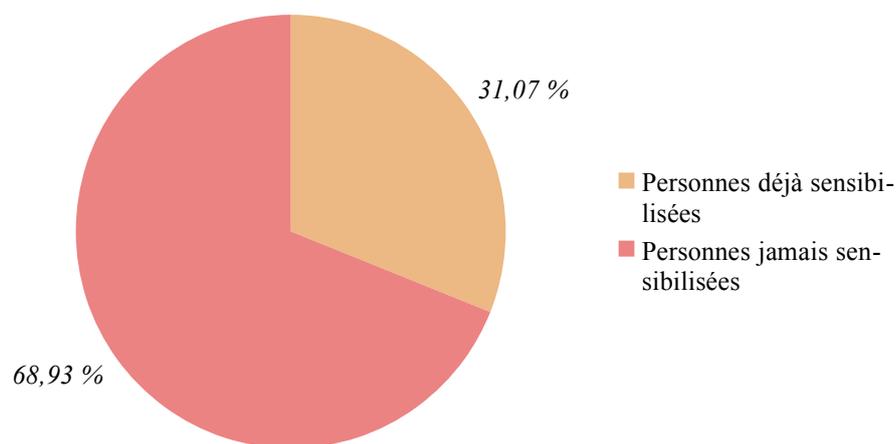


Figure 2. Répartition des professionnels sensibilisés ou non, en pourcentage.

Lorsque nous ciblons l'analyse des résultats sur les professionnels des groupes 1 et 2, les plus représentatifs, nous remarquons que 41,67 % des aides-soignants et 22,73 % des infirmiers se disent sensibilisés aux troubles auditifs. C'est à chaque fois moins de la moitié des professionnels, ce qui semble peu compte tenu du fait que plus de la majorité des résidents sont atteints de troubles auditifs.

2.2.4. Profil des participants : intervention ou exercice d'un.e orthophoniste dans l'établissement

La question concernant la présence d'un.e orthophoniste, salarié.e ou extérieur.e à l'établissement, a permis de révéler que 16,5 % des participants (17 personnes sur 103) ne savent pas qu'un.e orthophoniste intervient au sein de la structure dans laquelle ils travaillent (valeurs reprises par la Figure 3). En effet, 100 % des établissements concernés par notre étude bénéficient de l'exercice ou de l'intervention d'un.e orthophoniste. Cela montre une méconnaissance de la profession et donc des champs de compétences de cette dernière de la part des équipes des établissements.

Au-delà de ce constat et au regard des valeurs annoncées ci-dessus, nous pouvons nous demander dans quelle mesure le rôle de formation et de sensibilisation des orthophonistes est mis en avant et a un impact sur l'évolution des connaissances des personnels des établissements. Effectivement, malgré le fait qu'un.e ou plusieurs orthophonistes interviennent dans ces structures, seules 31,07 % des participants se sentent sensibilisés.

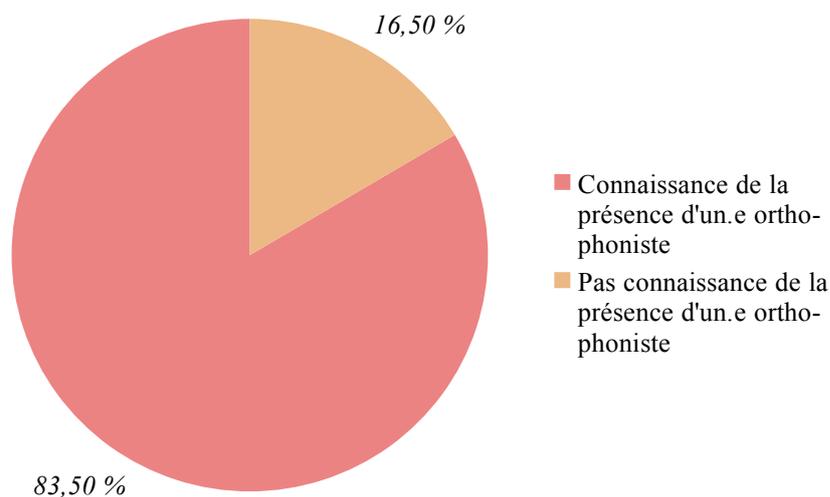


Figure 3. Répartition des professionnels sachant ou non qu'un.e orthophoniste est présent.e dans leur établissement.

3. Résultats statistiques obtenus selon les affirmations

La proposition d'un même questionnaire avant et après l'intervention nous a permis d'évaluer de manière quantitative l'impact de notre action. Nous présenterons les résultats généraux selon les différentes affirmations, puis de manière plus spécifique, nous nous arrêterons sur les différents groupes. A noter que, comme précisé précédemment, seuls 98 questionnaires sont exploitables dans cette partie.

Pour rappel, cinq affirmations étaient présentées dans ce questionnaire. Les participants devaient y répondre grâce à une échelle de Likert en 5 réponses : pas du tout d'accord, pas d'accord, ni d'accord, ni en désaccord, plutôt d'accord, tout à fait d'accord.

Nous nous sommes attachés à donner une cote à chacune des différentes propositions, à savoir :

- pas du tout d'accord : 1/5 ;
- pas d'accord : 2/5 ;
- ni d'accord, ni en désaccord : 3/5 ;
- plutôt d'accord : 4/5 ;
- tout à fait d'accord 5/5.

3.1. Résultats généraux

Les résultats seront détaillés dans cette partie ainsi que dans l'Annexe n°8.

3.1.1. Résultats obtenus concernant l'affirmation A

La première affirmation présentée est « je me sens suffisamment formé.e concernant les troubles auditifs et leurs répercussions chez la personne âgée institutionnalisée ». Comme indiqué dans la Figure 4 (et repris dans le Tableau 1, en Annexe 8.1), plus de la moitié des participants (55,11%) ne se sentaient pas suffisamment, voire pas du tout, formés concernant les troubles auditifs et leurs répercussions chez la personne âgée institutionnalisée avant l'intervention. A la suite de cette dernière, nous avons augmenté le taux à hauteur de 97,96 %.

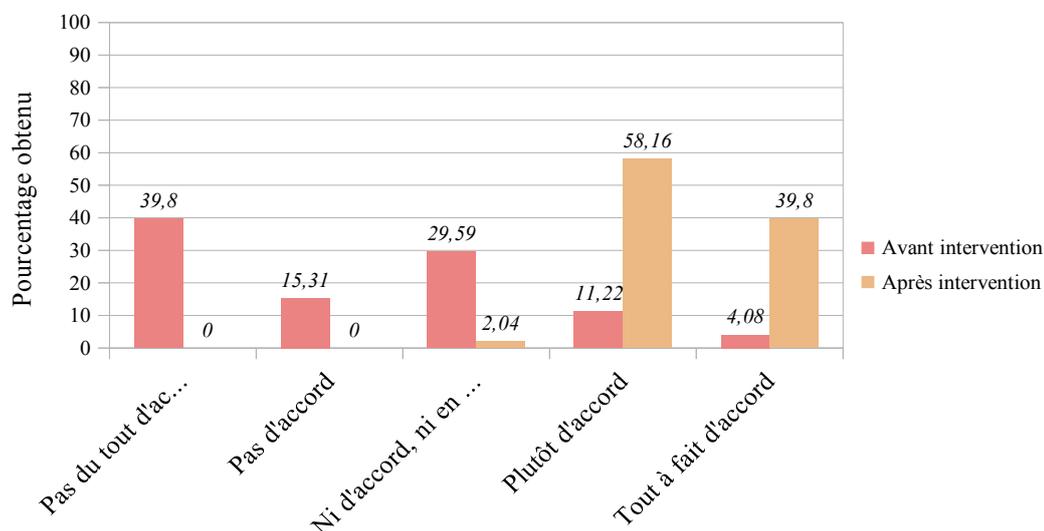


Figure 4. Evolution des réponses obtenues à l'affirmation A du questionnaire, avant et après l'intervention, en pourcentage.

Après avoir attribué à nos réponses les cotes indiquées ci-dessus, nous obtenons une valeur initiale de 2,24/5, puis 4,38/5 à la suite de l'intervention. Cela représente une augmentation de 2,14 points, soit + 94,54 %, du ressenti des soignants concernant leur connaissance au sujet des troubles auditifs.

3.1.2. Résultats obtenus concernant l'affirmation B

La seconde affirmation présentée est « je me sens capable de détecter la présence de troubles auditifs chez les personnes âgées institutionnalisées ». Contrairement à l'affirmation A, les résultats présentés par la Figure 5 (et Tableau 2, en Annexe 8.2) montrent que plus de la moitié des professionnels (53,06 %) se sentaient déjà capables de détecter la présence de troubles auditifs chez les personnes âgées institutionnalisées. A la suite de l'intervention, nous obtenons un taux de 94,9 %. L'évolution est donc ici moins importante.

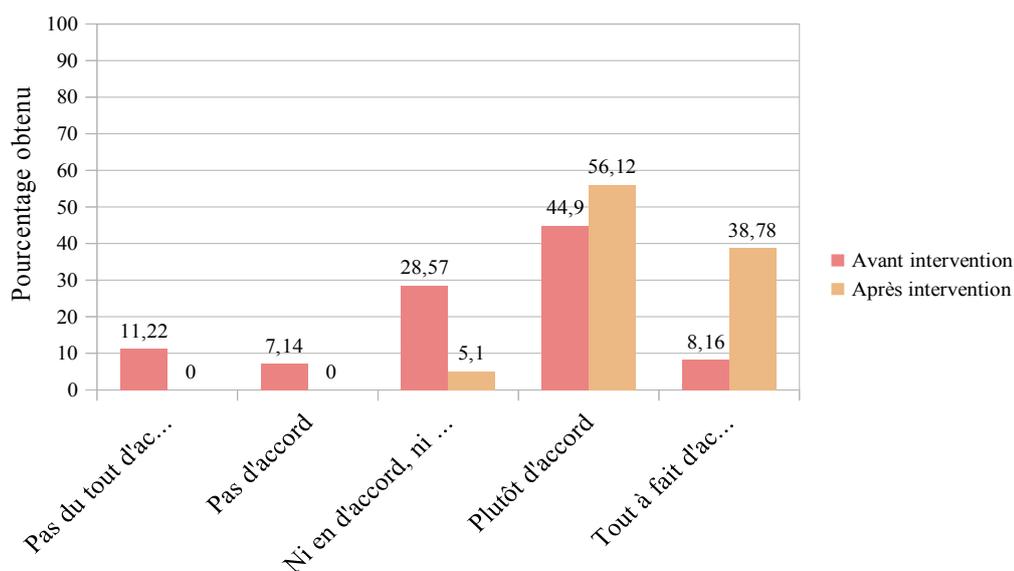


Figure 5. Evolution des réponses obtenues à l'affirmation B du questionnaire, avant et après l'intervention, en pourcentage.

Après avoir attribué à nos réponses les cotes indiquées ci-dessus, nous obtenons une valeur initiale de 3,32/5 à 4,34/5 à la suite de l'intervention. Cela représente une augmentation de 1,02 point, soit 30,72 %, du ressenti des soignants concernant leur aptitude à détecter la présence de troubles auditifs chez les personnes âgées institutionnalisées. Comme précisé plus haut, l'évolution globale du ressenti est ici moins importante que pour l'affirmation A du fait d'une évaluation initiale plus haute.

3.1.3. Résultats obtenus concernant l'affirmation C

La troisième affirmation présentée est « je me sens capable d'agir en cas de troubles auditifs chez la personne âgée institutionnalisée ». Comme présenté par la Figure 5 (et le Tableau 3, en Annexe 8.3), seuls 35,71 % des participants se sentaient initialement aptes à agir en cas de troubles auditifs chez la personne âgée institutionnalisée. A la suite de l'intervention, le taux augmente à 96,94 %. Cela représente une augmentation de 61,23 %.

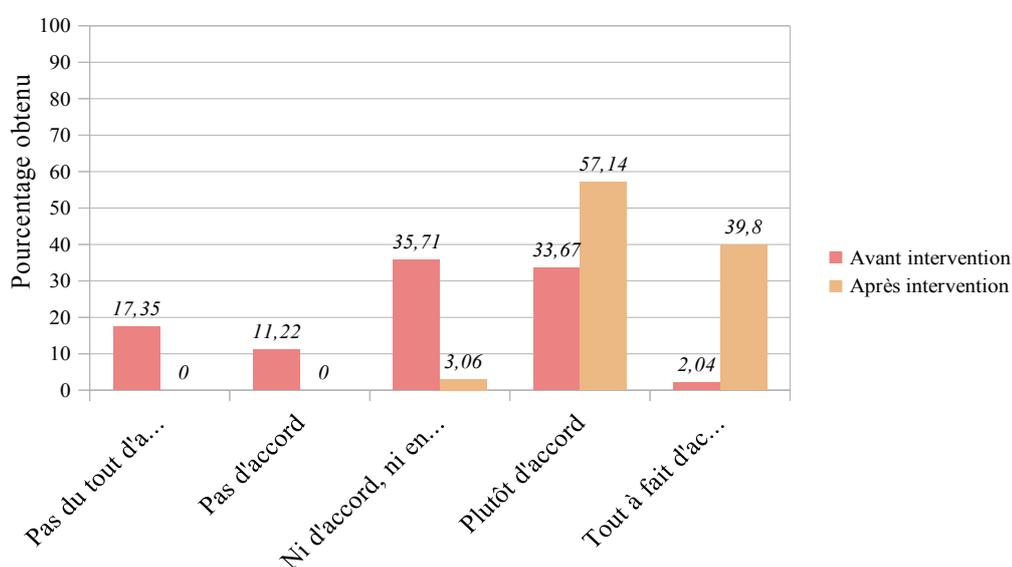


Figure 6. Evolution des réponses obtenues à l'affirmation C du questionnaire, avant et après l'intervention, en pourcentage.

Après avoir attribué à nos réponses les cotes indiquées ci-dessus, nous obtenons une valeur initiale de 2,92/5, puis 4,37/5 à la suite de l'intervention. Cela représente une augmentation de 1,45 point, soit + 49,66 %, du ressenti des soignants concernant leur capacité à agir en cas de troubles auditifs.

3.1.4. Résultats obtenus concernant l'affirmation D

La quatrième affirmation présentée est « je me sens capable d'adapter ma communication à un résident malentendant ». Pré-intervention, 67,35 % des interrogés se sentaient déjà en capacité d'adapter leur communication (Figure 7 et Tableau 4, en Annexe 8.4). De ce fait, nous augmentons seulement de 32,65 % le taux post-intervention, pour arriver à 100 %.

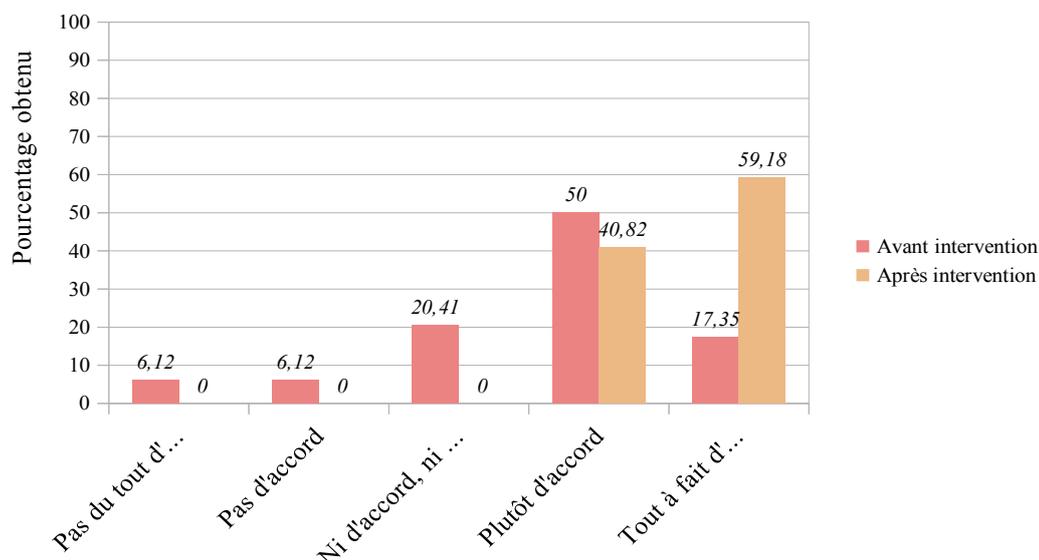


Figure 7. Evolution des réponses obtenues à l'affirmation D du questionnaire, avant et après l'intervention, en pourcentage.

Après avoir attribué à nos réponses les cotes indiquées ci-dessus, nous obtenons une valeur initiale de 3,66/5, puis 4,59/5 à la suite de l'intervention. Cela représente une augmentation de 0,93 point, soit + 25,41 %, du ressenti des soignants concernant leur aptitude à adapter leur communication.

3.1.5. Résultats obtenus concernant l'affirmation E

La cinquième et dernière affirmation présentée est « je me sens apte à gérer les prothèses auditives des résidents ». Comme l'illustre la Figure 8 (valeurs reprises en Annexe 8.5), 55,10 % des participants ne se sentaient pas aptes à gérer les prothèses auditives des résidents. A la suite de notre intervention, ils ne sont plus que 1,02 % à le penser. Cela montre une augmentation de 44,08 %.

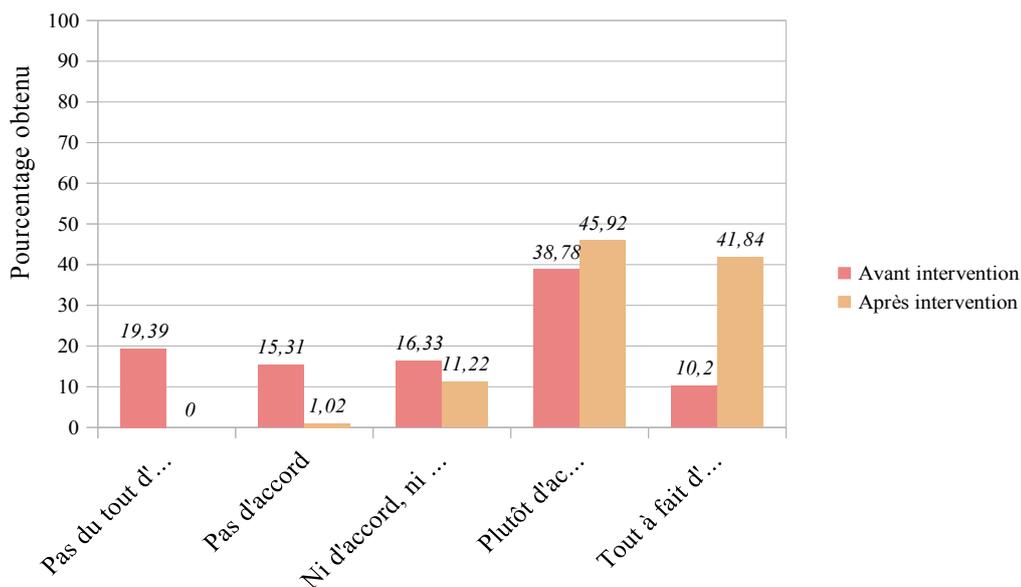


Figure 8. Evolution des réponses obtenues à l'affirmation E du questionnaire, avant et après l'intervention, en pourcentage.

Après avoir attribué à nos réponses les cotes indiquées ci-dessus, nous obtenons une valeur initiale de 3,05/5, puis 4,27/5 à la suite de l'intervention. Cela représente une augmentation de 1,22 point, soit +40 % du ressenti des soignants concernant leur capacité à gérer les prothèses auditives.

3.1.6. Synthèses des résultats obtenus aux cinq affirmations

De manière générale, nous observons une évolution à la hausse de la somme des valeurs attribuées aux différentes réponses possibles concernant chaque affirmation comme l'indique la Figure 9.

Nous pouvons donc en conclure que l'intervention a permis d'augmenter le ressenti des personnes présentes sur leurs connaissances et leurs capacités à communiquer avec la personne âgée institutionnalisée atteinte de presbycusie.

L'augmentation la plus importante concerne d'ailleurs le ressenti au sujet des connaissances théoriques. En effet, les professionnels se sentaient plus formés post-intervention à la partie théorique au sujet des troubles auditifs de la personne âgée.

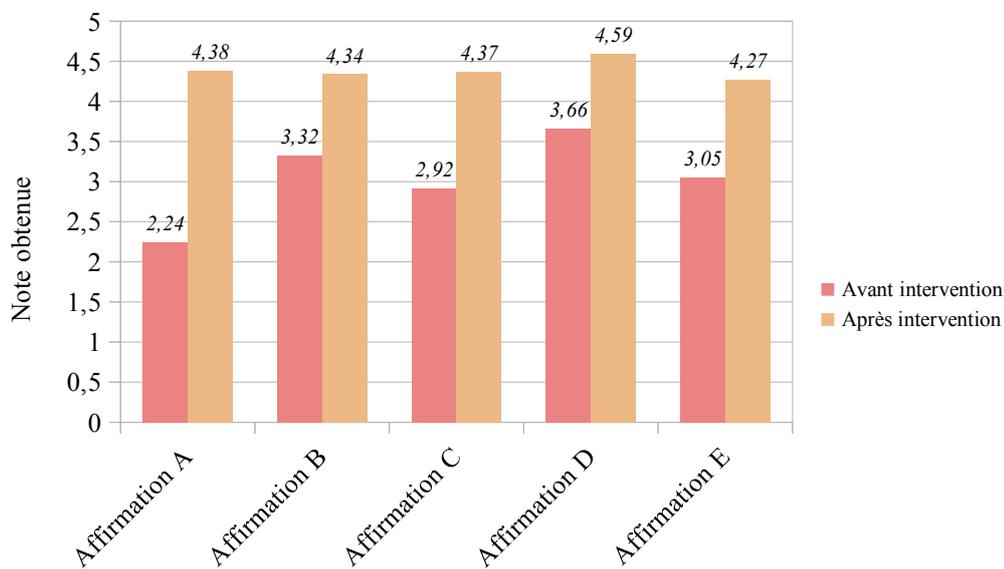


Figure 9. Evolution du ressenti des professionnels concernant les cinq différentes affirmations.

4. Résultats obtenus selon les différentes professions

Notre analyse sera ici axée sur les résultats obtenus en fonction des six groupes. Les détails des réponses se trouvant en annexe (cf. Annexe n°9), nous détaillerons donc l'évolution (en pourcentage) des réponses aux affirmations directement avec les cotes précédemment déterminées.

4.1.1. Résultats obtenus avec le groupe 1

Le groupe 1 est composé d'aides-soignants, d'étudiants aides-soignants et d'auxiliaires de vie, soit 54 personnes. A noter que quatre questionnaires ne sont pas exploitables. Comme démontré plus haut, l'évolution la plus marquante concerne l'affirmation A (cf. Annexe 9.1). Le groupe 1 a, en effet, considéré que c'était sur la partie théorique qu'il avait le plus évolué, à savoir 92,24 %. L'effet le moins marqué concerne le ressenti sur les capacités d'adaptation

de la communication. Partant d'une valeur initiale relativement haute, l'évolution de 26,61 % est présente, bien que minime.

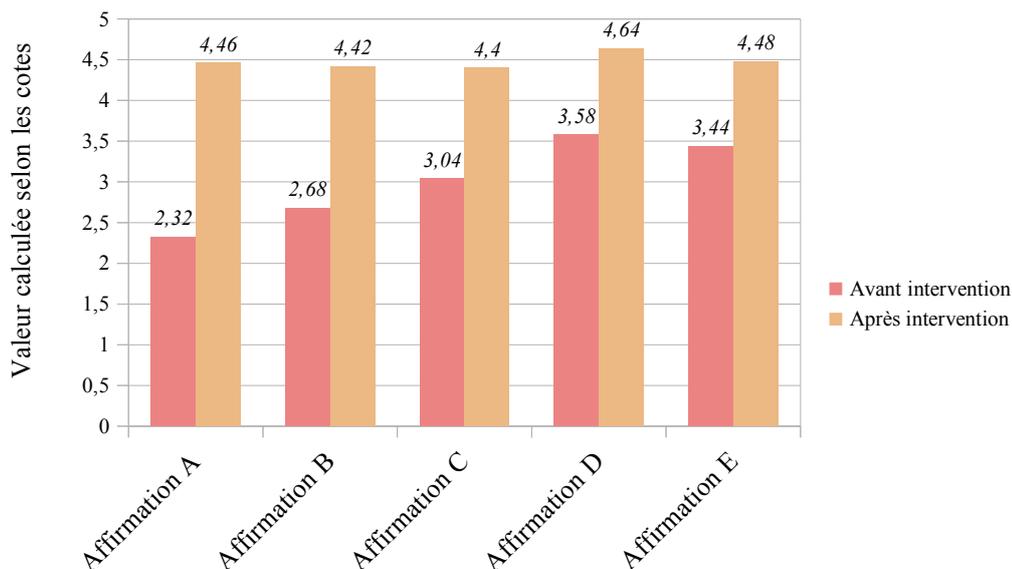


Figure 10. Cotes obtenues par le groupe 1 concernant les cinq affirmations.

4.1.2. Résultats obtenus avec le groupe 2

Le groupe 2 est composé exclusivement par des IDE, soit 22 personnes. Comme l'illustre la Figure 11, le ressenti concernant la formation théorique est le plus avancé (cf. Annexe 9.2). En effet, il partait d'une valeur très faible, ce qui nous a permis une forte évolution, à savoir 106,07 %. Les infirmiers se sentaient déjà relativement aptes à adapter leur communication avant l'intervention. L'évolution concernant l'affirmation D est donc la plus faible, 18,67 %.

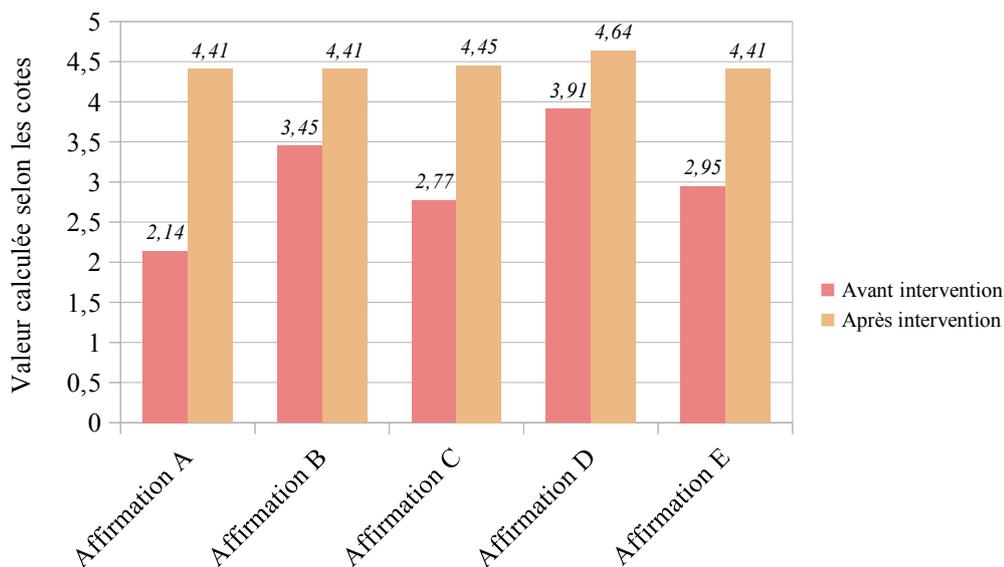


Figure 11. Cotes obtenues par le groupe 2 concernant les cinq affirmations.

4.1.3. Résultats obtenus avec le groupe 3

Le groupe 3 est composé de deux médecins et d'un interne en psychiatrie. Ce groupe étant relativement réduit, ses résultats sont à nuancer par rapport à ceux des précédents groupes. L'évolution la plus importante annoncée est celle concernant la gestion des appareils auditifs, à savoir 83,25 % (Figure 12). De plus, le groupe 3 regroupe les personnels avec le plus haut niveau de formation et pour autant, le ressenti concernant les connaissances théoriques a augmenté de 71,67 % (cf. Annexe 9.3). Cela montre un réel manque concernant la base d'enseignement du corps médical.

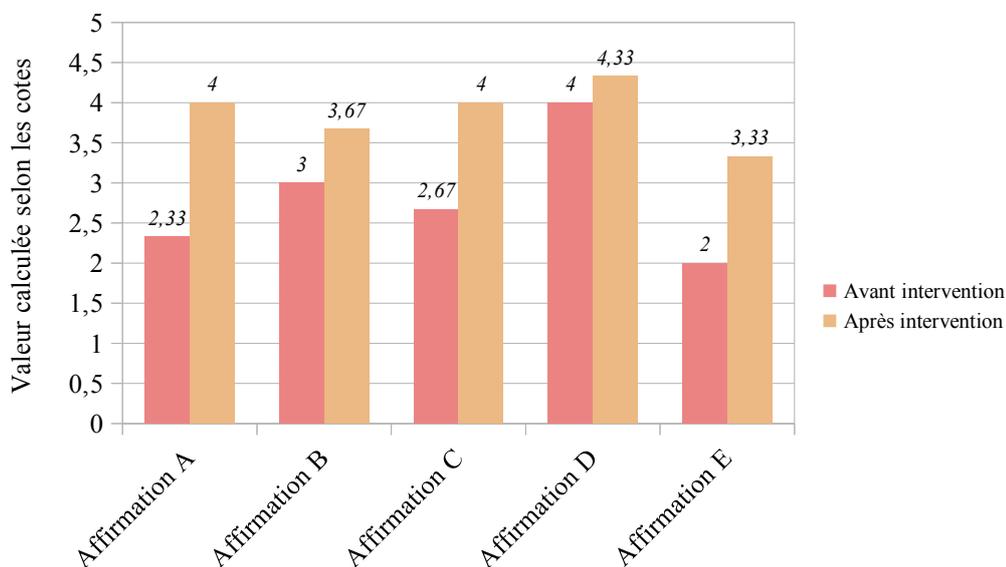


Figure 12. Cotes obtenues par le groupe 3 concernant les cinq affirmations.

4.1.4. Résultats obtenus avec le groupe 4

Le groupe 4 est composé de dix paramédicaux (un aide-rééducateur, trois ergothérapeutes, un logopède, deux neuropsychologues, un orthophoniste, un psychologue et un psychomotricien). Comme pour le groupe précédent, les résultats du groupe 4 montrent une nette évolution du ressenti de la gestion des appareils auditifs, soit 83,90% (cf. Annexe 9.4). Vient ensuite le ressenti concernant les connaissances théoriques au sujet des troubles auditifs de la personne âgée, avec 53,57 %. La Figure 13 illustre parfaitement l'hétérogénéité des niveaux initiaux, à l'image des professions regroupées, qui tendent tous vers une nette amélioration.

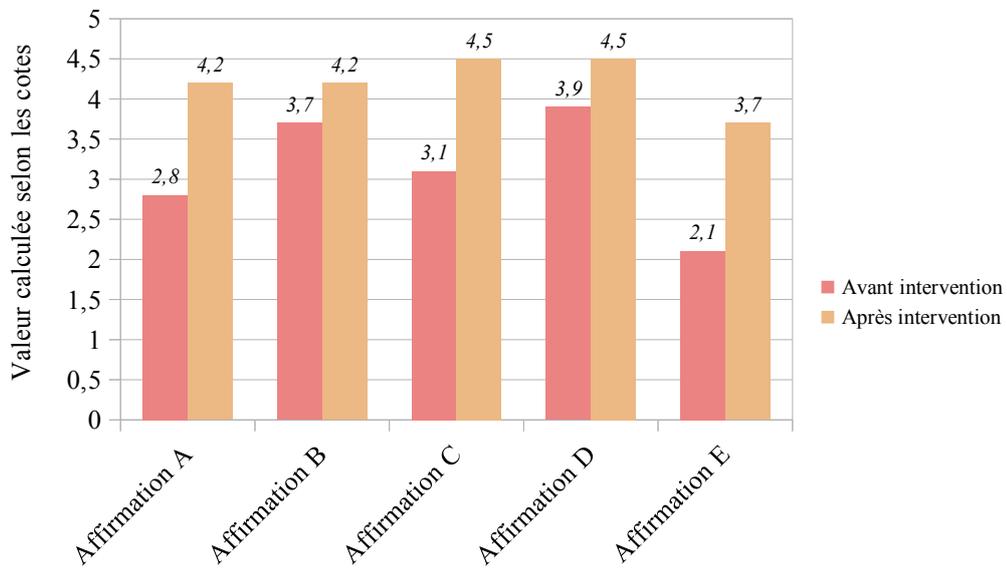


Figure 13. Cotes obtenues par le groupe 4 concernant les cinq affirmations.

4.1.5. Résultats obtenus avec le groupe 5

Le groupe 5 est composé de cinq cadres de santé et un assistant social. Un des questionnaires étant inexploitable, notre analyse portera donc sur cinq sujets. Ici aussi, nous avons un groupe de sujets relativement restreint. Cependant, l'évolution du ressenti relatif aux connaissances théoriques est la plus importante, 141,98 % (cf. Annexe 9.5). Il est à noter que les cadres de santé viennent tous d'une formation médicale. Nous retrouvons donc ici des chiffres en faveur de notre constat initial : la formation du corps soignant n'intègre pas de connaissances au sujet des troubles auditifs et de la gériatrie (Figure 14).

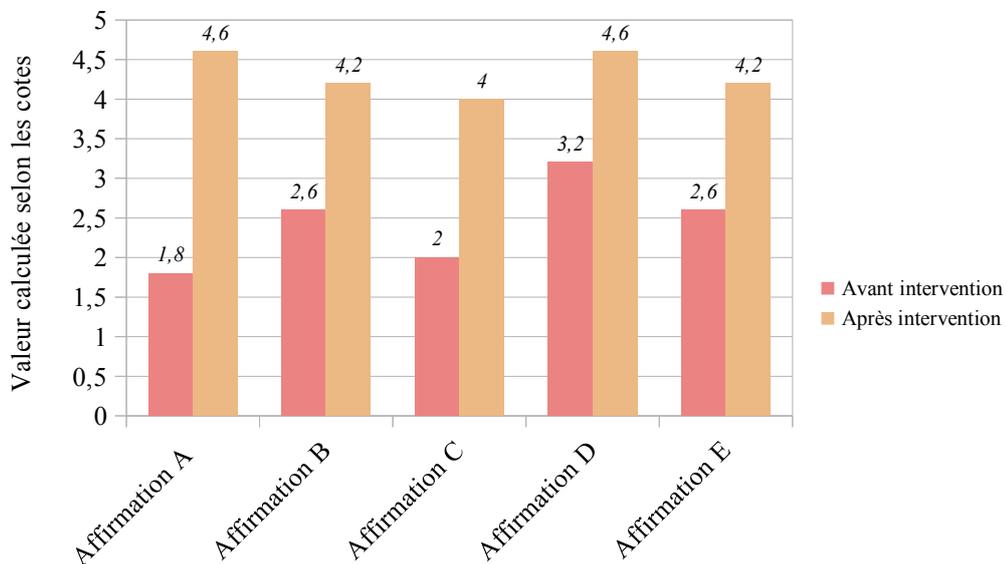


Figure 14. Cotes obtenues par le groupe 5 concernant les cinq affirmations.

4.1.6. Résultats obtenus avec le groupe 6

Le groupe 6 est composé de huit personnes (cinq agents d'entretien, un animateur et deux brancardiers). Comparativement aux autres groupes, aucun des sujets n'a suivi de formation médicale ou paramédicale. L'évolution du ressenti concernant l'affirmation A illustrée par la Figure 15 est donc tout à fait légitime et justifiée. Nous retrouvons une certaine homogénéité pour l'évolution des quatre autres affirmations, aux alentours des 41,21 % (cf. Annexe 9.6).

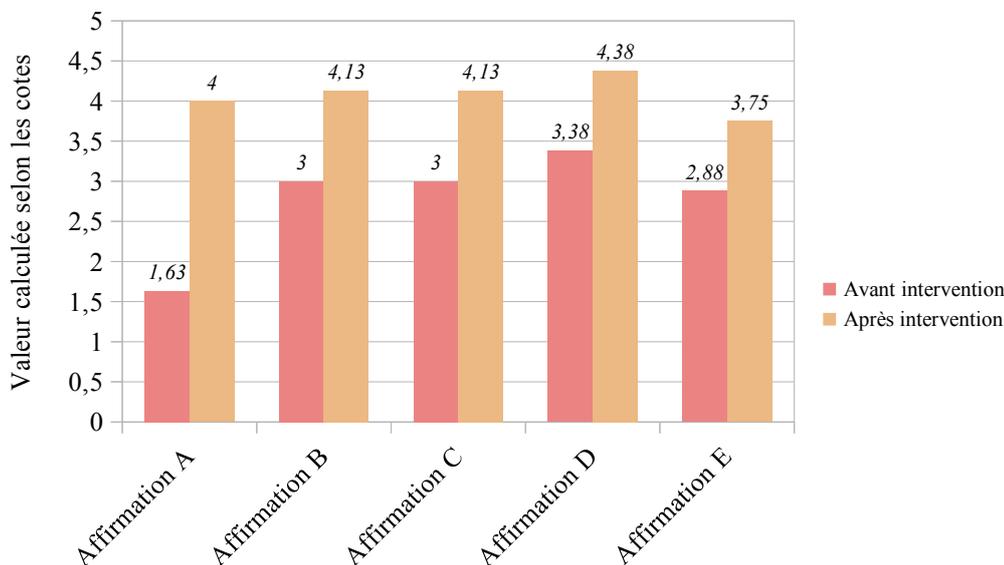


Figure 15. Cotes obtenues par le groupe 6 concernant les cinq affirmations.

Les résultats précédents tendent tous vers une amélioration des ressentis des participants interrogés. Cependant, nous avons déjà pu identifier des biais qui seront développés ultérieurement.

Discussion

Nous reprendrons dans un premier temps nos objectifs, puis nous répondrons à nos hypothèses selon les résultats obtenus. Puis, nous reprendrons la méthodologie et nous en ferons une critique objective. Nous terminerons par évoquer les limites de cette étude.

1. Objectifs initiaux

L'objectif de ce mémoire était l'élaboration et la diffusion d'une intervention de sensibilisation à l'attention du personnel soignant des établissements accueillants des personnes âgées au sujet des troubles auditifs de ces dernières. L'état des lieux réalisé initialement nous a permis d'établir plusieurs constats. Le premier concerne la population présente en EHPAD. Cette dernière est touchée, pour plus de la moitié, par des troubles auditifs. Deuxièmement, du côté des soignants, aucun apport théorique n'est proposé dans les formations des aides-soignants et infirmiers concernant ce trouble. Et troisièmement, le référentiel de formation des orthophonistes promeut la formation interprofession dès lors que nous restons dans les champs de compétences établis par ce même référentiel. Les troubles de l'audition en faisant partie, le projet de ce mémoire répond d'une part aux attentes du

ministère, mais pourrait permettre une meilleure prise en soin de la presbyacousie par les soignants.

De manière générale, l'intervention a permis de confirmer le constat selon lequel le personnel, tout niveau d'études confondu, au contact des personnes âgées presbyacousiques ne dispose pas d'un apport théorique suffisant. En effet, le ressenti concernant les connaissances théoriques de chaque intervenant s'est vu augmenter. Il semble important de noter que même le ressenti des trois premiers groupes, soit ceux en lien avec le domaine médical, a aussi augmenté. Cela témoigne d'autant plus d'un manque à pallier au niveau de la maquette de formation des soignants.

2. Validation des hypothèses

Nous avons émis six hypothèses au début de ce mémoire. Nous allons tâcher d'y répondre ici.

A la question « avez-vous déjà été sensibilisé.e aux troubles auditifs chez la personne âgée institutionnalisée ? », seuls 31,07 % des participants répondent positivement. De plus, si nous nous arrêtons sur les taux concernant les groupes 1 et 2, nous notons respectivement 41,67 % et 22,73 %. C'est à chaque fois moins de la moitié. Nous pouvons donc confirmer notre hypothèse 1 selon laquelle « la majorité du personnel soignant, composé par les aides-soignants et infirmiers, n'a pas été sensibilisée aux troubles auditifs ».

L'affirmation A « je me sens suffisamment formé.e concernant les troubles auditifs et leurs répercussions chez la personne âgée institutionnalisée » ciblait le ressenti des personnes au sujet de leurs connaissances théoriques. Avant l'intervention, seuls 15,3 % des personnes interrogées se disaient « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » avec cette affirmation. Post-intervention, nous augmentons à 97,96 % le taux pour les mêmes items. En nous attardant sur les deux groupes cibles, 1 et 2, nous obtenons 20 % initialement puis 96 % pour le groupe 1 et 9,01 % puis 100 % pour le groupe 2. Cette évolution nous permet de confirmer l'hypothèse 2 selon laquelle « une intervention de sensibilisation permet d'augmenter le ressenti du personnel soignant concernant leurs connaissances théoriques à minimum 90 % ».

L'évolution des taux concernant l'affirmation B « je me sens capable de détecter la présence de troubles auditifs chez les personnes âgées institutionnalisées » nous permet de confirmer l'hypothèse 3 selon laquelle « une intervention de sensibilisation permet d'augmenter le ressenti du personnel soignant concernant leur capacité à détecter les troubles auditifs à minimum 90 % ». En effet, 53,06 % des personnes interrogées se sentaient aptes à détecter les troubles auditifs avant l'intervention contre 94,9 % après. Lorsque nous nous attardons sur les groupes cibles, nous passons de 20 % à 100 % pour le groupe 1 et de 63 % à 90,91 % pour le groupe 2.

Pour l'affirmation C « je me sens capable d'agir en cas de troubles auditifs chez la personne âgée institutionnalisée », seuls 35,71 % des personnes interrogées répondaient « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » initialement. A la suite de l'intervention, le taux cumulé a grimpé à 96,94 %. En détail, le groupe 1 obtenait 42 % puis 96 % et le groupe 2 36,36 % puis 100 %. Cela nous permet de confirmer l'hypothèse 4 selon laquelle « une

intervention de sensibilisation permet d'augmenter le ressenti du personnel soignant concernant leur capacité à agir en cas de troubles auditifs à minimum 90 % ».

L'affirmation D portait sur la capacité des personnes interrogées à adapter leur communication aux résidents malentendants. Initialement, 67,35 % se sentaient aptes à adapter leur communication. Nous avons réussi à obtenir 100 % post-intervention. Le groupe 1 obtenait 64 % puis 100 % et le groupe 2 obtenait quant à lui 81,82 % puis 100 %. Ces chiffres nous permettent de valider l'hypothèse 5 selon laquelle « une intervention de sensibilisation permet d'augmenter le ressenti du personnel soignant concernant leur capacité à adapter leur communication en cas de troubles auditifs à minimum 90 % ».

L'affirmation E de notre questionnaire évaluait le ressenti du personnel concernant la gestion des prothèses auditives de leurs résidents. 48,98 % se sentaient aptes avant la formation et post-intervention le taux augmente à 87,76 %. Concernant les soignants, le groupe 1 passe de 64 % à 94 % et le groupe 2 de 50 % à 95,45 %. Le taux général est effectivement inférieur à 90 %, mais ici, nous nous intéressons principalement aux ressentis des groupes de soignants. En ce sens, les taux nous permettent de valider l'hypothèse 6, à savoir « une intervention de sensibilisation permet d'augmenter le ressenti du personnel soignant concernant leur capacité à gérer des prothèses auditives à minimum 90 % ».

Cette étude a permis de confirmer nos hypothèses initiales. Cependant, nous sommes consciente du caractère perfectible de cette dernière. La méthodologie ainsi que certains de nos résultats sont donc à modérer.

3. Critiques méthodologiques

Nous présenterons dans cette partie une critique de notre étude ainsi que des résultats.

3.1. Concernant les établissements sélectionnés

3.1.1. Contrôle du critère « privé / public »

Nous avons obtenu le constat que nos interventions avaient eu lieu à 85,7 % dans le secteur public. Malheureusement, nous n'avons pas contrôlé en amont ce critère dans la sélection des établissements. Il aurait été judicieux de contacter, dans la mesure du possible, la moitié dans chaque secteur afin d'avoir une vision plus claire des établissements favorables aux interventions extérieures.

3.1.2. Contrôle des réponses obtenues

Lors de la récolte des réponses, nous n'avons pas vérifié que les établissements répondant étaient bien ceux qui avaient reçu le courrier. En effet, certains d'entre eux, appartenant à un groupement hospitalier, ont répondu positivement à une sollicitation qui ne leur était pas destinée puisqu'ils avaient déjà reçu la formation SAMID. Nous avons pris le parti de conserver les résultats obtenus dans ces établissements, car le personnel soignant présent n'avait pas été formé par ce service. Cependant, il aurait été judicieux de contrôler ce paramètre afin de respecter nos critères de sélection initiaux.

3.2. Concernant le matériel

3.2.1. Le questionnaire

Le questionnaire avait été conçu de telle sorte que les questions se trouvent au recto et qu'un espace libre soit laissé au verso pour des commentaires ou suggestions. Nous remarquons, d'une part, que le verso n'a été que très peu investi par les personnes interrogées. D'autre part, l'impression sur un modèle A4 entravait la lisibilité du recto et donc la compréhension des items.

Au-delà de l'impression, les participants ont signalé un manque d'explication concernant la manière de remplir le tableau fourni. Une consigne claire aurait pu permettre une meilleure compréhension.

3.2.2. La formation : contenu et support

Le contenu de la formation était destiné aux soignants, en général. Cependant, nous avons eu l'occasion d'avoir des publics très hétérogènes, de par les différentes professions représentées, mais aussi entre les professionnels du même métier. De ce fait, le contenu oral était, dans la mesure du possible, adapté à l'auditoire, mais le support visuel ne permettait pas autant de flexibilité.

3.3. Concernant les interventions

Initialement, nous avons prévu un total de 15 interventions entre le 4 février et le 29 mars. Malheureusement, nous avons souffert de cinq annulations de la part d'un même établissement. De plus, une intervention planifiée par la direction d'un établissement n'a pas pu être réalisée le jour même, faute d'organisation de la part de l'équipe qui n'avait pas été prévenue de notre venue. En contrepartie, nous avons eu l'occasion d'ajouter trois interventions au sein d'un groupement hospitalier, deux au sein de l'EHPAD et un au sein de l'Unité Cognitivo-Comportementale. Nous finissons donc avec un total de douze interventions, pour une cinquantaine d'établissements contactés.

4. Limites de l'étude

Outre les critiques méthodologiques citées ci-dessus, nous notons quelques limites à notre étude.

4.1. Contrôle du nombre de sujets

Le fait que l'intervention soit proposée de manière libre dans les établissements, nous n'avons pas pu contrôler le nombre de sujets par groupe. De ce fait, nous nous retrouvons avec des groupes relativement hétérogènes, allant de 3 personnes à 48. C'est un biais qui est à prendre en compte dans l'analyse des résultats.

4.2. Pourcentage de l'item neutre

D'autre part, au sujet de l'analyse des résultats, nous notons une part très importante de l'item neutre « ni d'accord, ni en désaccord ». Au niveau des évaluations pré-intervention, cet item est sélectionné en moyenne par 30 % des participants. C'est effectivement un biais qui viendra s'ajouter lors de l'analyse, car nous ne pouvons pas considérer comme positive ou négative la réponse de ces participants et de ce fait les classer dans l'une ou l'autre des

catégories. De ce fait, cet item permet de ne pas forcer le participant, mais ne permet pas non plus d'avoir un avis tranché sur la question posée.

De plus, il aurait été préférable d'attribuer d'emblée une note sur cinq plutôt que de proposer des réponses sémantiques. En effet, cela aurait permis aux participants de quantifier eux-mêmes leur ressenti au lieu qu'un tiers confère à leurs choix une valeur numérique arbitraire.

4.3. Temps de pratique

Comme l'ont montré les résultats liés à l'affirmation E, le ressenti concernant la gestion des appareils auditifs est celui où nous retrouvons le moins de bénéfice. En effet, plusieurs personnes se disent encore « pas d'accord » ou « ni d'accord, ni en désaccord » avec l'affirmation. Cela est à mettre en lien avec l'absence de temps de manipulation. Cependant, le but de cette intervention était une sensibilisation en lien avec la communication et la partie pratique en tant que telle ne relève pas de notre champ de compétences. Ainsi, il serait intéressant de proposer, en complément de cette intervention, une présentation et/ou formation réalisée par un audioprothésiste afin de poursuivre la formation des soignants.

4.4. Divergence entre discours et réponses au questionnaire

Lors de la présentation orale des participants, ces derniers évoquaient majoritairement une méconnaissance totale des troubles auditifs et, en général, du sujet présenté. Ce discours était donc en relative contradiction avec les résultats et cotes obtenus par les questionnaires. En effet, nous n'avons comptabilisé que très peu de réponses pour les items les plus négatifs alors que c'était le ressenti évoqué à l'oral par les participants. Ici encore, le fait d'avoir proposé des réponses sémantiques et symétriques a pu modifier leur évaluation.

D'autre part, la part psychologique de ce genre d'échelle est importante, car il s'agit d'apporter un jugement de valeur sur soi et sur ses connaissances. Ce même jugement sera en plus lu par autrui. Bien qu'anonyme, cette forme d'évaluation a pu biaiser les réponses de certains.

4.5. Analyse subjective

Notre analyse étant basée sur le ressenti des participants, nous obtenons des résultats tout à fait subjectifs et qui ne peuvent en aucun être extrapolés à une analyse des pratiques pour les raisons citées précédemment. En ce sens, proposer une trame d'observation du professionnel avant et après l'intervention pourrait permettre d'obtenir des résultats plus objectifs et donc tendre vers une analyse des pratiques.

Pour clore la discussion de ce mémoire, nous souhaitons revenir sur un point important, mais difficilement quantifiable : la motivation. Ce propos n'a pas valeur de jugement, mais relève du constat. En effet, nous avons pu observer à travers nos différentes interventions des niveaux de motivation différents. Ce paramètre pouvant être lié à des facteurs extrinsèques ou intrinsèques à la personne, il nous semble difficile de pouvoir le contrôler. En revanche, cela nous amène à réfléchir à la manière la plus judicieuse de proposer ce type d'intervention, à savoir plutôt sur la base du volontariat ou de l'obligation. N'ayant pas abordé ce point avec les différents représentants d'établissements lors des premiers entretiens, nous n'avons pas su la manière dont les participants avaient été recrutés et donc ce qui les motivait à être présents. Une solution, a posteriori, aurait été d'ajouter un item à ce sujet dans le questionnaire initial.

Conclusion

Ce mémoire visait à élaborer et transmettre une intervention de prévention au sujet des troubles auditifs des personnes âgées institutionnalisées auprès des personnels soignants des établissements les accueillant. Effectivement, nous partions du constat que les professionnels accompagnant les personnes âgées ne sont que très peu voire pas formés aux troubles auditifs et à leurs répercussions.

Après avoir ciblé nos établissements ainsi que le public visé, nous avons créé une intervention qui alliait connaissances théoriques et remarques pratiques concernant la prise en compte des troubles auditifs dans la prise en soin des personnes âgées dépendantes.

Nous avons pu présenter notre intervention douze fois, au sein de sept établissements différents. Bien que les professionnels principalement visés soient les infirmiers et aides-soignants, nous avons réussi à regrouper un total de dix-huit professions différentes, toutes exerçant auprès de la personne âgée pour le maintien de son confort et de sa qualité de vie. En amont et à la fin de chaque présentation, un questionnaire avait été proposé aux participants. Nous avons ainsi pu évaluer l'évolution de leur ressenti concernant leurs connaissances théoriques au sujet de la presbyacousie, mais aussi concernant leurs pratiques professionnelles.

Les résultats obtenus pré-intervention sont tous en faveur d'un ressenti négatif au sujet des connaissances théoriques, peu importe le niveau de formation des participants. Cela va dans le sens du constat initial. D'autre part, nous avons pu observer une évolution du ressenti pour tous les domaines évalués et ainsi valider nos différentes hypothèses. La formation en présentiel du personnel a donc permis une évolution positive du ressenti de ce dernier concernant ses connaissances théoriques et ses capacités au sujet des troubles auditifs de la personne âgée institutionnalisée.

Ce travail est venu d'une part compléter la formation initiale des soignants au sujet des troubles auditifs et d'autre part valoriser leurs compétences en appuyant de manière positive les comportements déjà mis en place.

Comme expliqué dans la discussion, certains paramètres sont à revoir afin d'améliorer cette proposition d'intervention. Le dessein initial visait un maillage du territoire entre formation audioprothétique et formation orthophonique. A l'issue de ce mémoire, il nous semble davantage pertinent de proposer ces deux formations en complémentarité afin que les professionnels se sentent le mieux armés possible concernant les troubles auditifs de la personne âgée institutionnalisée.

Bibliographie

- Action Sociale. *Annuaire des établissements de l'action sociale pour Personnes âgées* [en ligne]. Repéré à : <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/personnes-agees.html> [consulté le 21 avril 2019].
- Bouccara, D., Dhouin, S. & Vergnon, L. (2011). Les surdités de l'adulte. Le vieillissement de l'oreille : la presbyacousie. *La Revue de la Gériatrie, Dossier Presbyacousie 1*, 8-20.
- Boyer-Caron, M. & Reinquin, S. (2017). Rôle de l'orthophoniste auprès des patients appareillés en EHPAD. *Les cahiers de l'audition*, 30(3), 13-16.
- Carabellese, C., Appollonio, I., Rozzini, R., Bianchetti, A., Frisoni, G-B., Frattola, L., & Trabucchi, M. (1993). Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(4), 401-407.
- Centre de Prévention de l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres – Association des Régimes de Retraite Complémentaire (AGIRC-ARRCO). (2016). Bien vieillir : de l'importance de bien entendre. Repéré à <http://fr.calameo.com/read/002711729b3015b5e8c63>
- Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG). (2008). Enseignement du 2^e cycle, polycopié national [PDF]. Repéré à <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/liste-2.html>
- Ernest, E. (2009). Quelle est la place de l'orthophonie dans la rééducation auditive ? *La revue du praticien*, 59(5), 640-641.
- Fries, J. F. (2005). The Compression of Morbidity. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 801-823. doi :10.1111/j.1468-0009.2005.00401.x.
- Haeusler, L., De Laval, T. & Millot, C. (2014). Etude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé ». *Document de travail, Série Etude et Recherche (DREES)*, 131.
- InstitutRaymondDewar. (2011, 26 janvier). Bingo [Vidéo en ligne]. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=eV4fIJ5VL8I> [consulté le 21 avril 2019].
- InstitutRaymondDewar. (2011, 26 janvier). Salle d'attente [Vidéo en ligne]. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=om8sILqhx9g> [consulté le 21 avril 2019].
- Lin, F., & Ferrucci, L. (2011). Hearing loss and falls among older adults in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 172(4), 369-37. doi:10.1001/archinternmed.2011.728
- Lin, F., Yaffe, K., Xia, J., Xue, Q., Harris, T., Purchase-Helzner, E., ... Simonsick, M. (2013). Hearing Loss and Cognitive Decline in Older Adults. *JAMA Intern Med*, 173(4), 293 - 299.
- Leusie, S. (2015). *Privation sensorielle auditive et réhabilitation chez le sujet âgé : conséquences sur le fonctionnement cognitif* (Thèse de doctorat en Neurosciences, Université de Lyon 1). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01148565/document>
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. (2013). Décret n°2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/8/30/ESRS1317552D/jo>

- Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville & Ministère de la Santé et des Sports. (2009). Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2009/7/31/SASH0918262A/jo/texte>
- Mondon, K., Naudin, M., Beaufiles, E. & Atanasova, B. (2014). Perception du goût et des odeurs au cours du vieillissement normal et pathologique : mise au point. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 12(3), 313-320. doi :10.1684/pnv.2014.0484
- Muller, M. (2017). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. *Etudes et Résultats (DREES)*, 1015.
- Pouchain, D., Dupuy, C., San Jullian, M., Dumas, S., Vogel, M., Hamdaoui, J. & Vergnon, L. pour le GRAP (2007). La presbycousie est-elle un facteur de risque de démence ? Étude AcouDem. *La revue de Gériatrie*, 32(6), 1-7.
- Roussel, P. pour Union Nationale pour l'Insertion Sociale du Déficiant Auditif (UNISDA). (2011). Enquête sur la détresse psychologique des personnes sourdes, malentendantes, devenues sourdes et/ou acouphéniques : la détresse psychologique des personnes ayant répondu à l'enquête de l'UNISDA de 2010. Repéré à <https://www.unisda.org/IMG/pdf/Unisda-Rapport-Detresse-psychologique-P-Roussel-EHESP-juin-2011.pdf>.
- Ska, B. & Joannette, Y. (2006). Vieillesse normale et cognition. *Médecine/Sciences* 22(3), 284-287. doi : 10.1051/medsci/2006223284
- Syndicat National des Audioprothésistes (UNSAF). (2017). Déficiences auditives en France. Repéré à <http://www.unsaf.org/site/l-unsaf/les-syntheses-de-l-unsaf.html>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Liste des EHPAD sollicités

Annexe n°2 : Exonération déclaration à la CNIL

Annexe n°3 : Courrier d'informations à destination des cadres de santé des EHPAD

Annexe n°4 : Extraits de la présentation visuelle Prezi

Annexe n°5 : Extraits de la plaquette de sensibilisation distribuée à l'issue de l'intervention

Annexe n°6 : Questionnaire à destination des professionnels

Annexe n°7 : Réponses obtenues aux questionnaires pré et post-intervention des participants

Annexe n°8 : Résultats obtenus aux questionnaires selon les cinq affirmations

Annexe n°9 : Résultats obtenus aux questionnaires selon les six groupes établis