

MEMOIRE

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

Agathe BENIER

Présenté au jury en juin 2020

Etat des lieux national des interventions orthophoniques en EHPAD

MEMOIRE dirigé par

Lucie BRENIERE, orthophoniste en libéral, Mons-en-Baroeul

Séverine LABOUE, directrice d'hôpital, groupe hospitalier Loos-Haubourdin, Loos

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Madame Breniere et Madame Laboue, directrices du mémoire, pour leurs précieux conseils, leur disponibilité et leur suivi. Merci d'avoir accepté de m'encadrer dans ce travail.

Merci à tous les professionnels des EHPAD ayant accepté de participer à notre étude pour leurs réponses et leur intérêt porté à ce mémoire.

Merci à toutes les maîtres de stage rencontrées au cours de ces cinq années d'étude pour leur accueil et leur partage de connaissances. Je remercie tout particulièrement Lucile, Mathilde et Mélanie. Merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de cette dernière année. Votre bienveillance m'a permis de gagner en autonomie et d'entrer dans la vie professionnelle avec confiance.

Merci à mes parents et mes amis, de Saint-Brieuc, Lille ou d'ailleurs pour leur soutien et leur présence depuis toutes ces années.

En cette période difficile de crise sanitaire, toutes mes pensées se tournent vers le personnel soignant des EHPAD, travaillant sans relâche pour sauver des vies, et aux nombreux résidents victimes du coronavirus.

Résumé :

L'orthophoniste est un professionnel de santé paramédical prenant en soin les personnes âgées au sein de structures telles que des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cependant, ce métier semble aujourd'hui y être peu présent. A travers ce mémoire, nous souhaitons en comprendre les raisons et apprécier les connaissances des membres des équipes des EHPAD au niveau national. Deux cent soixante-cinq d'entre eux ont répondu aux deux questionnaires d'investigation. Au total, cent soixante-dix-huit établissements ont ainsi participé à notre étude. Malgré le peu de réponses obtenues, nous avons pu constater que la plupart des professionnels interrogés connaissaient les principaux champs d'intervention de l'orthophoniste en EHPAD mais pas précisément au sein de chacun. Le manque de ressources financières et la méconnaissance de l'étendue du rôle de l'orthophoniste étaient pour eux, les principales raisons à l'insuffisance d'interventions orthophoniques en EHPAD. Ils ont reconnu l'intérêt d'en bénéficier dans leurs structures et souhaiteraient approfondir leurs connaissances sur l'orthophonie auprès des personnes âgées. Cela, afin de mieux accompagner leurs résidents et mieux communiquer avec eux. Dans une perspective d'amélioration et pour continuer à sensibiliser sur l'intérêt des interventions orthophoniques en EHPAD, il serait intéressant de poursuivre l'étude avec un nombre plus conséquent de réponses et des questions davantage approfondies sur les principaux domaines liés à l'orthophonie.

Mots-clés : Orthophonie – EHPAD – personne âgée – prise en soin.

Abstract :

The speech and language therapist is a paramedic professional caring for the elderly in institution such as retirement homes for dependent elderly (EHPAD). However, nowadays, this profession seems to be less present there. Through this essay, we wanted to understand the reasons for this and to assess the knowledge of EHPAD professionals at the national level. Two hundred and sixty-five of them responded to the two investigation surveys. In total, one hundred and seventy eight institutions thus participated in our study. In spite of the few answers obtained, we were able to note that most professionals interviewed were aware of the main fields of speech and language therapist's interventions in EHPAD but not precisely in each one. Lack of financial resources and lack of awareness of all the role of the speech and language therapist were the main reasons for the lack of speech and language therapies in EHPAD. They recognize the interest of benefiting from it in their institutions and would like to deepen their knowledge about speech and language therapy for elderly. This is in order to better accompany their residents and better communicate with them. In a perspective of improvement and to continue to raise awareness about the value of speech and language therapy interventions in EHPAD, it would be interesting to continue the study with more answers, and more in-depth questions on speech and language therapy main fields.

Keywords : Speech and language therapy – retirement homes - elderly – caring.

Table des matières

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction | 6 |
| Contexte théorique..... | 7 |
| 1. Les EHPAD | 7 |
| 1.2 Leur création..... | 7 |
| 1.3 Les types d'EHPAD | 7 |
| 1.4 Répartition des EHPAD en France selon les régions et leurs statuts..... | 8 |
| 1.5 Le fonctionnement d'un EHPAD | 9 |
| 1.5.1 Le personnel | 9 |
| 1.5.2 Les différents modes d'accueil | 9 |
| 1.6 La tarification | 10 |
| 1.6.1 Le tarif des soins | 10 |
| 1.6.2 Le tarif hébergement | 10 |
| 1.6.3 Le tarif dépendance | 10 |
| 1.7 La rémunération des orthophonistes en EHPAD | 11 |
| 2. Les personnes âgées en EHPAD | 12 |
| 2.1 Définition..... | 12 |
| 2.2 Les troubles neurocognitifs majeurs MNT | 12 |
| 2.2.1 Un exemple de MNT : la Maladie d'Alzheimer | 12 |
| 2.3 L'entrée en EHPAD | 13 |
| 2.4 La population en EHPAD | 13 |
| 3. L'orthophoniste en EHPAD | 13 |
| 3.1 Le rôle de l'orthophoniste en EHPAD | 13 |
| 3.1.1 Au niveau de la communication et du langage | 14 |
| 3.1.2 Au niveau cognitif..... | 14 |
| 3.1.3 Au niveau oro-myo-facial | 14 |
| 3.1.4 Exemple de prise en soin : la Maladie d'Alzheimer | 15 |
| 3.2 Relation avec les autres soignants | 15 |
| Buts et Hypothèses | 15 |
| Méthodologie..... | 16 |
| 1. Sélection statistique | 16 |
| 2. Questionnaire d'investigation..... | 18 |
| 2.1 Réflexions à l'origine du questionnaire..... | 18 |
| 2.2 Elaboration du questionnaire | 18 |
| 2.3 Diffusion du questionnaire | 19 |
| 3. Récolte des réponses..... | 19 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4. Analyse des résultats | 19 |
| Résultats | 20 |
| 1. Participants aux questionnaires | 20 |
| 2. Connaissance du rôle de l'orthophoniste..... | 21 |
| 3. Collaboration entre l'orthophoniste et les différents professionnels des EHPAD..... | 25 |
| 4. Besoin d'orthophoniste en EHPAD | 28 |
| Discussion..... | 30 |
| 1. Validation des hypothèses..... | 30 |
| 1.1 Hypothèse 1 : l'EHPAD manque de ressources financières pour recruter un orthophoniste | 30 |
| 1.2 Hypothèse 2 : La direction et les différents professionnels de l'EHPAD méconnaîtraient ou sous-estimeraient le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées..... | 30 |
| 1.3 Hypothèse 3 : le manque d'échanges entre les différents professionnels rend difficile la mise en œuvre de toutes les adaptations proposées | 31 |
| 1.4 Hypothèse 4 : les professionnels d'un EHPAD avec intervention orthophonique sont davantage sensibilisés à l'orthophonie que les professionnels d'un EHPAD sans intervention orthophonique..... | 32 |
| 2. Objectifs de l'étude..... | 33 |
| 3. Limites de l'étude | 34 |
| 3.1 Biais concernant la méthodologie..... | 34 |
| 3.2 Biais concernant la conception du questionnaire | 35 |
| 3.3 Biais concernant les résultats..... | 36 |
| 4. Implications théoriques | 36 |
| Conclusion..... | 37 |
| Bibliographie | 38 |
| Liste des annexes | 42 |
| Annexe n°1 : Résultats | 42 |
| Annexe n°2 : Lettre d'information | 42 |
| Annexe n°3 : Questionnaire destiné aux professionnels des EHPAD | 42 |
| Annexe n°4 : Questionnaire destiné aux orthophonistes..... | 42 |

Introduction

En 2015, on comptait près de 728 800 personnes en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Muller, 2017a). Plus de 80% d'entre elles résident en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et environ 260 000 sont diagnostiquées d'une maladie neurodégénérative telle que la maladie d'Alzheimer (MA) ou apparentée, la maladie de Parkinson, etc. Ce type de pathologie nécessite en principe l'intervention d'un orthophoniste afin de ralentir sa progression. En effet, selon la nomenclature générale des actes professionnels (2019), l'orthophoniste prend en soin les patients atteints de pathologies neurodégénératives pour « rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, de langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales ».

Pourtant, malgré des besoins bien réels, les interventions orthophoniques en EHPAD seraient rares. Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 80,8% des orthophonistes situés en métropole ont une activité libérale (2019). L'étude Kalliopé, menée par le même organisme, indique que « le mode d'exercice salarié est minoritaire et que très peu d'orthophonistes travaillent à la fois en libéral et dans un établissement de santé, incluant des établissements de santé publics ou privés et des établissements pour handicapés et autres salariés » (2011). La Haute Autorité de Santé (HAS) (2018), rapporte pourtant qu'un travail d'équipe coordonné incluant un professionnel orthophoniste est indispensable auprès de personnes présentant un trouble neurocognitif. De plus, la prévalence des troubles de déglutition s'élèverait à 60% chez les individus en institution (Rofes, 2011). Dans son mémoire, Meriau (2012), explique que l'orthophoniste n'intervient que rarement en maison de retraite pour la prise en charge de la dysphagie et que son rôle auprès des résidents est méconnu par les médecins coordonnateurs et soignants de son étude.

L'objectif de ce mémoire est d'interroger, via des questionnaires, les différents professionnels de France exerçant en EHPAD afin d'apprécier leurs connaissances sur le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées. Nous souhaitons comprendre les raisons au faible nombre d'interventions orthophoniques dans ces structures et sensibiliser le personnel y travaillant à l'orthophonie en EHPAD.

Contexte théorique

Cette partie théorique abordera la notion d'EHPAD, de personnes âgées et le rôle de l'orthophoniste au sein d'un EHPAD.

1. Les EHPAD

1.1 Définition

Les EHPAD sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes de plus de 60 ans, seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus possible. Créés au début des années 2000 suite à la mise en place d'une nouvelle réforme organisant la transformation des maisons de retraite en EHPAD, ils représentent 80% des places d'hébergement pour les personnes âgées, soit environ 600 000 places (Muller, 2017a). De 2011 à 2015, de par la réforme de la tarification et les différents plans menés par le gouvernement, tel que le plan Alzheimer, le nombre de places a augmenté (Muller, 2017b).

1.2 Leur création

Le concept de maison de retraite naît avec la loi du 30 Juin 1975 et celui d'EHPAD avec la réforme de 1999. Pour bénéficier de cette appellation particulière et des moyens qui en découlent, les établissements doivent remplir un cahier des charges précis et instaurer une médicalisation bien définie et développée (Brami, 2013). La création et le fonctionnement d'un EHPAD sont strictement encadrés par la loi. Pour pouvoir accueillir des personnes dépendantes, la réforme de 1999 impose la signature d'une convention tripartite ou contrat pluriannuel, d'une durée de cinq ans, entre l'EHPAD, le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé (ARS). Elle détermine les objectifs à atteindre ainsi que les moyens pour maintenir et développer une vie sociale chez les résidents (HAS, 2019).

1.3 Les types d'EHPAD

En France, nous répertorions différents types d'EHPAD : privés à but non lucratif, privés à but lucratif, publics hospitaliers et publics non hospitaliers.

Les EHPAD publics sont gérés soit par des collectivités publiques, soit par un hôpital ou sont autonomes. Leurs tarifs y sont généralement moins élevés que dans les structures privées. Ils accueillent majoritairement de fait les personnes ayant de faibles ressources. Ces établissements étant très demandés, les listes d'attente pour y entrer sont très longues.

Les EHPAD privés à but non lucratif peuvent être associatifs, ou gérés par des mutuelles, des caisses de retraite, des congrégations religieuses ou des associations laïques. Les structures privées à but lucratif sont gérées par des entreprises commerciales que sont les grands groupes privés nationaux ou les entreprises familiales. Leurs tarifs sont plus élevés, la différence de prix s'expliquant notamment par les différentes prestations proposées et l'objectif de réaliser des bénéfices.

Selon la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (2019), en 2017, le prix médian par mois d'une chambre seule s'élève de 1 818 euros en EHPAD public à 2 678 euros en EHPAD privé commercial.

1.4 Répartition des EHPAD en France selon les régions et leurs statuts

Tableau 1. Répartition des EHPAD de France selon la région et le statut (Base de données FINESS ((fichier national des établissements sociaux) (2019))

| REGION | Nombre total d'établissements | Nombre d'EHPAD Privé à but lucratif | Nombre d'EHPAD Privé à but non lucratif | Nombre d'EHPAD Public | Nombre d'EHPAD Public hospitalier |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| AUVERGNE | 947 | 155 | 321 | 316 | 155 |
| BOURGOGNE | 426 | 76 | 138 | 107 | 105 |
| BRETAGNE | 568 | 21 | 182 | 281 | 84 |
| CENTRE VAL DE LOIRE | 313 | 70 | 65 | 99 | 79 |
| CORSE | 29 | 10 | 13 | 0 | 6 |
| GRAND EST | 615 | 74 | 265 | 147 | 129 |
| GUADELOUPE | 19 | 9 | 5 | 2 | 3 |
| GUYANE | 4 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| HAUTS DE FRANCE | 586 | 126 | 179 | 157 | 124 |
| ILE DE FRANCE | 705 | 347 | 223 | 90 | 45 |
| LA REUNION | 17 | 3 | 9 | 1 | 4 |
| MARTINIQUE | 24 | 4 | 9 | 3 | 8 |
| NORMANDIE | 383 | 105 | 96 | 105 | 77 |
| NOUVELLE AQUITAINE | 928 | 275 | 230 | 297 | 126 |
| OCCITANIE | 821 | 167 | 279 | 256 | 119 |
| PROVENCE ALPES COTE D'AZUR (PACA) | 597 | 318 | 118 | 100 | 61 |
| PAYS DE LA LOIRE | 580 | 51 | 224 | 222 | 83 |
| <i>TOTAL</i> | <i>7562</i> | <i>1811</i> | <i>2358</i> | <i>2183</i> | <i>1210</i> |

En 2019, en France, les EHPAD privés à but non lucratif sont les plus nombreux (2358) et les EHPAD hospitaliers les moins nombreux (1210). Ces établissements sont implantés de façon inégale sur le territoire français. Les structures commerciales sont davantage présentes en Ile-De-France ou sur la Côte d'Azur, les publiques en Auvergne et Nouvelle Aquitaine et les privées à but non lucratif en Auvergne et Occitanie. Il y a plus d'EHPAD en Auvergne (947), Nouvelle-Aquitaine (928) et Occitanie (821). Le Centre-val de Loire est la région métropolitaine qui compte le moins d'établissements (313). Les EHPAD sont moins nombreux en Outre-mer (tableau 1).

Les notions de ruralité et d'urbanité sont à prendre en compte dans ces données. La population rurale concerne les communes de moins de 2 000 habitants (Larousse en ligne, 2020). Selon la CNSA (2017), en 2016, 59% des EHPAD se situent en zone urbaine et 17% en zone rurale, recensant par ailleurs davantage d'établissements publics. De plus, les structures situées en zone rurale offriraient plus de places qu'en zone urbaine et à des tarifs moins élevés (Grimault, 2018).

Concernant les offres de soin en orthophonie réparties selon les zones urbaines et rurales, la DREES indique qu'elles sont inégalitaires, se répercutant sur l'activité des orthophonistes qui préfèrent travailler dans les villes (2011). D'après Sicart, en 2014, « 1390 orthophonistes exerçaient dans une commune rurale, alors qu'ils sont 7829 dans les communes de 200 000 à 2 000 000 habitants ». Enfin, les régions contenant la plus forte densité d'orthophonistes étaient, avant la reconfiguration régionale de 2015, les régions PACA, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées, et Île-de-France (DREES, 2010).

1.5 Le fonctionnement d'un EHPAD

1.5.1 Le personnel

La liste du personnel ci-dessous peut varier selon les structures :

- Le directeur et le personnel administratif sont responsables de la gestion administrative et budgétaire de l'établissement.
- Le cadre de santé organise et encadre l'activité paramédicale.
- Le médecin coordonnateur participe à l'élaboration des projets de soin de chaque résident et supervise toute l'équipe médicale et paramédicale de l'EHPAD. Il coordonne également l'intervention des intervenants libéraux.
- Les infirmiers diplômés d'Etat pratiquent les soins infirmiers tels que la pose de pansements, la surveillance du patient, la préparation du pilulier, etc.
- Les aides-soignants assurent les soins du quotidien sous supervision des infirmiers.
- Les aides médico-psychologiques assistent les gestes de la vie quotidienne.
- Les agents de service hospitalier sont responsables des missions d'hôtellerie telles que l'entretien des chambres et des locaux, la distribution des repas, le rangement du linge, etc.
- Concernant le paramédical, peuvent intervenir mais plus rarement, un orthophoniste, un ergothérapeute qui propose des aménagements de l'environnement adaptés à la perte d'autonomie du résident, un psychomotricien qui intervient pour stimuler l'équilibre et la capacité du résident à se repérer dans l'espace et un kinésithérapeute dans le cadre d'une stimulation, d'un maintien de l'autonomie motrice et de l'équilibre du patient.
- Les animateurs organisent régulièrement des activités pour les personnes âgées.
- Le psychologue assure le suivi psychologique des résidents ainsi qu'un soutien pour leurs familles.
- Le diététicien surveille l'état nutritionnel des résidents et met en place des menus adaptés à chacun.
- L'équipe en cuisine prépare les repas des résidents.
- L'équipe technique s'occupe des travaux, des réparations et des adaptations de l'environnement.

Muller (2018) rapporte différentes données datant de 2015. Elle explique notamment qu'à cette période, 500 000 professionnels sont recensés en EHPAD et que 44% des établissements présentent des difficultés à recruter du personnel, notamment dans le secteur privé. En effet, pour 63% des structures, un poste au moins est non pourvu depuis six mois ou plus. Cela concerne, pour 10% d'entre eux, un poste de médecin coordonnateur. En zone rurale, les EHPAD rencontrent davantage de difficultés de recrutement. Toujours selon Muller, en 2015, le taux d'encadrement moyen en EHPAD ou rapport des effectifs du personnel en équivalents temps plein (ETP) au nombre de places installées, s'élève à 62.8 ETP pour 100 places. Elle précise que, pour un même nombre de résidents, les établissements publics emploient plus de personnel que les établissements privés dont le taux d'encadrement est inférieur de dix points. Pour le personnel paramédical ou soignant, indépendamment du type de la structure, il est de 28.1 ce qui correspond à 57% des effectifs. Il est plus élevé dans les EHPAD publics hospitaliers (36.7) que dans les établissements privés commerciaux (19.7).

1.5.2 Les différents modes d'accueil

Les résidents peuvent être accueillis à l'année, en hébergement permanent, ou de quelques semaines à trois mois maximum, en hébergement temporaire. Ce type d'accueil peut être utile pour les personnes présentant des difficultés passagères, pour accorder un moment de répit aux aidants ou préparer à une entrée définitive. Des accueils de jour à la journée ou la

de mi-journée sont également disponibles pour les personnes âgées. Des unités spécialisées telles que les unités Alzheimer, permettent de prendre en charge les résidents atteints de cette maladie ou d'une maladie apparentée. Selon la CNSA (2019), leur création a été impulsée par un des trois plans Alzheimer du gouvernement Français entre 2008 et 2012. Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) accueillent à la journée douze à quatorze résidents de l'EHPAD atteints de la MA ou apparentée. En 2015, un EHPAD sur cinq dispose d'un PASA, proposant des activités sociales et thérapeutiques aux personnes prises en soin (Muller, 2017). Les unités d'hébergement renforcées (UHR) sont destinées aux patients ayant des troubles sévères du comportement. Elles accueillent jour et nuit douze à quatorze malades et renforcent les soins habituellement proposés dans les EHPAD. Les professionnels présents y sont spécialement formés. Les UHR sont moins fréquentes que les PASA (Muller, 2017), car ne concernent que les établissements hospitaliers.

1.6 La tarification

Depuis la réforme de tarification des EHPAD de 1999, leur financement repose sur trois types de tarifs : le tarif des soins, le tarif dépendance et le tarif hébergement. Ce modèle tarifaire est largement remis en cause, notamment par le rapport Libault (2019), qui préfigure la future loi de programmation de la dépendance. Au cours des dernières années, les différentes réformes de tarification ont visé à réduire les écarts de budget entre les établissements privés et publics.

L'habilitation à l'aide sociale, versée totalement ou partiellement par le Département, permet aux EHPAD publics de recevoir des personnes dont les ressources sont faibles. Les établissements privés peuvent également bénéficier de places habilitées à l'aide sociale dont le tarif est fixé par le Conseil Départemental et de places non habilitées dont le tarif est fixé par l'organisme gestionnaire. Une place en EHPAD, calculée en fonction du tarif "ticket modérateur" dépendance et hébergement, coûte en médiane, tous types confondus, 1 949 euros par mois au résident (Toupin, 2018).

1.6.1 Le tarif des soins

Regroupant les frais liés aux soins médicaux et paramédicaux du résident, il est entièrement pris en charge par l'assurance maladie qui verse la somme directement à l'EHPAD. La liste des actes de cette section dépend du choix tarifaire fait par chaque structure au moment de la signature de la convention tripartite. Il existe effectivement une liste plus étendue pour les EHPAD ayant fait le choix d'être en tarif de soin global versus ceux en tarif de soin partiel.

1.6.2 Le tarif hébergement

Les prestations non liées à la dépendance telles que l'hôtellerie, l'alimentation, la restauration, les énergies, l'entretien, l'animation, les salaires des professionnels non paramédicaux et non médicaux sont regroupées dans ce tarif. Si l'établissement est totalement habilité à l'aide sociale, le Conseil Départemental fixe le prix. S'il l'est partiellement, le directeur de l'EHPAD fait une proposition au Département pour les résidents dits "payants". Il est entièrement à la charge du résident qui peut bénéficier d'aides comme l'aide personnelle au logement (APL) ou l'aide sociale à l'hébergement (ASH), si la structure est conventionnée, pour le financer. En 2014, l'ASH est perçue par 119 999 personnes résidant en EHPAD (Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie, 2017, p. 4).

1.6.3 Le tarif dépendance

Englobant les soins et les aides en rapport avec les actes de la vie quotidienne tels que l'aide à la toilette, à l'habillage, au lever, au coucher, aux déplacements, etc., il est fixé par le

président du Conseil Départemental pour une durée d'un an et pour chaque établissement, en fonction de la dépendance moyenne des résidents. Le degré de dépendance est déterminé par la grille « autonomie gérontologique groupes iso-ressources » (AGGIR) qui répertorie la personne âgée dans un des six groupes iso-ressources (GIR) (tableau 2). Diverses activités sont évaluées dont les activités corporelles et mentales telles que communiquer, se laver, s'habiller, manger, se lever, se déplacer, etc., et les activités domestiques et sociales notamment préparer les repas, gérer ses affaires, son budget, utiliser un moyen de transport, etc. Plus le résident est dépendant, plus le coût sera élevé. Cependant, la grille AGGIR prend peu en compte les troubles neurocognitifs majeurs au stade précoce. Le Département assume l'entièreté du coût de la dépendance des résidents mais ne prend pas en charge le "ticket modérateur", tarif le plus faible correspondant aux GIR 5 et 6, que tous les résidents, même les plus dépendants, doivent payer. Les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et ayant besoin d'aide au quotidien pour se lever, se laver, s'habiller ou dont l'état nécessite une surveillance régulière, et ainsi se situant aux GIR 1 à 4, peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Versée par le Conseil Départemental, elle permet de payer une partie du tarif dépendance en EHPAD.

Tableau 2 : classification des GIR.

| | |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GIR 1 : perte d'autonomie élevée (coût : 13 à 26 euros par jour) | Personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées ou les personnes en fin de vie |
| GIR 2 : perte d'autonomie élevée (coût : 13 à 26 euros par jour) | Personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas altérées ou les personnes capables de marcher mais dont les fonctions mentales sont altérées |
| GIR 3 : perte d'autonomie moyenne (coût : 8 à 17 euros par jour) | Personnes ayant conservé leur autonomie mentale mais ayant besoin d'aide quotidiennement pour les soins corporels |
| GIR 4 : perte d'autonomie moyenne (coût : 8 à 17 euros par jour) | Personnes n'assurant pas seules leurs transferts, pouvant se déplacer seules dans leurs logements mais ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ou les personnes n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les soins corporels et les repas. |
| GIR 5 : faible perte d'autonomie (coût : 3 à 7 euros par jour) | Personnes ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage |
| GIR 6 : faible perte d'autonomie (coût : 3 à 7 euros par jour) | Personnes autonomes pour les actes essentiels de la vie courante |

1.7 La rémunération des orthophonistes en EHPAD

L'orthophoniste peut intervenir à titre libéral ou salarié et ainsi, être rémunéré par l'établissement même qui peut bénéficier d'une dotation partielle ou globale (cf. section « tarif des soins » ci-dessus). Dans ce dernier cas, les soins orthophoniques sont compris dans les forfaits et ne peuvent être pris en charge directement par l'assurance maladie. Aucune demande d'accord préalable (DAP) ne peut être effectuée ni de facturation des actes par feuille de soin. La Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) conseille de signer un contrat avec l'EHPAD précisant les conditions de paiement des actes pour chaque patient afin d'assurer une intervention orthophonique réglementaire (2011). En cas de dotation partielle, l'orthophoniste envoie une DAP à l'assurance maladie qui prend en charge les remboursements de soins. Toujours selon la FNO, les orthophonistes libéraux doivent prendre en soin les résidents des EHPAD dans les mêmes conditions de prescription médicale que leurs autres patients.

2. Les personnes âgées en EHPAD

2.1 Définition

Une définition précise n'existe pas. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) (2019), sont concernées les personnes âgées de 60 ans et plus. En 2018, environ 7 millions d'individus ont entre 65 et 74 ans et 4 millions, 80 ans et plus. Guedj (2018) précise que ces derniers seront 7 millions en 2040. Chez cette population, on distingue le vieillissement réussi de la grande dépendance et de la fragilité (Champoux, 2005). Avec l'âge, les aptitudes motrices et cognitives diminuent. Nous observons une faiblesse du tonus musculaire, des difficultés de coordination motrice, des difficultés mnésiques, une diminution des réflexes, etc. La personne âgée perd en autonomie de par ses difficultés à se déplacer seule, à s'habiller, se lever, se laver, entretenir des relations sociales, effectuer des loisirs, etc. Aujourd'hui, les gériatres emploient le terme de "fragilité" pour illustrer la perte d'autonomie fonctionnelle de la personne âgée. Il peut se concevoir comme un « intermédiaire entre un vieillissement habituel et un vieillissement pathologique » (Trivalle, 2000) et doit comprendre au moins trois de ces cinq critères : perte de poids involontaire, fatigue déclarée, bas niveau d'activité physique, vitesse de marche lente, faiblesse musculaire, etc. Guedj (2018), explique que 13% des Français âgés de plus de 65 ans sont aujourd'hui considérés comme fragiles. Selon Trivalle (2000), ils étaient 10 à 20% en 2000, cette proportion augmentant rapidement avec l'âge, pour atteindre 46% chez les plus de 85 ans. Le même auteur explique que la fragilité est le meilleur facteur prédictif d'un placement en institut de la personne âgée. De plus, les personnes âgées sont de plus en plus dépendantes et seront, en 2030, entre 1,43 et 1,71 millions (Guedj, 2018).

2.2 Les troubles neurocognitifs majeurs MNT

Selon le DSM-5 (2015), un MNT ou anciennement « démence », se caractérise par un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur, interférant avec l'indépendance dans les activités quotidiennes. Parmi les 47 millions de personnes dans le monde touchées par la démence (OMS, 2019), 5% d'entre elles sont recensées après 65 ans et 10 à 20% après 75 ans. La MA serait responsable de deux tiers des démences. Les autres pathologies les plus fréquemment mises en cause sont la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, la maladie de Parkinson et la démence fronto-temporale (Revue Prescrire, 2014, p. 438). En 2011, Perrin indique qu'après l'hypertension, le MNT est la pathologie qui touche le plus grand nombre de personnes âgées en EHPAD. Elle nous précise également qu'à partir de 65 ans, la proportion de personnes âgées qui en est atteinte en EHPAD augmente avec l'âge et qu'environ 70% d'entre-elles sont évaluées en GIR 1 ou 2, soit très dépendantes.

2.2.1 Un exemple de MNT : la Maladie d'Alzheimer

La MA est une pathologie neurodégénérative qui se définit par une dégénérescence des neurones (INSERM, 2019). Elle est caractérisée par deux lésions que sont la plaque sénile et la dégénérescence neurofibrillaire (Touchon, 2002). Selon la HAS (2019), elle est la première cause de dépendance lourde du sujet âgé, affectant 20% des sujets femmes et 13,2% des hommes de plus de 75 ans (Helmer, 2006). L'INSERM (2019) rapporte que 900 000 personnes en sont atteintes en France et qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie, on comptera près d'1,3 millions de personnes malades en 2020. Deux cent soixante mille personnes âgées vivant en EHPAD souffrent d'une MA ou apparentée, soit un tiers des personnes (Muller, 2017). Classiquement, selon l'INSERM (2019), elle se caractérise en premier par un trouble insidieux de la mémoire récente puis par des troubles des fonctions exécutives et de l'orientation dans le temps et l'espace. Surviennent ensuite les troubles praxiques, gnosiques, du calcul et du langage tels qu'un manque du mot, des difficultés de compréhension, une dysorthographe, etc. Nous

retrouvons également des manifestations dépressives, des symptômes anxieux, des hallucinations et des idées délirantes (Rigaud, 2001).

2.3 L'entrée en EHPAD

Les entrants en EHPAD sont âgés d'environ 85 ans et 2 mois (Donnio, 2005). L'admission se fait aujourd'hui plus tardivement car, selon la CNSA (2019), le maintien à domicile le plus longtemps possible est largement encouragé par le gouvernement. Elle est corrélée avec l'apparition de troubles psycho comportementaux chez le futur résident, l'épuisement ou le décès de son aidant ainsi que sa mise en danger à domicile s'il vit seul (Strubel, 2013). L'entrée en établissement est souvent ressentie comme un acte imposé (Donnio, 2005). A son arrivée, le médecin coordonnateur et l'équipe soignante effectuent une évaluation médicale complète de la personne âgée afin de créer un projet de soin individualisé. Ils apprécient ainsi ses capacités fonctionnelles, ses fonctions cognitives, sensorielles, visuelles et auditives, son état nutritionnel, ses troubles du comportement, son niveau de douleur et son risque d'escarres. Un contrat de séjour, signé par les deux parties que sont l'établissement et le résident ou son représentant légal, est mis en place dès son arrivée. Il fixe les modalités du passage dans l'établissement. Comprenant les conditions générales du séjour, les prestations offertes, leurs prix, la durée d'hébergement, les clauses de résiliation et les objectifs de prise en soin de la personne âgée, il garantit ses droits et le respect de sa dignité.

2.4 La population en EHPAD

En 2015, près de 728 000 personnes résident en établissements pour personnes âgées dont 585 560 en EHPAD (Muller, 2017a). L'auteur précise que le nombre de personnes accueillies a augmenté plus rapidement que le nombre de places proposées. Les EHPAD accueillent les résidents les plus âgés, la moitié d'entre eux ayant 88 ans et plus. La population en institution a vieilli et les résidents ont environ un an de plus qu'en 2011 soit 85 ans et 9 mois. Cela est en partie expliqué par l'allongement de l'espérance de vie. La même auteure explique qu'ils ont également des niveaux de dépendance plus élevés qu'auparavant. Plus de la moitié des individus en EHPAD est considérée comme très dépendante, se situant aux GIR 1 ou 2. Dès 68 ans, les femmes sont majoritaires chez les résidents et représentent 78% des résidents de 80 ans ou plus. Elles sont davantage confrontées à la perte d'autonomie de leur conjoint et sont plus nombreuses à connaître le veuvage de par leur plus grande espérance de vie (Muller, 2017a).

3. L'orthophoniste en EHPAD

3.1 Le rôle de l'orthophoniste en EHPAD

L'orthophoniste est un professionnel de santé paramédical. Selon la nomenclature générale des actes professionnels (2019), il peut intervenir auprès des personnes âgées, au domicile personnel ou en EHPAD. Il évalue, rééduque, maintient, adapte les fonctions de communication, du langage, cognitives et oro-myo-faciales incluant les troubles de déglutition notamment dans le cadre de maladies neurodégénératives telles que la MA, les démences fronto-temporales, la maladie à corps de Lewy, la maladie de Huntington, la maladie de Parkinson ou l'atrophie multisystématisée. Des séances individuelles ou de groupe peuvent être effectuées. En fonction de la plainte du patient, de son entourage ou de l'équipe soignante, l'orthophoniste fait un état des lieux des capacités cognitives, linguistiques, oro-myo-faciales du résident. Il entreprend ensuite une rééducation si nécessaire. Les activités ou exercices proposés en séance sont réalisés dans un but écologique pour que le patient puisse transférer les acquis au quotidien. L'orthophoniste a également un rôle de guidance auprès de la famille et des équipes pour qu'ils puissent adapter leur comportement. Il peut aussi être amené à aménager

la chambre à l'EHPAD par la réalisation de fiches techniques explicatives par exemple.

3.1.1 Au niveau de la communication et du langage

L'orthophoniste apprécie les capacités langagières des personnes âgées avec des bilans tels que la batterie d'évaluation des troubles lexicaux (BETL) de Tran (2015). Elle permet d'appréhender les troubles de la production lexicale et ainsi de cibler la rééducation selon les résultats. Avec l'âge, les aptitudes de communication verbale et non verbale diminuent (Strubel & al, 2007). Ainsi, pour pallier les difficultés de communication et faciliter les interactions avec les pairs du patient, l'orthophoniste met en place des moyens de communication alternative et augmentée. En partenariat avec l'entourage si possible, il construit des classeurs de communication ou carnets contenant toutes les informations relatives au patient telles que son histoire personnelle, les membres de sa famille, ses besoins, ses envies, ce qu'il aime ou non, etc.

Avec le temps, le langage des personnes âgées se modifie. En effet, selon Clark-Cotton (2007), le débit est plus lent, l'articulation moins précise, les pauses et hésitations plus nombreuses. Les personnes âgées se plaignent souvent d'un manque du mot, l'accès lexical étant affecté par le vieillissement à partir de 70 ans (Brivet, 2014). Elles mettent davantage de temps à lire ou traiter un texte. Leur discours manque de cohérence (Reilly & al, 2010) et de cohésion (Jacquot, 2004) car elles tiennent moins compte de l'interlocuteur et des connaissances partagées (Hupet, 1994). Toujours selon Hupet (1994), les formes morphosyntaxiques complexes disparaissent avec l'âge et sont, selon Kynette et Semper (1986), également peu diversifiées. En orthographe, nous observons des difficultés d'accords grammaticaux, des difficultés sur les doubles lettres, les accents ou certains mots complexes (Julia, 2010). La compréhension syntaxique diminue également (Rousseau, 2011). Compte-tenu de ces éléments, l'intervention orthophonique consiste à maintenir la compréhension ainsi que l'expression orale et/ou écrite par des activités d'évocation, de fluences, de dénomination et de désignation. L'orthophoniste travaille également la phonation et l'intelligibilité du patient, notamment dans le cadre de la maladie de Parkinson (Cabrejo, 2003).

3.1.2 Au niveau cognitif

Avec le vieillissement, les fonctions cognitives déclinent (Lotstra, 2003). Ce sont des processus mentaux qui nous permettent de comprendre, communiquer et réagir avec le monde environnant. Ils englobent la mémoire épisodique (mémoire des moments personnellement vécus), la mémoire de travail (mémoire qui permet de maintenir des informations pendant une période de plusieurs secondes), les fonctions exécutives (planification, inhibition, flexibilité qui permettent d'effectuer des tâches non routinières), la vitesse de traitement et l'attention (distractibilité, double tâche). La cognition sociale, qui fait référence aux processus cognitifs impliqués dans les relations interpersonnelles (Etchepare, 2014), en fait également partie. Selon Bherer (2004), les patients atteints de la MA présentent une sévère atteinte exécutive interférant de manière significative dans les activités de leur vie quotidienne. Selon la plainte, l'orthophoniste évalue chacune de ces fonctions avec différents tests afin de cibler la rééducation.

3.1.3 Au niveau oro-myo-facial

Avec l'âge, la peau devient moins souple et moins élastique (Pelosse, 2011). Les différents muscles oro-faciaux, lèvres, joues, langue, etc., perdent en tonicité pouvant ainsi entraîner des difficultés alimentaires au niveau de l'assimilation du bol ou de la mastication mais aussi des difficultés de phonation et d'articulation. En bilan, l'orthophoniste évalue la motricité de ces muscles aux différents étages de la face intérieure et extérieure du résident. En rééducation, afin de tonifier sa sphère oro-bucco-faciale, il peut effectuer des praxies ou

mouvements coordonnés, des massages, du tapping ou tapotement sur ces mêmes muscles.

Le vieillissement mécanique, faiblesse musculaire, et neurologique, commande motrice plus lente, altèrent les fonctions de déglutition (Schweize, 2010). Problème de santé publique, la dysphagie consiste en « une difficulté à avaler ou à transférer de la nourriture de la bouche vers l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage » (Larousse, 2019). En effet, les fausses routes ou « inhalation de liquides ou de particules alimentaires dans les voies aériennes » (Larousse, 2019), peuvent entraîner des pneumopathies d'inhalation, affections du poumon, ainsi qu'une dénutrition et une déshydratation (Tannou, 2013). Ainsi, à long terme, elles provoquent le décès du patient. L'orthophoniste évalue le mécanisme de déglutition par des essais alimentaires. Il observe les différentes phases, l'intégrité des structures mises en jeu puis propose des adaptations au patient afin de diminuer ses fausses routes : modifications de textures des aliments, de postures du résident, d'outils utilisés lors des repas, etc.

3.1.4 Exemple de prise en soin : la Maladie d'Alzheimer

La prise en soin doit être rationnelle. Il faut exploiter ce qui est préservé, maintenir ce qui fonctionne et compenser ce qui est perdu. Un partenariat avec l'entourage est essentiel. L'orthophoniste explique et modélise les comportements à adopter face aux difficultés du patient. Aux stades léger à modéré, il met en place des moyens de communication alternatifs que le résident peut utiliser tels que des agendas, des panneaux, des mémos, des carnets de mémoire, des classeurs de communication, etc., et aide à renforcer les bons comportements du patient. A un stade plus évolué, il peut appliquer plusieurs méthodes dont la thérapie écosystémique (Rousseau, 2011) qui vise à renforcer les actes de communication du patient et à modifier les comportements de communication de l'entourage. L'orthophoniste stimule également les fonctions cognitives du patient que sont la mémoire verbale, la mémoire de travail, les fonctions exécutives, etc. en mettant le patient en situation afin de lui faire vivre des scènes quotidiennes et familiales (Tuzi, 2011).

3.2 Relation avec les autres soignants

En EHPAD, l'orthophoniste fait partie de l'équipe soignante. La communication et l'échange d'informations entre les différents membres sont essentiels pour le résident. Cependant, selon les études de Tuzi (2011) et Meriau (2012), les médecins et les soignants méconnaîtraient le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées. Or, la prise en soin d'un patient est un véritable partenariat et échange pluridisciplinaire entre tous les professionnels de l'EHPAD. Chacun d'entre eux a un rôle à jouer afin de maintenir sa sécurité et son confort. Concernant la déglutition par exemple, de nombreuses adaptations sont nécessaires. Les aides-soignants, sur conseil de l'orthophoniste, épaississent certains liquides ou veillent à respecter une certaine posture lors de la prise du repas du résident, les cuisiniers préparent des plats dont les textures sont adaptées à ses difficultés alimentaires, les ergothérapeutes préconisent des outils adaptés tels que des couverts, des tapis antidérapants, etc. L'orthophoniste peut également conseiller le personnel de la structure, s'il le souhaite, sur la façon la plus adaptée de communiquer avec le patient selon ses difficultés. Inversement, les différents membres de l'équipe qui le côtoient au quotidien, renseignent l'orthophoniste sur son vécu et ses difficultés.

Buts et Hypothèses

Aujourd'hui, les orthophonistes seraient rares à intervenir au sein des EHPAD malgré un besoin réel. Nous nous interrogeons sur les facteurs pouvant expliquer cela. Plusieurs hypothèses seront confirmées ou infirmées par la passation des questionnaires aux différents professionnels des EHPAD. Ils permettront de mettre en avant d'autres explications et de faire un état des lieux de leurs connaissances sur le métier d'orthophoniste en EHPAD.

Les buts de cette étude :

- But 1 : établir toutes les raisons possibles au manque d'orthophonistes en EHPAD.
- But 2 : faire un état des lieux des connaissances des professionnels des EHPAD sur l'orthophonie auprès des personnes âgées.
- But 3 : comparer les connaissances des professionnels selon la présence ou l'absence d'un orthophoniste au sein de l'équipe.
- But 4 : comparer les connaissances des professionnels selon le type d'EHPAD.
- But 5 : participer à la reconnaissance du métier d'orthophoniste en EHPAD auprès des professionnels et sensibiliser au recrutement d'orthophonistes dans ces structures.

Les hypothèses que nous pouvons émettre :

- Hypothèse 1 : l'EHPAD manque de ressources financières pour recruter un orthophoniste.
- Hypothèse 2 : la direction et les différents professionnels de l'EHPAD méconnaîtraient ou sous-estimeraient le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées.
- Hypothèse 3 : le manque d'échanges entre les différents professionnels rend difficile la mise en œuvre de toutes les adaptations proposées.
- Hypothèse 4 : les professionnels d'un EHPAD avec intervention orthophonique sont davantage sensibilisés à l'orthophonie que les professionnels d'un EHPAD sans intervention orthophonique.

Méthodologie

1. Sélection statistique

Grâce à la base de données FINESS qui donne accès à une sélection d'informations sur tous les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de France, nous avons pu répertorier les noms, les statuts et les coordonnées téléphoniques de tous les EHPAD de France par région.

Nous semblant impossible d'envoyer nos questionnaires à 7 562 EHPAD, nous avons décidé d'effectuer une sélection statistique pour en obtenir un nombre représentatif par région selon chaque statut. Sur conseils d'un statisticien, nous avons choisi la méthode d'échantillonnage par strates. Elle consiste à diviser la population en différentes strates selon certaines caractéristiques, ici région et statut, pour former un échantillon plus petit qui devra contenir la même proportion d'individus de chacune des strates que la population. L'avantage est que l'échantillon obtenu représente bien chacune des caractéristiques de la population. Cependant, un des inconvénients de cette méthode est qu'il est difficile de joindre des individus faisant partie d'une strate peu nombreuse. Or en France, il existe des régions avec peu d'EHPAD notamment les régions d'Outre-mer et la Corse. C'est pourquoi, nous avons décidé d'effectuer un regroupement hors métropole comprenant la Guyane, la Réunion, la Martinique, la Guadeloupe et la Corse. Nous sommes conscients que cela peut engendrer des biais quant à l'analyse des données car il n'est pas forcément effectué sur la base de caractéristiques communes régionales hormis celles de ne pas se trouver en métropole et de n'avoir que peu d'EHPAD sur leur territoire.

Pour obtenir un échantillon représentatif d'EHPAD *pour chaque région*, nous divisons le nombre total d'établissements de chaque région par le nombre total d'établissements en France. Puis, nous multiplions le chiffre obtenu par 400 car c'est l'échantillon total que nous souhaitons obtenir. De cette façon, nous obtenons un nombre représentatif d'EHPAD par région pour un échantillon de 400 établissements. Par exemple, pour la région AUVERGNE, nous divisons le nombre de structures présentes en AUVERGNE soit 947 par le nombre total de structures en France soit 7 562. Nous obtenons 0,12 que nous multiplions par 400 qui donne 50. Cela correspond au nombre représentatif d'EHPAD pour la région AUVERGNE pour un échantillon

de 400 EHPAD.

Puis, nous effectuons une sélection statistique pour obtenir un nombre représentatif d'EHPAD *pour chaque statut* cette fois ci, selon chaque région. Nous divisons le nombre d'EHPAD pour un statut par le nombre de structures totales dans la région . Nous multiplions ensuite par le nombre représentatif d'établissements pour chaque région pour un échantillon de 400 EHPAD. Pour exemple, prenons la région AUVERGNE et le statut privé à but lucratif. Nous divisons le nombre d'établissements privés à but lucratif soit 155 par le nombre d'établissements dans la région soit 947. Nous obtenons ainsi 0,16 que nous multiplions par 50, le nombre représentatif d'EHPAD dans la région AUVERGNE pour un échantillon de 400 établissements. Nous obtenons finalement 8 qui correspond au nombre représentatif d'EHPAD privés à but lucratif pour la région AUVERGNE.

Chaque EHPAD a ensuite été sélectionné de manière aléatoire dans les listes d'établissements par région. Au total, nous avons ainsi sélectionné 400 établissements pour notre étude dont 97 privés à but lucratif, 125 privés à but non lucratif, 115 publics et 63 publics hospitaliers (tableau 3).

Tableau 3. Répartition des EHPAD par région et type d'EHPAD incluant le nombre d'EHPAD sélectionnés pour l'étude (entre parenthèses)

| REGIONS | Nombre total d'établissements | EHPAD Privé à but lucratif | EHPAD Privé à but non lucratif | EHPAD Public | EHPAD Public hospitalier |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------|
| AUVERGNE | 947 (50) | 155 (8) | 321 (17) | 316 (17) | 155 (8) |
| BOURGOGNE | 426 (23) | 76 (4) | 138 (7) | 107 (6) | 105 (6) |
| BRETAGNE | 568 (30) | 21 (1) | 182 (10) | 281 (15) | 84 (4) |
| CENTRE VAL DE LOIRE | 313 (17) | 70 (4) | 65 (4) | 99 (5) | 79 (4) |
| GRAND EST | 615 (32) | 74 (4) | 265 (14) | 147 (7) | 129 (7) |
| HAUTS DE FRANCE | 586 (31) | 126 (7) | 179 (9) | 157 (8) | 124 (7) |
| ILE DE FRANCE | 705 (37) | 347 (18) | 223 (12) | 90 (5) | 45 (2) |
| NORMANDIE | 383 (20) | 105 (5) | 96 (5) | 105 (6) | 77 (4) |
| NOUVELLE AQUITAINE | 928 (49) | 275 (15) | 230 (12) | 297 (15) | 126 (7) |
| OCCITANIE | 821 (43) | 167 (9) | 279 (15) | 256 (13) | 119 (6) |
| PACA | 597 (31) | 318 (17) | 118 (6) | 100 (5) | 61(3) |
| PAYS DE LA LOIRE | 580 (31) | 51 (3) | 224 (12) | 222 (12) | 83 (4) |
| HORS METROPOLE | 93 (6) | 26 (2) | 38 (2) | 6 (1) | 23(1) |
| <i>total</i> | <i>7562 (400)</i> | <i>1811 (97)</i> | <i>2358 (125)</i> | <i>2183 (115)</i> | <i>1210 (63)</i> |

Nous avons ensuite répertorié toutes les adresses mails de ces structures grâce au site de la CNSA. Dans l'onglet « pour les personnes âgées », il est possible de consulter l'annuaire contenant les mails des EHPAD de France.

Les notions de ruralité, d'urbanité et le mode de tarification des EHPAD n'ont pas été pris en compte dans notre sélection statistique. Conscients que ce sont des données importantes pour notre étude car pouvant influencer sur les résultats, nous avons tout de même pris le temps de les inclure a posteriori. Ainsi, pour connaître la localisation urbaine ou rurale des structures interrogées, nous avons établi le nombre d'habitants pour chaque ville ou village grâce au site de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Pour rappel, une ville

de moins de 2 000 habitants est considérée comme rurale. En entrant le numéro FINESS de chaque établissement sur la base de données FINESS, nous avons pu avoir accès au mode de tarification de toutes les structures.

2. Questionnaire d'investigation

2.1 Réflexions à l'origine du questionnaire

Ce questionnaire est né d'une réflexion obtenue au cours de différents stages effectués en EHPAD durant nos cinq années d'études. Dans la plupart des structures, nous avons pu observer que le rôle de l'orthophoniste pouvait être méconnu par les autres professionnels de l'équipe. Il ne savaient pas toujours pour quelles raisons il pouvait intervenir auprès des résidents. Cela engendrait alors des incompréhensions, un manque de coopération entre eux et des découragements de la part de l'orthophoniste. Après en avoir discuté de façon informelle avec les orthophonistes rencontrés dans les établissements ainsi que certains professionnels tels que les infirmiers, il nous a semblé pertinent de questionner les professionnels des différents EHPAD de France. Par cette étude, nous voulons apprécier leurs connaissances sur l'orthophonie en EHPAD et leur relation avec l'orthophoniste de leur équipe.

2.2 Elaboration du questionnaire

Nous avons créé deux questionnaires. Le premier, contenant vingt-cinq questions, était à destination de tous les professionnels des EHPAD (cf. Annexe 3) et le second, contenant dix-neuf questions, à destination des orthophonistes travaillant en EHPAD (cf. Annexe 4). Ils prenaient environ dix minutes à être remplis et devaient permettre de répondre à nos différentes problématiques.

Le questionnaire des professionnels hors orthophonistes contenait des questions :

- **Administratives** : nom et type de l'EHPAD, profession, année de diplôme, présence ou non d'un orthophoniste dans l'établissement afin de comparer les réponses selon la localisation et le type de la structure, le type et l'ancienneté de la profession et la présence ou non d'un orthophoniste dans l'établissement. Les secrétaires avaient davantage de questions : statut de l'orthophoniste actuel, son nombre d'ETP, intervention éventuelle d'un précédent orthophoniste et les raisons pour lesquelles il n'est plus là, nombre d'intervenants par type de profession au sein de l'équipe et fonctionnement des repas. Un autre corps de métier n'aurait pas forcément pu répondre à ce type de question.

- **Sur la connaissance du rôle de l'orthophoniste en EHPAD** : sentiment de connaître le rôle de l'orthophoniste, domaines d'intervention, professionnels avec qui il peut collaborer, afin d'apprécier les connaissances des professionnels.

- **Sur le souhait de se former dans un domaine lié à l'orthophonie** afin de voir si les professionnels désirent approfondir leurs connaissances sur l'orthophonie et pour quelles raisons.

- **Sur la relation avec l'orthophoniste de l'EHPAD** : fréquence et moyens des échanges, collaboration ou non, fréquence des propositions mises en place, raisons au manque d'implication éventuel des professionnels, etc., afin d'analyser les relations entre l'orthophoniste et les autres professionnels et éventuellement mettre en avant des explications quant au faible nombre d'interventions orthophoniques en EHPAD.

- **Sur les facteurs pouvant expliquer le manque d'orthophonistes en EHPAD.**

- **Sur le souhait de la présence d'un orthophoniste s'il n'y en a pas dans l'équipe** afin de voir si les professionnels reconnaissent l'intérêt de bénéficier d'une intervention orthophonique au sein de leur établissement.

Le questionnaire des orthophonistes contenait des questions :

- **Administratives** : nom et type d'EHPAD, statut, nombre d'ETP, année de diplôme afin de comparer les réponses selon la localisation et le type de la structure, le statut et l'ancienneté de l'orthophoniste.
- **Sur leurs interventions** : types de bilan effectués, fréquences de sollicitation à l'entrée du résident afin de voir si l'orthophoniste de l'établissement est régulièrement appelé.
- **Sur les relations avec les autres professionnels de l'EHPAD** : fréquence et moyens des échanges, collaboration ou non, fréquence des propositions mises en place, raisons au manque d'implication éventuel des professionnels, etc., permettant d'analyser les relations entre l'orthophoniste et les autres professionnels et éventuellement mettre en avant des explications quant au faible nombre d'interventions orthophoniques en EHPAD.
- **Sur les facteurs pouvant expliquer le manque d'orthophonistes en EHPAD.**
- **Sur les formations complémentaires éventuellement effectuées et les formations données à leurs collègues au sein de l'EHPAD** permettant de voir si les professionnels bénéficient d'occasions pour en apprendre davantage sur le métier d'orthophoniste en EHPAD.

Les deux questionnaires ont fait l'objet d'une analyse par le comité de protection des données garantissant l'anonymisation des participants. La mise en ligne a ensuite été effectuée sur le site *lime-survey*, site des enquêtes de l'université de Lille, permettant une sécurité et une protection des données.

2.3 Diffusion du questionnaire

Après avoir comparé les avantages et inconvénients de deux méthodes de diffusion, version numérique et version papier, nous avons choisi de mettre notre questionnaire en ligne. Cela permettant, d'une façon plus écologique, davantage de rapidité dans la diffusion des questionnaires et dans la récolte des réponses. Aujourd'hui, nous estimons que la plupart des structures de santé sont équipées d'un système de communication par mail. Les mails envoyés aux EHPAD sélectionnés contenaient les deux liens vers les questionnaires ainsi qu'une lettre d'information sur l'étude (cf. Annexe 2). La personne recevant le mail pouvait le transférer aux autres professionnels de son équipe. Chaque membre du personnel a été invité à remplir le questionnaire, tous les points de vue sur le métier d'orthophoniste en EHPAD pouvant apporter des réponses à notre problématique étaient les bienvenues. Plusieurs adresses mails ayant été rejetées, nous avons décidé de contacter les établissements par téléphone pour transmettre les liens vers les questionnaires. Nous avons également relancé plusieurs fois par mail les établissements dont nous n'avions pas reçu de réponses ou peu de réponses.

3. Récolte des réponses

Les réponses aux questionnaires sont récoltées par l'intermédiaire du site *lime-survey* offrant la possibilité de télécharger de manière individuelle et au format *portable document format* (PDF) toutes les réponses obtenues permettant une analyse détaillée pour chaque question.

4. Analyse des résultats

Certains résultats ont nécessité un traitement statistique. Nous avons ainsi effectué le test du Khi-deux ou, si les données étaient inférieures à cinq, le test exact de Fisher, à l'aide de l'outil *biostaTGV* et d'un tableur *excel*. Lorsque nous obtenons un khi-deux calculé ou observé inférieur au khi-deux seuil pour $\alpha = 5\%$ ou une p-value (p) $> .05$, nos hypothèses de départ H_0 dites « nulles » sont acceptées. Les variables sont indépendantes entre elles et n'influent pas l'une sur l'autre. Un exemple de calcul est disponible en annexes (cf. Annexe A1.14). Un recodage a été effectué pour traiter les résultats des deux questions ouvertes « pourquoi ». Nous

avons sélectionné des mots-clés nous semblant pertinents dans les réponses observées. Leur fréquence d'apparition a permis de constituer une nouvelle batterie d'items.

Résultats

Dans cette partie, nous présenterons les résultats obtenus aux deux questionnaires.

1. Participants aux questionnaires

Au total, 178 EHPAD sur les 400 sélectionnés (tableau 4) ont participé à notre étude, soit un taux de réponses de 44,5 % (IC95 % [41,9 % ; 47,1 %]), dont une majorité de structures publiques (figure 1).

Tableau 4. Répartition des EHPAD selon leur type

| TYPE D'EHPAD | Effectif |
|------------------------------|----------|
| Hospitalier | 23/63 |
| Privé à but lucratif PL | 24/97 |
| Privé à but non lucratif PNL | 64/125 |
| Public | 67/115 |
| TOTAL | 178/400 |

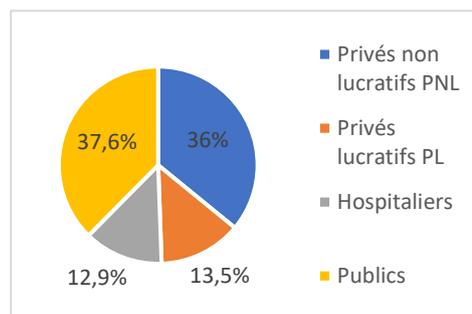


Figure 1. Répartition des EHPAD selon leur type.

La majorité des EHPAD interrogés est à dotation partielle (figure 2) et se situe en zone urbaine (figure 3). Les orthophonistes de notre étude interviennent également davantage dans cette zone (figure 4).

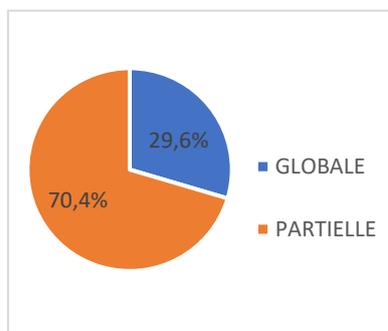


Figure 2. Tarification des EHPAD ayant répondu à l'étude.

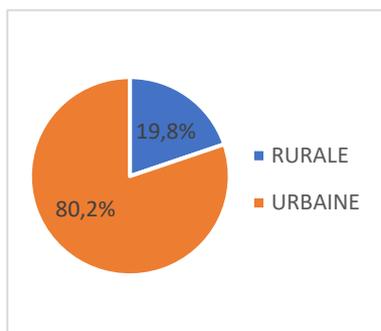


Figure 3. Répartition des EHPAD selon la zone géographique.

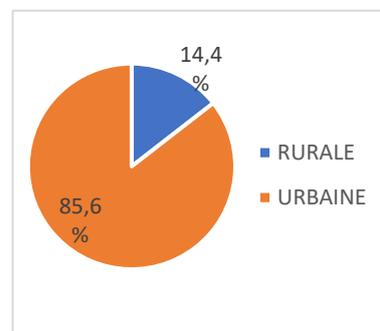


Figure 4. Répartition des orthophonistes selon la zone géographique.

Nous avons reçu 265 réponses de professionnels dont 34 orthophonistes (cf. Annexe A1.1). La répartition du personnel est variée (figure 5). Les cadres de santé (25,3 %), les directeurs (15,5 %) et les infirmiers (14,3%) ont été les plus nombreux à avoir répondu. L'année moyenne de diplôme des répondants est 2005. D'après les réponses reçues, 82 EHPAD bénéficieraient de l'intervention d'un orthophoniste, soit 46%, dont une majorité en établissements publics (figure 6).

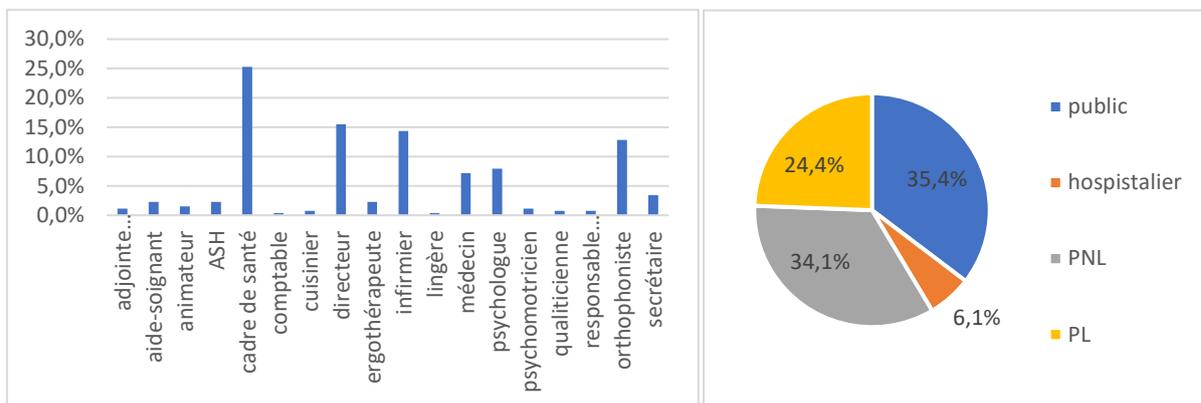


Figure 5. Professionnels ayant participé à l'étude. (Note : *ASH : agent de service hospitalier*) Figure 6. Pourcentage d'orthophoniste par type d'EHPAD.

Concernant les orthophonistes, la majorité des répondants exercent à titre libéral (79%). En moyenne, les salariés travaillent à mi-temps et les libéraux interviennent environ dix heures. Leur année moyenne de diplôme est 2010. Pour 58% d'entre eux, ils sont rarement sollicités à l'entrée du résident. Lorsque c'est le cas, c'est généralement pour des bilans de langage et de déglutition (69%). Ayant reçu peu de réponses d'orthophonistes, nous avons décidé de regrouper leurs réponses et ne pas comparer selon le type d'EHPAD car cela n'aurait pas été représentatif.

2. Connaissance du rôle de l'orthophoniste

Nous avons interrogé les membres du personnel des EHPAD sur leur connaissance du rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées. La plupart d'entre eux pensent le connaître car ils sont 76,2% à avoir choisi un degré exprimant un accord (figure 7). Ils sont une majorité à être « d'accord » en EHPAD hospitaliers, PL et PNL et chez ceux ayant l'intervention d'un orthophoniste au sein de leur établissement (figure 8).

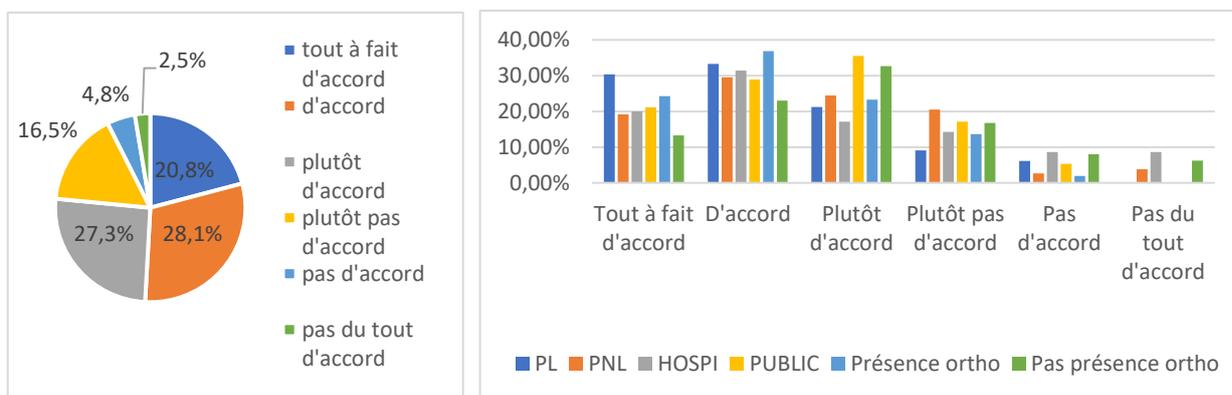


Figure 7. Sentiment de connaître le rôle de l'orthophoniste, toutes professions confondues.

Figure 8. Sentiment de connaître le rôle de l'orthophoniste selon le type d'EHPAD et selon la présence ou l'absence d'orthophoniste dans l'EHPAD.

Les principaux domaines liés à l'intervention orthophonique en EHPAD sont connus par les professionnels (cf. Annexe A1.2 et figure 9). Cependant, nous souhaitons savoir si ceux ayant le sentiment de mieux connaître le rôle de l'orthophoniste en EHPAD ont désigné davantage de domaines liés à l'orthophonie. Pour cela, nous avons regroupé les degrés exprimant un accord : « tout à fait d'accord », « d'accord » et « plutôt d'accord » et ceux exprimant un désaccord : « plutôt pas d'accord », « pas d'accord » et « pas du tout d'accord » de la question 12. Puis, nous avons regroupé ensemble les domaines « orthophoniques » et ceux

« non orthophoniques » de la question 13. En pratiquant le test du khi-deux, nous obtenons $p < .05$ (cf. Annexe A1.12). Ce résultat montre que la majorité des répondants ayant choisi des degrés exprimant un accord sur le sentiment de bien connaître le rôle de l'orthophoniste en EHPAD désignent davantage de domaines liés à l'orthophonie.

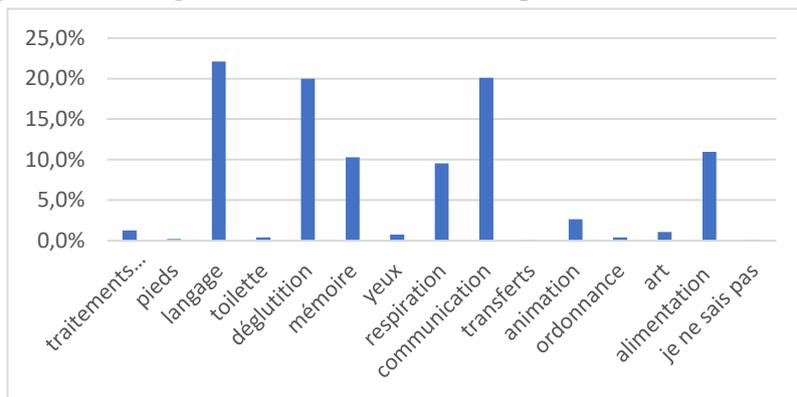


Figure 9. Domaines d'intervention de l'orthophoniste en EHPAD selon les professionnels interrogés.

Concernant les domaines liés à l'orthophonie, nous ne relevons pas de changement notable selon le type d'EHPAD (cf. Annexe A1.2) avec $p = .24$ (cf. Annexe A1.12), mais quelques changements selon la présence ou l'absence d'orthophoniste au sein de la structure (figures 10 et 11). A titre qualitatif, nous remarquons que les professionnels des EHPAD sans intervention orthophonique désignent davantage de domaines hors de leur champ de compétences tels que les traitements médicamenteux, les yeux, les pieds ou l'art. Cependant, lorsque nous pratiquons le test du khi-deux (cf. Annexe A1.12), en regroupant ensemble les domaines « orthophoniques » et ceux « non orthophoniques » selon la présence ou non d'un orthophoniste dans la structure, nous remarquons que les résultats ne sont pas significatifs ($p = .42$). Ainsi, la présence d'un orthophoniste dans l'EHPAD n'influe significativement pas sur les connaissances des professionnels.

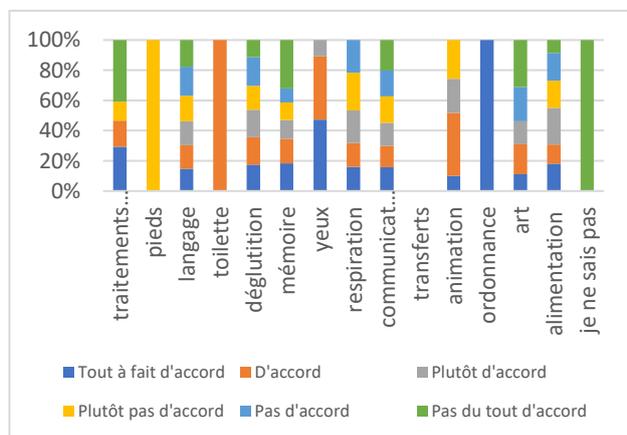


Figure 10. Domaines d'intervention sans présence d'orthophoniste au sein de l'EHPAD.

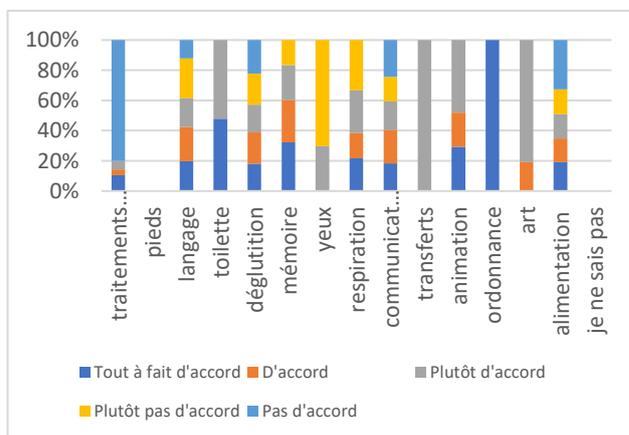


Figure 11. Domaines d'intervention avec présence d'orthophoniste au sein de l'EHPAD.

Nous souhaitons savoir si les professionnels pensant mieux connaître le rôle de l'orthophoniste en EHPAD et ayant la présence d'un orthophoniste au sein de leur équipe (cf. Annexes A1.4 et A1.5), ont désigné davantage de domaines liés à l'orthophonie. Nous avons procédé de la même manière que précédemment en regroupant les degrés de Likert exprimant un accord et ceux exprimant un désaccord (question 12) ainsi que les domaines « orthophoniques » et « non orthophoniques » (question 13). Lorsque nous pratiquons le test du khi-deux (cf. Annexe A1.12), nous obtenons $p = .045$. Ainsi, les professionnels pensant mieux

connaître le rôle de l'orthophoniste et comptant sa présence dans leur équipe, désignent davantage de domaines liés à l'orthophonie que ceux pensant bien le connaître mais n'ayant pas d'orthophoniste dans leur établissement. En revanche, en obtenant $p = .50$ au test exact de Fisher, les différences ne sont pas significatives concernant les professionnels exprimant un désaccord (cf. Annexe A1.13) indiquant que pour eux, la présence d'un orthophoniste n'influe pas significativement sur leurs connaissances.

Selon les professionnels, l'orthophoniste collabore avec tout le personnel en EHPAD qu'il soit administratif, médical, paramédical, etc. (figure 12). Avec respectivement $p = .99$ et $p = .30$ (cf. Annexe A1.12), nous ne relevons pas de différence selon le type d'EHPAD (cf. Annexe A1.3) ou selon la présence d'un orthophoniste dans la structure (cf. Annexes A1.4 et A1.5).

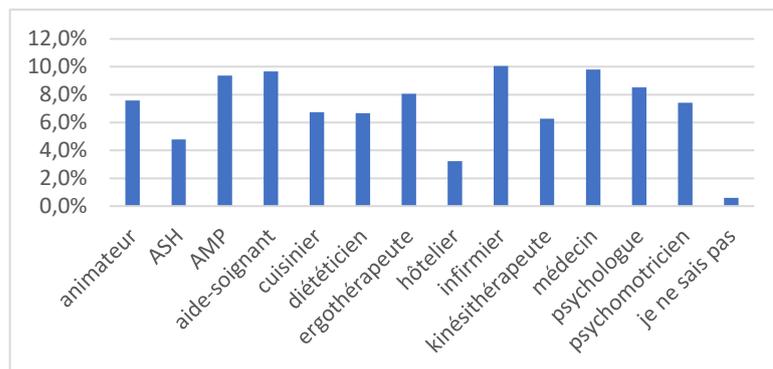


Figure 12. Professionnels avec qui l'orthophoniste peut collaborer, tout personnel confondu.

Nous avons également interrogé les membres du personnel sur le besoin de formation dans un domaine lié à l'orthophonie. Indépendamment du type de structure, la plupart d'entre eux le ressentent (figure 13), mais majoritairement ceux en EHPAD PL et publics (figure 14).

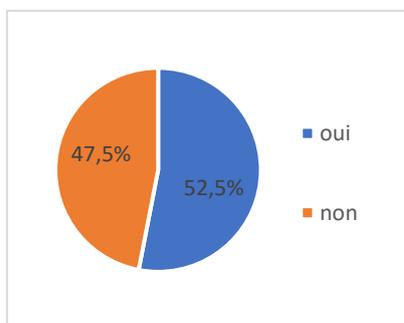


Figure 13. Besoin de formation dans un domaine orthophonique selon les professionnels interrogés.

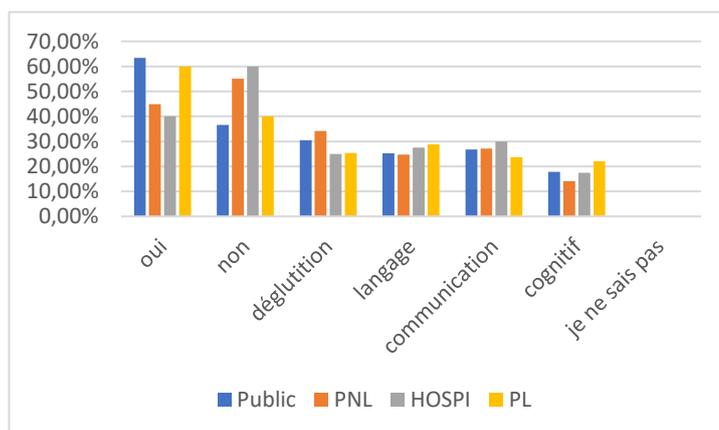


Figure 14. Besoin et domaines de formation dans un domaine orthophonique selon le type d'EHPAD.

Les ergothérapeutes, les infirmiers et les médecins souhaiteraient davantage se former que les directeurs, adjoints de direction, les animateurs et les secrétaires (figure 15). Tout type de professions confondues, les employés aimeraient le faire dans les quatre domaines proposés avec une préférence pour celui de la déglutition (figure 16).

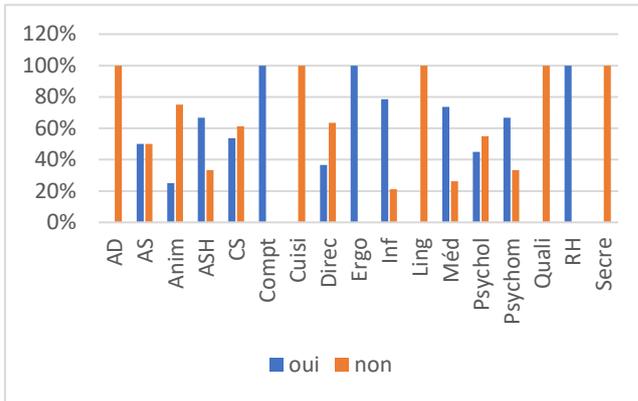


Figure 15. Besoin de formation dans un domaine orthophonique selon la profession.

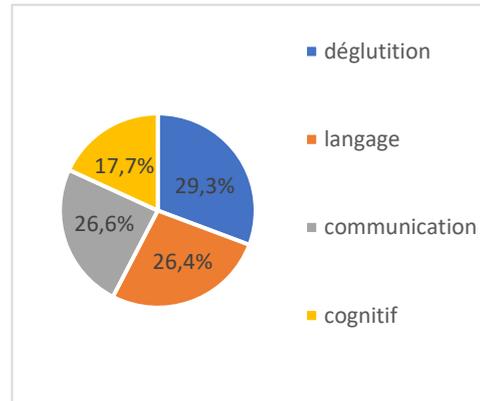


Figure 16. Domaines dans lesquels les professionnels ont besoin de se former.

(Note : AD : adjointe de direction, AS : aide-soignant, anim : animateur, ASH : agent de service hospitalier, CS : cadre de santé, Compt : comptable, Cuisi : cuisinier, direc : directeur, ergo : ergothérapeute, inf : infirmier, ling : lingère, med : médecin, psychol : psychologue, psychom : psychomotricien, quali : qualitatif, RH : responsable hébergement, secre : secrétaire)

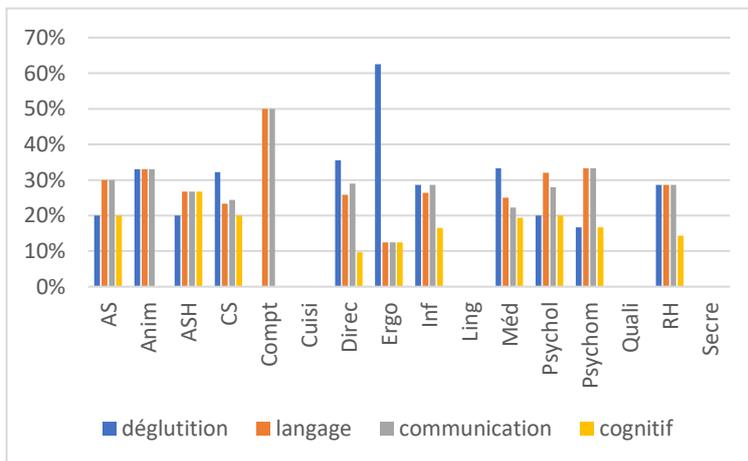


Figure 17. Domaines orthophoniques dans lesquels les professionnels ont besoin de se former, selon leur profession.

Cependant, les ergothérapeutes, les cadres de santé et les médecins aimeraient davantage se former en déglutition. Quant aux aides-soignants, psychologues et psychomotriciens, ils seraient plus intéressés par le domaine du langage (figure 17).

Par ces formations, ils expliquent vouloir une meilleure prise en soin et un meilleur accompagnement des résidents. Cela permettrait également de mieux comprendre le rôle de l'orthophoniste dans les structures pour personnes âgées et de mieux guider le personnel soignant. Les professionnels ne souhaitant pas se former l'expliquent par le manque de temps ou le fait que ces domaines n'appartiennent pas à leur champ de compétences (cf. Annexe A1.6).

Par ailleurs, 50% des orthophonistes interrogés dans notre étude ont mené des actions de prévention ou de formation auprès de leurs collègues en EHPAD principalement dans le domaine de la déglutition (72,7%). Ils sont 34,3% à avoir effectué des formations complémentaires notamment en déglutition (42,3%).

3. Collaboration entre l'orthophoniste et les différents professionnels des EHPAD

La plupart des professionnels, quel que soit le type d'EHPAD, collabore avec l'orthophoniste qui y intervient (figure 18 et 19). Nous remarquons que beaucoup des structures interrogées ne bénéficient pas d'intervention orthophonique (figure 18).

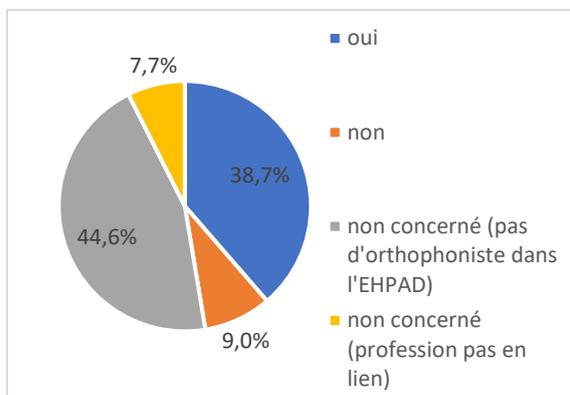


Figure 18. Collaboration avec l'orthophoniste de l'EHPAD selon les professionnels.

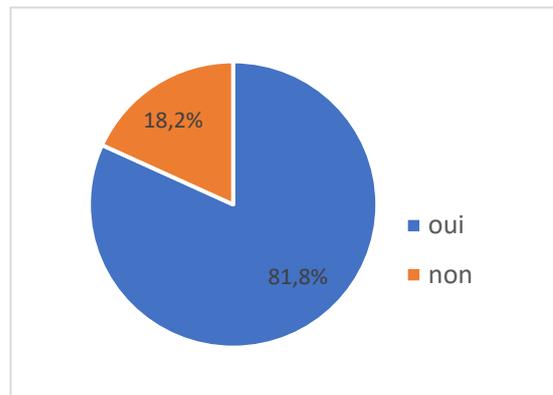


Figure 19. Collaboration avec les autres professionnels selon les orthophonistes.

Les animateurs, les aides-soignants ainsi que les professionnels des EHPAD hospitaliers sont davantage à ne pas coopérer avec l'orthophoniste (figures 20 et 21). Quant aux ASH et aux secrétaires, ils n'estiment pas être en lien avec lui (figure 20).

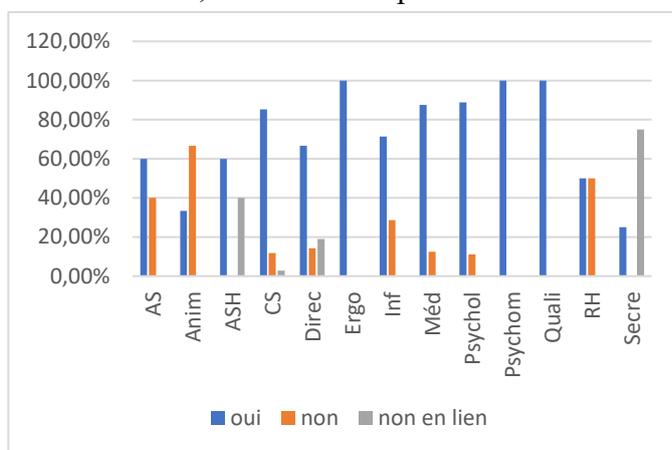


Figure 20. Collaboration avec l'orthophoniste, selon la profession.

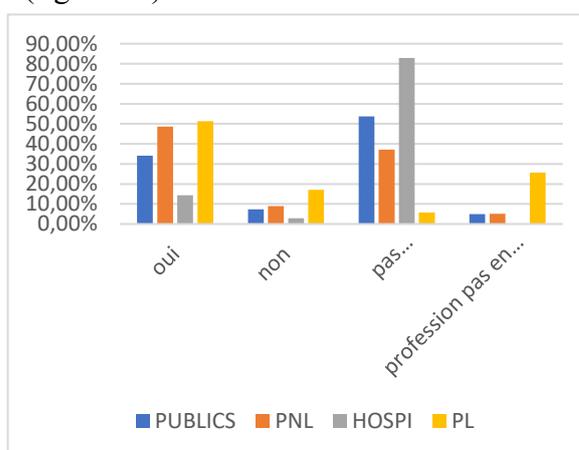


Figure 21. Collaboration avec l'orthophoniste, selon le type d'EHPAD.

Les professionnels agissent avec l'orthophoniste dans plusieurs domaines, majoritairement pour des aménagements alimentaires (tableau 5).

Tableau 5. Domaines de collaboration selon la profession.

| | Professionnels | Orthophonistes |
|---------------------------|----------------|----------------|
| Aménagements de posture | 13,3% | 22,1% |
| Aménagements alimentaires | 30,0% | 27,9% |
| Outils d'adaptation | 18,7% | 16,3% |
| Outils de communication | 29,6% | 20,9% |
| Atelier de groupe | 8,4% | 12,8% |
| Autres | 0% | 0% |

Cela varie selon le type d'EHPAD (figure 22). Les établissements hospitaliers étant davantage à effectuer des aménagements alimentaires et les structures publiques à travailler sur des outils de communication.

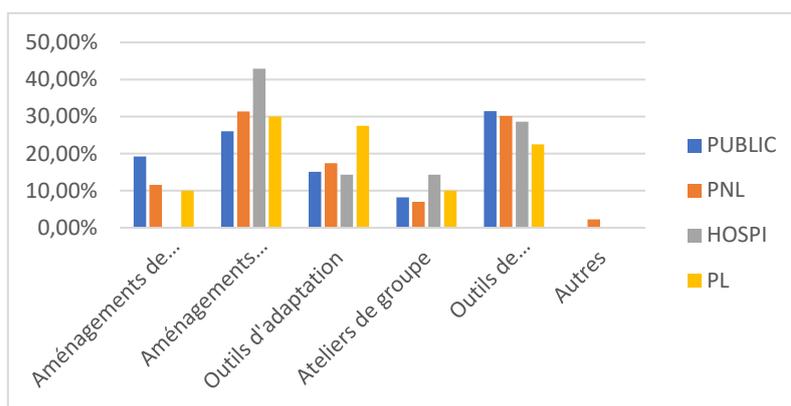


Figure 22. Domaines de collaboration selon le type d'EHPAD.

Lorsqu'ils coopèrent, les propositions ne sont pas toujours mises en place (figure 23 et 24).

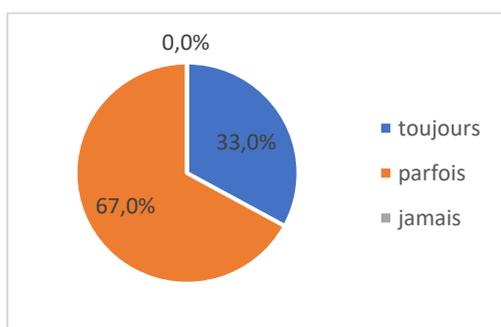


Figure 23. Propositions réalisables selon les professionnels.

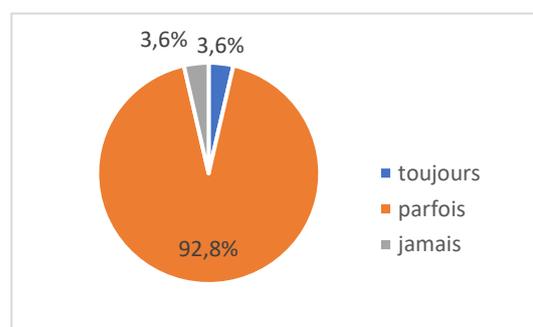


Figure 24. Propositions réalisables selon les orthophonistes.

En revanche, bien que nous ne relevons pas de différence significative au test exact de Fisher ($p = .13$) (cf. Annexe A1.13), indiquant que le type d'EHPAD n'influe pas sur la réalisation des propositions, certains professionnels des établissements publics, PNL et PL collaborent « toujours » (figure 25). Parmi eux, figurent des aides-soignants ou des directeurs (figure 26). Lorsque l'on pratique le test du khi-deux (cf. Annexe A1.12), en regroupant ensemble les professions « médicales » et les professions « non médicales », nous obtenons $p = .42$ indiquant une différence non significative entre les différents corps de métier concernant la fréquence de réalisation des propositions.

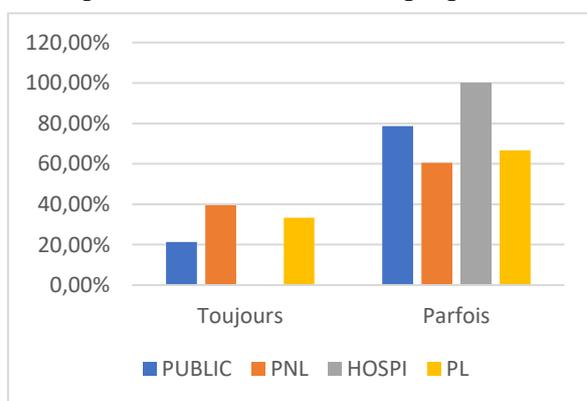


Figure 25. Propositions réalisables selon le type d'EHPAD.

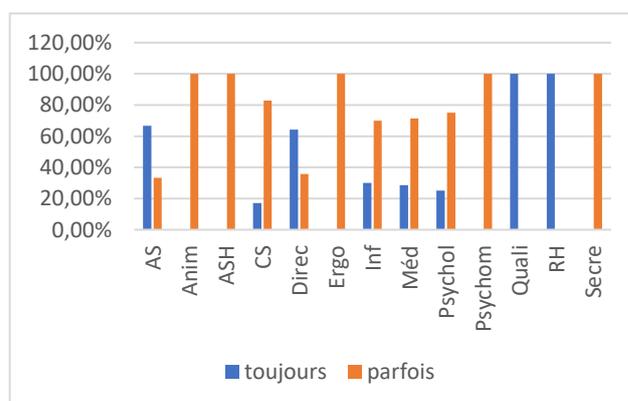


Figure 26. Propositions réalisables selon la profession.

Les raisons évoquées au manque d'implication éventuel sont plutôt variées. Elles ne diffèrent pas selon le type d'établissement (cf. Annexe A1.7) mais selon les professionnels (tableau 6). Pour eux, il s'agirait davantage d'un manque de moyens humains et pour les orthophonistes, de temps.

Tableau 6. Raisons au manque d'implication éventuel selon les professionnels et les orthophonistes.

| | Professionnels | Orthophonistes |
|----------------------------------------------|----------------|----------------|
| Manque de temps | 20,9% | 29,6% |
| Manque de moyen financier | 18,3% | 21,1% |
| Manque de moyen humain | 36,6% | 25,4% |
| Manque de communication interprofessionnelle | 18,3% | 23,9% |
| Je ne sais pas | 4,6% | 0% |
| Autres | 1,3% | 0% |

Au sein de chaque profession, les raisons varient également bien qu'ils soient une majorité à évoquer les déficits humains, financiers et un manque de temps (figure 27).

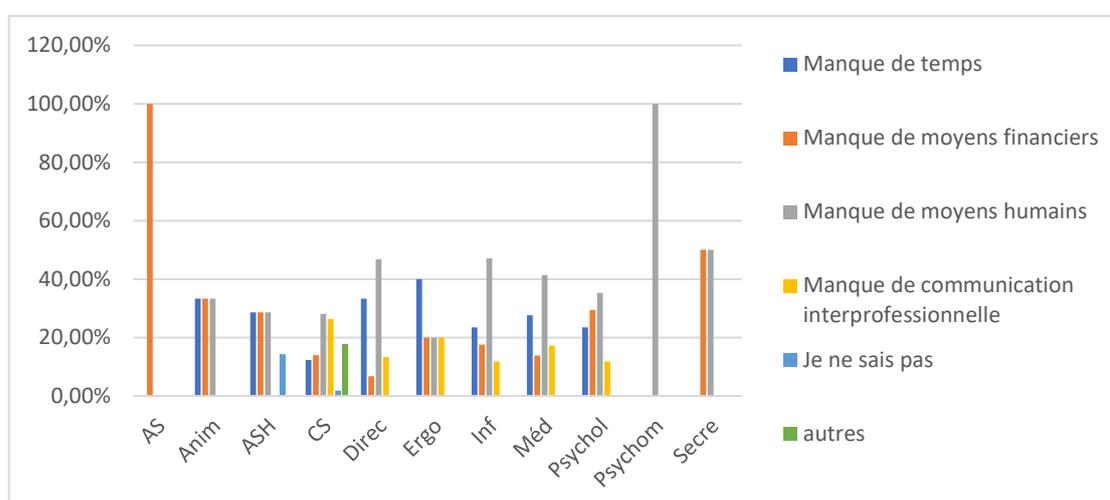


Figure 27. Raisons au manque d'implication éventuel selon la profession.

L'orthophoniste et les autres professionnels échangent pour la plupart d'entre eux (figure 28 et 29).

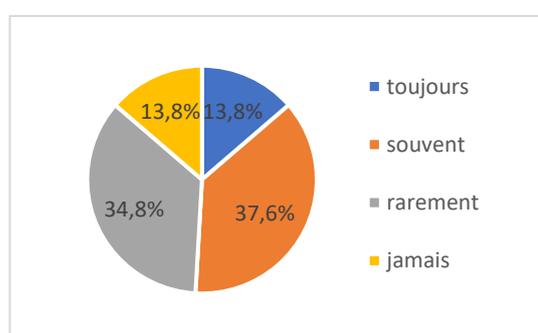


Figure 28. Echanges avec l'orthophoniste selon les professionnels.

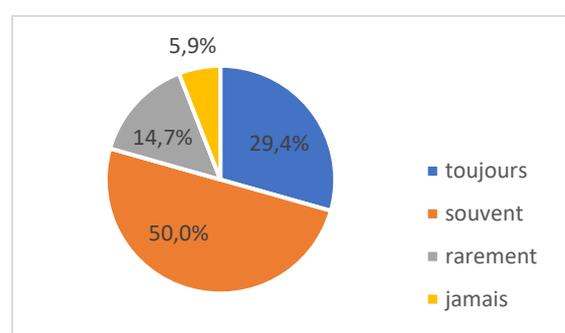


Figure 29. Echanges avec les autres professionnels selon l'orthophoniste.

Cependant, les fréquences varient selon les types de structure (figure 30) et de profession (figure 31). Ils ont lieu « souvent » dans les établissements PNL, PL, pour les aides-soignants, les cadres de santé, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, et les orthophonistes.

Ils sont plus rares pour EHPAD publics et hospitaliers, les animateurs, les ASH et les médecins.

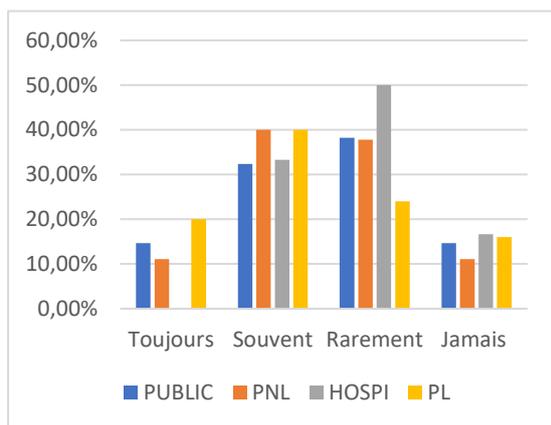


Figure 30. Echanges avec l'orthophoniste, selon le type d'EHPAD.

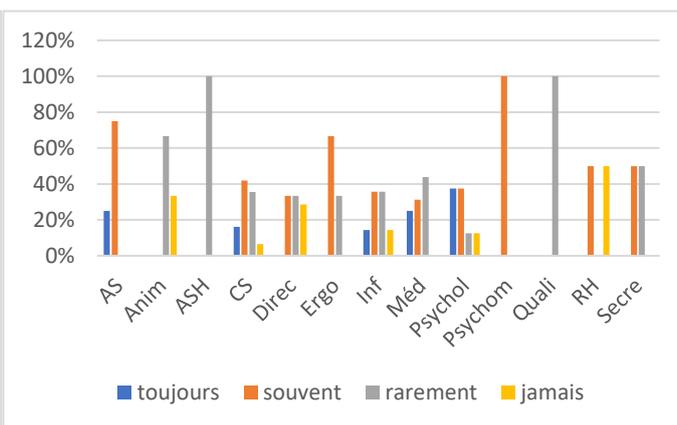


Figure 31. Echanges avec l'orthophoniste selon la profession.

Les échanges ont majoritairement lieu via un logiciel (tableau 7) et ne varient pas selon le type d'EHPAD (cf. Annexe A1.8). Les professionnels rapportent également communiquer le plus souvent de façon informelle, lors du passage de l'orthophoniste dans l'EHPAD.

Tableau 7. Moyens de transmission selon la profession.

| | Professionnels | Orthophoniste |
|----------------|----------------|---------------|
| Présentiel | 18,4% | 5,9% |
| Logiciel | 42,7% | 52,9% |
| Aucun moyen | 6,8% | 2,9% |
| Je ne sais pas | 4,9% | 14,7% |
| Autres | 27,2% | 23,6% |

4. Besoin d'orthophoniste en EHPAD

La majorité des établissements n'ayant pas d'intervention orthophonique dans leur équipe souhaite en bénéficier (figure 32) et ce, dans tous les domaines proposés avec une préférence concernant les outils de communication (figure 33), quel que soit le type de structure (figure 34). Les EHPAD PL, hospitaliers et publics déclarent avoir davantage besoin d'interventions orthophoniques que les PNL (figure 34). Les professionnels évoquent un grand besoin d'intervention orthophonique dans leur structure. Pour la plupart d'entre eux, cela permettrait d'accompagner au mieux les résidents, de maintenir leurs capacités résiduelles et d'apporter un plus au sein de l'équipe pluridisciplinaire tel que des réflexions, conseils aux soignants, etc. Ils mentionnent notamment les troubles de déglutition et de langage dans le cadre de maladies neurodégénératives ou d'accidents vasculaires cérébraux (cf. Annexe A1.9).

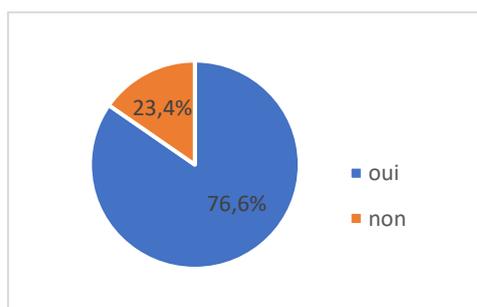


Figure 32. Besoin d'orthophoniste au sein de l'équipe s'il n'y en a pas.

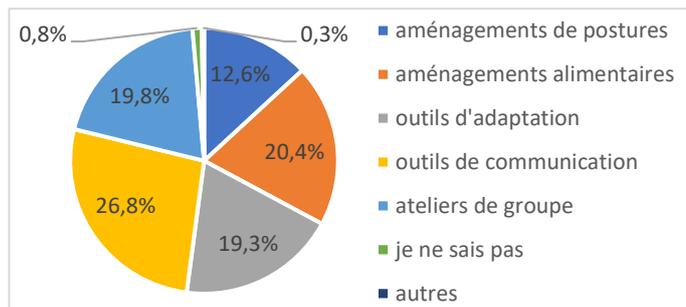


Figure 33. Domaines de collaboration s'il y avait un orthophoniste au sein de l'équipe.

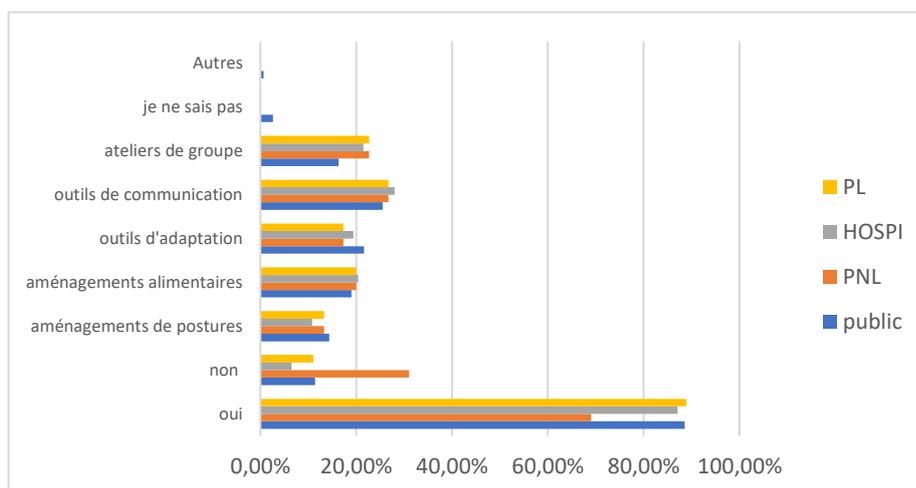


Figure 34. Besoin d'orthophoniste et domaines de collaboration selon le type d'EHPAD.

Tous types d'EHPAD confondus (cf. Annexe A1.10), et pour quasiment tous les professionnels (cf. Annexe A1.11), les trois grandes raisons pour évoquer le manque d'orthophonistes en EHPAD sont le manque de moyens pour engager un orthophoniste, la méconnaissance du rôle de l'orthophoniste et l'insuffisance d'orthophonistes en France (figure 35 et 36). Sont également mis en cause : la zone géographique, le manque d'attraction envers ce type de prises en soin et le refus des orthophonistes libéraux de se déplacer en EHPAD.

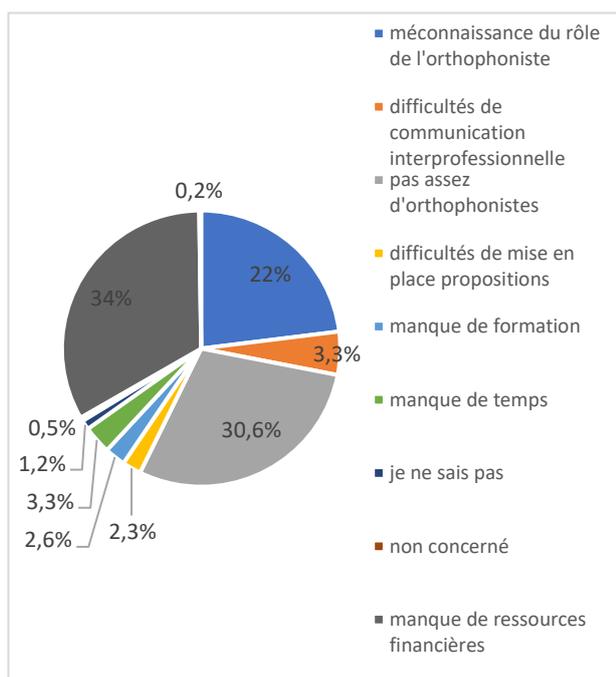


Figure 35. Raisons de l'absence d'orthophoniste en EHPAD selon les professionnels.

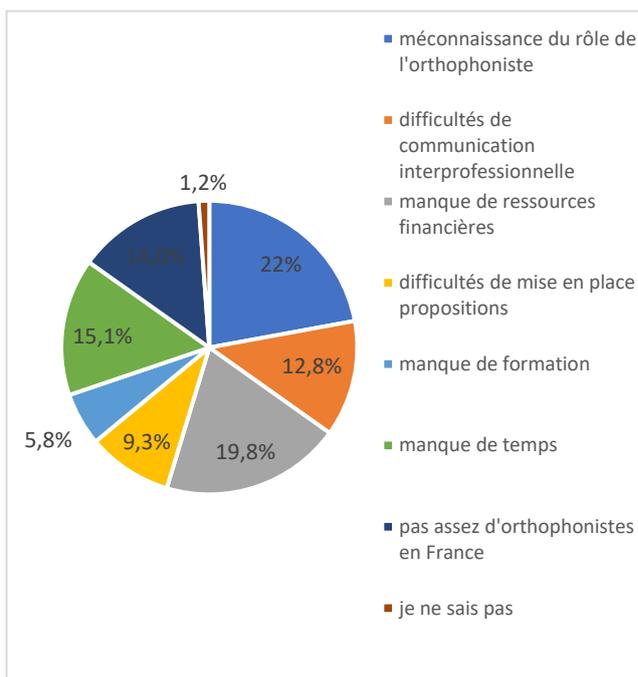


Figure 36. Raisons de l'absence d'orthophoniste en EHPAD selon les orthophonistes.

Discussion

Dans cette partie, nous comparerons les résultats obtenus aux hypothèses précédemment évoquées ainsi qu'aux données de la littérature et répondrons à nos objectifs. Nous évoquerons également les limites de cette étude et les implications théoriques qu'elle engendre.

1. Validation des hypothèses

1.1 Hypothèse 1 : l'EHPAD manque de ressources financières pour recruter un orthophoniste

L'insuffisance de ressources financières pour engager un orthophoniste est souvent évoquée par les professionnels interrogés comme une des trois raisons principales au manque d'orthophonistes en EHPAD quel que soit le type de structure ou de profession. Il s'agirait de la première explication pour quasiment tout le personnel exceptés les ergothérapeutes et les psychomotriciens, deux autres professions paramédicales, qui mettent en avant le manque d'orthophonistes en France. Il faut rappeler que les cadres de santé et les directeurs d'établissements ont été les plus nombreux à participer à notre étude. Cette réponse semble alors évidente car ces deux professions sont en lien direct avec l'aspect financier des EHPAD et le recrutement des orthophonistes. Cependant, elle est aussi la plus donnée par d'autres corps de métier qui ne sont pas forcément concernés par l'emploi tels que les infirmiers, troisième catégorie la plus représentée de notre étude. Aujourd'hui, beaucoup d'EHPAD n'ont pas de poste à pourvoir pour un orthophoniste qui ne fait souvent pas partie de l'organigramme de leur établissement. Nous pouvons mettre cela en lien avec le mode de tarification, global ou partiel, de chaque structure interrogée. Soixante-dix virgule quatre pour cent d'entre elles sont à dotation partielle et ne bénéficient pas d'enveloppe pour un poste d'orthophoniste. Il faut rappeler que, en 2015, tout type d'EHPAD confondus, le taux d'encadrement (ETP) est de 28.1 pour le personnel paramédical, les soignants et les psychologues dont 20.7 pour les aides-soignants et 5.8 pour les infirmiers (Muller, 2018). Cela représente donc 1.6 ETP pour 100 places soit environ 3% des emplois pour tous les autres professionnels paramédicaux : orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, etc. De plus, être salarié d'un établissement n'est aujourd'hui pas toujours attractif pour les orthophonistes car ils sont rémunérés selon la convention nationale de 1951 qui ne se base pas sur le niveau master actuel des études d'orthophonie. **L'hypothèse 1 : « l'EHPAD manque de ressources financières pour recruter un orthophoniste » est validée.**

1.2 Hypothèse 2 : La direction et les différents professionnels de l'EHPAD méconnaîtraient ou sous-estimeraient le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées

Parmi les trois raisons principales expliquant le faible nombre d'interventions orthophoniques en EHPAD, nous relevons chez le personnel interrogé, et ce, indépendamment du type de structure, la méconnaissance du rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées. Cependant, les réponses divergent entre professions. Pour les orthophonistes, les comptables, les cuisiniers, les psychomotriciens et les aides-soignants, il s'agirait de la cause majeure. Cette information est à mettre en lien avec les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus aux questions 12 à 14. Ils montrent pourtant que la majorité des répondants de notre étude semble connaître les principaux domaines d'intervention de l'orthophoniste en EHPAD et la nécessité de son intervention. De plus, les réponses étant statistiquement significatives entre les professionnels en accord et ceux en désaccord sur l'échelle de Likert, cela renforce l'idée que ceux ayant le sentiment de mieux connaître le rôle de l'orthophoniste en EHPAD désignent davantage de

domaines liés à l'orthophonie que leurs collègues. En revanche, la majorité des employés évoque un grand besoin de formation et d'approfondissement des connaissances du métier d'orthophoniste au sein de ces quatre domaines : langage, communication, déglutition et cognitif, qu'ils expliquent ne pas forcément connaître en détail. Par ailleurs, il s'agit majoritairement de métiers pouvant être en lien avec l'orthophonie telles que les infirmiers ou les médecins. Ils aimeraient pallier le manque d'interventions orthophoniques et mieux guider le personnel soignant. Cela leur permettrait d'accompagner les résidents dans leurs troubles de déglutition, de langage et de s'adapter à leurs difficultés de communication. Ainsi, ce désir de formation dénoterait quelques lacunes concernant leurs acquis sur le rôle de l'orthophoniste en EHPAD.

De plus, dans une étude de la DRESS, Marquier et al (2016) expliquent que la plupart des intervenants en EHPAD souffrent d'un manque de reconnaissance et sont inégalement valorisés par la hiérarchie. Pour les professionnels paramédicaux ou médicaux, les modes de reconnaissance s'avèrent davantage compliqués que pour les autres.

Ainsi, le rôle de l'orthophoniste est connu de manière globale par le personnel travaillant en EHPAD. C'est un professionnel de communication et de langage intervenant pour des troubles de déglutition et d'alimentation. Cependant, n'ayant pas posé de questions assez détaillées au sein de chaque domaine, nous ne pouvons répondre objectivement à notre hypothèse. **L'hypothèse 2 : « La direction et les différents professionnels de l'EHPAD méconnaîtraient ou sous-estimeraient le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées » n'est pas validée.**

1.3 Hypothèse 3 : le manque d'échanges entre les différents professionnels rend difficile la mise en œuvre de toutes les adaptations proposées

Les échanges entre orthophoniste et autres professionnels à propos des patients ne sont pas systématiques, voire inexistantes. Certains membres du personnel, tels que les cadres de santé ou les directeurs, que l'on peut penser être moins en contact avec les orthophonistes, disent échanger régulièrement avec eux. D'autres, comme les médecins par exemple, pouvant avoir un intérêt à communiquer avec l'orthophoniste pour le suivi des patients, expliquent ne pas le faire. Il faut évidemment garder à l'esprit le nombre de participants à l'étude, car moins de médecins que de cadres de santé ont répondu.

La plupart des employés collabore avec l'orthophoniste de leur EHPAD. Cependant, certains d'entre eux tels que les infirmiers, les aides-soignants, les cuisiniers ou les médecins ne le font pas. Respectivement, ils pourraient mettre en place les adaptations proposées avec l'orthophoniste, préparer ou adapter les repas selon les difficultés alimentaires des résidents ou prescrire les bilans et les rééducations orthophoniques. De plus, pour ceux qui coopèrent, les propositions n'aboutissent pas toujours voire jamais. Cela serait principalement dû à un manque de temps pour les orthophonistes et de moyens humains pour les autres professionnels. Le défaut de communication entre les différents corps de métier est rarement évoqué en premier lieu.

Il en est de même pour les raisons à l'insuffisance d'orthophonistes en EHPAD. Peu de professionnels évoquent des difficultés de communication entre eux ou de mise en place des propositions. Nous notons une discordance avec le point de vue des orthophonistes qui sont davantage à penser qu'il existe des entraves relationnelles. Ils rapportent parfois un défaut d'investissement de la part de leurs collègues ainsi qu'un manque de transmission entre eux ne permettant pas la mise en œuvre des propositions. Ainsi, les problèmes de communication ne semblent être ressentis que du côté des orthophonistes. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils interviennent souvent à titre libéral, de façon ponctuelle, et pourraient ainsi ne pas être considérés comme appartenant à l'équipe par les autres membres. De plus, les orthophonistes ne semblent pas toujours participer aux réunions pluridisciplinaires des établissements. Les

transmissions se font ainsi davantage via un logiciel ou de façon informelle lorsqu'ils sont présents dans l'établissement. Enfin, d'après les réponses obtenues, il semble parfois compliqué de croiser les orthophonistes libéraux au sein des structures.

Aussi, les EHPAD connaissent aujourd'hui des difficultés importantes et les conditions de travail de leurs employés sont souvent insatisfaisantes. Selon Baqué (2019), ils sont peu formés et peu nombreux pour faire face à l'augmentation de l'espérance de vie. Cela expliquerait pourquoi ils mettent ici en avant le manque de moyens humains comme raison principale aux défauts de coopération entre professionnels. Cependant, les différentes idées peuvent être mises en corrélation. En effet, cette insuffisance de moyens humains engendre une réduction des effectifs au sein des établissements ainsi que des changements réguliers de personnels, ne permettant pas une cohésion d'équipe et des échanges optimaux. De plus, d'après une étude de la DRESS, « des problèmes relationnels entre les membres d'une même équipe au sein d'un EHPAD, que ce soit au niveau personnel (mésentente individuelle, apparition de clans, ,etc.) ou institutionnel (conflits de groupe, entre métiers) peuvent venir perturber le collectif de travail » (Marquier et al, 2016, p. 25). Toujours selon ces auteurs, les interactions et réflexions pluridisciplinaires entre différentes professions dans ces structures sont limitées, notamment de par la difficulté à recruter des postes paramédicaux. **L'hypothèse 3 : « le manque d'échanges entre les différents professionnels rend difficile la mise en œuvre de toutes les adaptations proposées » est validée.**

1.4 Hypothèse 4 : les professionnels d'un EHPAD avec intervention orthophonique sont davantage sensibilisés à l'orthophonie que les professionnels d'un EHPAD sans intervention orthophonique

Concernant les professionnels avec qui peut collaborer l'orthophoniste, nous ne relevons pas de différences significatives selon la présence ou l'absence d'orthophoniste au sein de l'établissement. Les réponses sont en adéquation avec celles obtenues par les orthophonistes interrogés de notre étude. En revanche, nous avons observé quelques différences concernant les domaines liés à l'orthophonie.

Qualitativement, seuls des employés travaillant dans une équipe sans orthophoniste ne sont « pas du tout d'accord » sur le sentiment de connaître son rôle en EHPAD. Cependant, ce sont souvent des métiers côtoyant peu l'orthophoniste tels que des comptables ou des lingères. Ils sont également davantage à n'être « pas d'accord » et désignent aussi plus de domaines non liés à l'orthophonie tels que les yeux, l'animation ou l'art. Nous remarquons que, généralement, c'est davantage le cas pour les professionnels sans intervention orthophonique au sein de leur établissement. Cependant, les différences étant non statistiquement significatives d'avec ceux comptant un orthophoniste dans leur équipe, nous ne pouvons affirmer que sa présence influe sur leurs connaissances.

Toutefois, la comparaison des réponses des professionnels exprimant un accord sur le sentiment de connaître le rôle de l'orthophoniste en EHPAD, indique une différence significative entre ceux ne bénéficiant pas d'une intervention orthophonique et ceux en bénéficiant. Ces derniers désignent plus de domaines liés à l'orthophonie que leurs collègues. Cela indique que pour ces individus qui pensent mieux connaître le rôle l'orthophoniste en EHPAD, sa présence pourrait agir sur leurs connaissances. En revanche, nous ne notons aucune différence significative pour le personnel exprimant un désaccord à l'échelle de Likert sur cette question.

Ainsi, puisque nous n'obtenons pas uniquement des différences significatives dans nos résultats concernant cette problématique, il ne nous semble pas possible de certifier que le personnel des structures bénéficiant d'une intervention orthophonique est davantage sensibilisé au rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées. **L'hypothèse 4 : « les professionnels d'un EHPAD avec intervention orthophonique sont davantage sensibilisés à l'orthophonie que les professionnels d'un EHPAD sans intervention orthophonique » n'est pas validée.**

2. Objectifs de l'étude

Par ce questionnaire, nous avons voulu réaliser un état des lieux des connaissances des professionnels des EHPAD sur le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées et les comparer selon le type d'EHPAD et selon l'absence ou la présence d'un orthophoniste dans l'établissement. Lorsque nous analysons les résultats obtenus à la question 13 par les professionnels « pas d'accord » et « pas du tout d'accord » sur le sentiment de connaître le rôle de l'orthophoniste en EHPAD, nous nous apercevons qu'ils ont souvent ciblé les domaines liés à l'orthophonie. Ils n'en ont quasiment pas désigné d'autres, hormis l'art ou les traitements médicamenteux contrairement à ceux « d'accord » qui en ont coché davantage dont la toilette, les yeux, l'animation, l'art, les traitements médicamenteux. Ainsi, les répondants ne semblent pas toujours sûrs de leurs réponses. Ce défaut de certitude indiquerait que leurs connaissances sur l'orthophonie en EHPAD ne sont pas solides. Nous pouvons également mettre cela en corrélation avec le besoin de formation évoqué par les employés au cours de notre étude (54,7%). Par ce moyen, ils désirent appréhender plus finement le rôle de l'orthophoniste en EHPAD.

Nous relevons de légères différences selon les structures. Les professionnels des établissements publics ont le sentiment de moins bien connaître le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées (« plutôt d'accord ») que ceux des autres types (« d'accord »). Pourtant, dans notre étude, ce sont les établissements publics qui bénéficient le plus d'interventions orthophoniques. Si les EHPAD avec un orthophoniste dans leur équipe étaient davantage sensibilisés, la majorité de leur personnel aurait dû répondre « tout à fait d'accord » ou du moins se sentir mieux informée. Paradoxalement, nous n'observons pas de différence significative entre ces employés concernant les domaines d'intervention ou les professionnels avec qui l'orthophoniste peut collaborer. Certains membres des structures pensant mieux connaître le rôle de l'orthophoniste, hospitalières ou PL, ont eux aussi désigné, dans une même mesure, des domaines non liés à l'orthophonie tels que l'animation, les médicaments ou l'art. Dans les EHPAD hospitaliers, les professionnels sont plus nombreux que dans les autres sortes d'établissement à n'être « pas du tout d'accord » sur cette question. On pourrait éventuellement effectuer un lien avec le faible nombre d'orthophonistes y intervenant.

Enfin, les membres du personnel des structures bénéficiant d'une intervention orthophonique sont majoritairement plus d'accord sur le sentiment de connaître le rôle de l'orthophoniste que ceux n'en bénéficiant pas. De plus, lorsque nous comparons les réponses à la question 13, ces derniers sont davantage à avoir désigné des domaines non liés à l'orthophonie tels que les yeux, l'art, les traitements médicamenteux, etc. Toutefois, les différences n'étant pas significatives, la présence d'un orthophoniste ne semble pas influencer significativement sur les acquis des équipes.

Les professionnels interrogés apprécient les principaux champs d'intervention de l'orthophoniste en EHPAD indépendamment du type de structure ou de la présence d'un orthophoniste dans l'équipe. En effet, les légères différences observées ne sont pas significatives. Cependant, avec notre étude seule, nous ne pouvons affirmer que leurs connaissances soient détaillées au sein de chaque domaine.

Un des autres objectifs de notre étude était d'établir toutes les raisons possibles au manque d'orthophonistes en EHPAD. Notre problématique de départ est confortée par l'avis des interrogés de notre étude. En effet, ils expliquent souvent vouloir se former dans un domaine lié à l'orthophonie afin de pallier le manque d'orthophonistes dans leur structure. Sur 178 EHPAD, seuls 82 ont déclaré bénéficier d'une intervention orthophonique, qu'elle soit libérale ou salariée, soit 46% d'entre eux. Seulement 34 orthophonistes nous ont répondu, ce qui est très peu au niveau national. Outre les biais de sélection statistique et d'envoi de questionnaires dont nous discuterons dans la partie « limites », cela tendrait à montrer que les orthophonistes sont

peu à intervenir en EHPAD en France. Les résultats des questionnaires nous ont permis de mettre en lumière les raisons éventuelles à cela. Le manque de financement pour un poste d'orthophoniste et la méconnaissance de son rôle entrent principalement en ligne de compte. Cependant, d'autres causes telles que le manque d'orthophonistes en France sont également souvent évoquées. En effet, le nombre d'orthophonistes diplômés chaque année est régi par un numérus clausus. Les longues listes d'attente témoignent d'une insuffisance de cette profession en France. Les orthophonistes interrogés évoquent également le peu d'intérêt de leurs collègues pour ce type de prises en soin. Les échanges et relations entre professionnels, le manque de temps ou de formation ne semblent pas être les principales raisons du manque d'orthophonistes dans ces structures mais sont tout de même parfois pointées par les équipes. Certains membres de l'administration nous ont également fait part des difficultés de recruter un orthophoniste de par la situation géographique de leur établissement. En effet, comme évoqué dans la partie théorique, la moitié des EHPAD située en zone rurale ou dite « isolée » a des difficultés pour recruter des professionnels (Muller, 2018). L'analyse effectuée a posteriori des localisations des structures a effectivement montré que 85,6% des orthophonistes interrogés interviennent en zone urbaine. Cependant, il faut rappeler que la majorité des établissements de l'étude se situent en zone urbaine.

Enfin, le dernier objectif était de participer à la reconnaissance du métier d'orthophoniste en EHPAD auprès des professionnels et de sensibiliser au recrutement d'orthophonistes. Au vu des réponses des professionnels, il semble que le métier d'orthophoniste soit reconnu au sein de la plupart des établissements interrogés et qu'ils souhaiteraient bénéficier de leurs interventions. Ils aimeraient profiter de leurs conseils pour améliorer le confort de leurs résidents. Cependant, nous avons pu voir à travers notre étude que de nombreux facteurs interfèrent dans cette problématique notamment financiers, géographiques, relationnels, etc.

3. Limites de l'étude

3.1 Biais concernant la méthodologie

Afin d'éviter un biais de sélection, il aurait été judicieux de sélectionner davantage d'EHPAD pour l'envoi des questionnaires. En effet, à l'échelle nationale, peu de structures nous ont répondu et ce, malgré de nombreuses relances. Bien que 400 réponses constituent un échantillon représentatif du nombre total d'EHPAD en France avec un niveau de confiance situé à 95%, nous aurions pu anticiper le fait que moins de structures sélectionnées participeraient à notre étude. En effet, d'après Lindhjem et Navrud (2011), le taux de réponses aux sondages en ligne est généralement inférieur à celui d'autres méthodes. Cela est également à mettre en lien avec le choix de l'envoi par mail. Il est tout à fait possible que les mails aient été envoyés dans les courriers indésirables, n'aient pas été transférés par la personne les ayant reçus, n'aient pas été lus par les personnes concernées ou que certains professionnels n'aient pas d'adresse mail.

Plusieurs critères n'ont pas été pris en compte dans la sélection statistique. Il s'agit des notions de ruralité et d'urbanité, qui sont pourtant évocatrices quant au manque d'orthophonistes en EHPAD, ainsi que le mode de tarification des EHPAD, global ou partiel. Cela nous aurait permis d'avoir un nombre représentatif de structures urbaines et rurales dans notre étude et de savoir si les établissements interrogés bénéficiaient d'une enveloppe pour un poste d'orthophoniste. L'analyse a posteriori de ces trois critères ne permet pas d'éviter certains biais de sélection pouvant influencer par la suite sur nos résultats. De plus, peu des EHPAD interrogés bénéficient d'interventions orthophoniques. Nous pouvons également mettre cela en corrélation avec notre sélection statistique car nous n'avons pas pris en compte ce critère. Il aurait été intéressant de répertorier, pour chaque EHPAD de France, la présence ou non d'un orthophoniste. Avec cette information, nous aurions comparé les réponses des professionnels

d'une manière plus représentative. Par exemple, un faible nombre d'orthophonistes intervient en EHPAD hospitalier. Dans notre étude, le personnel de ces structures a le sentiment de moins connaître le rôle de l'orthophoniste que celui des autres types. Cependant, ils en ont probablement côtoyé moins, ce qui justifierait la méconnaissance de leurs champs d'intervention.

Enfin, le choix du sondage en ligne ne permet pas la spontanéité et l'échange d'un entretien. Ainsi, les résultats qualitatifs peuvent parfois être interprétés de manière erronée.

3.2 Biais concernant la conception du questionnaire

Nous n'avons pas pu établir le statut, libéral ou salarié, de tous les orthophonistes intervenant dans les EHPAD de notre étude car cette question était uniquement destinée aux secrétaires qui sont peu à avoir participé à notre étude.

Certains membres du personnel ayant coché « non » à la question sur la présence d'un orthophoniste au sein de la structure, ont tout de même répondu aux questions 15 à 20 portant sur la collaboration avec l'orthophoniste de leur EHPAD. En reliant cela aux informations qualitatives obtenues, nous avons observé que pour la plupart d'entre eux, l'orthophoniste intervenait à titre libéral dans leur établissement. Ces professionnels ne considéraient donc pas, qu'en tant qu'intervenant extérieur, il faisait partie de l'équipe de la structure. Ainsi, nous aurions pu formuler la question 4 d'une autre façon en précisant que le statut de l'orthophoniste n'importait pas.

Par ailleurs, nous avons favorisé la présence de questions fermées afin d'éviter des biais de distorsion que l'on peut retrouver dans les questions ouvertes. Cependant, des questions à choix multiples peuvent davantage orienter les répondants. Selon Parizot (2012), il est difficile de rester neutre dans la liste des items proposés dans une question à choix multiple. Il est recommandé d'équilibrer les réponses correctes et non correctes et de les alterner. Nous avons tout de même posé des questions semi-ouvertes et deux ouvertes de type « pourquoi ». Elles permettent aux interrogés une plus grande liberté d'expression et d'apporter ainsi de nouvelles idées à l'étude. D'après Lebart (2001), bien que de nombreux auteurs aient déjà prouvé l'utilité de cette question, les réponses restent cependant difficiles à traiter. En effet, certaines d'entre elles sont trop fournies rendant le post-codage moins aisé. D'autres s'avèrent peu fréquentes et impossibles à manipuler. Ainsi, nous pouvons passer à côté d'informations pertinentes avec cette méthode. De plus, n'ayant pas de seuil de référence, considérer un mot-clé comme peu fréquent reste entièrement subjectif.

Il aurait été intéressant de poser des questions plus détaillées au sein de chaque domaine lié à l'orthophonie. En effet, nous n'avons pas pu appréhender les connaissances précises des professionnels interrogés et ainsi, répondre objectivement à une de nos problématiques. Par exemple, nous aurions pu approfondir le domaine « déglutition » et proposer des items plus spécifiques. Il aurait été pertinent d'inclure à notre questionnaire des affirmations correctes telles que « l'orthophoniste évalue la motricité bucco-faciale », « il adapte la texture des aliments et les postures du résident », « il met en place des manœuvres spécifiques », etc., et erronées notamment « l'évaluation du réflexe nauséeux par l'orthophoniste est indispensable », « le résident doit garder la tête positionnée en arrière pour s'alimenter », « les résidents avec troubles de déglutition peuvent manger des aliments secs ou friables », « l'orthophoniste réalise des fibroscopies », « il met en place des sondes naso-gastriques », etc. De plus, associer un degré de certitude à chacune des questions posées permettrait d'exclure la part de hasard dans les réponses obtenues.

Enfin, notre questionnaire aurait pu être testé en amont de sa diffusion. En recueillant l'avis des professionnels des EHPAD et d'orthophonistes sur la structure du questionnaire : progression et orientation des questions, formulation, compréhension claire ou non, etc., certaines modifications auraient pu être envisagées pour éviter certains biais.

3.3 Biais concernant les résultats

Nous n'avons pas pu avoir accès au nombre total de professionnels intervenant dans chaque EHPAD. En effet, cette information était destinée à être remplie par les secrétaires uniquement pour éviter de surcharger le questionnaire des autres employés. Si nous considérons les réponses des huit secrétaires nous ayant répondu, nous obtenons une moyenne de soixante-cinq professionnels intervenant par EHPAD. Sur 178 EHPAD, si la totalité du personnel avait répondu, nous aurions ainsi dû obtenir approximativement plus ou moins 12 000 réponses. Cela signifie que le nombre de réponses obtenues est faible et qu'il constitue un biais important dans notre étude. Les résultats et interprétations sont donc à prendre avec précaution car ils ne sont pas toujours forcément représentatifs de la population initiale. De par ce faible nombre de réponses, leur analyse par type de profession et type d'EHPAD s'est également avérée complexe. Certains corps de métier sont en effet peu représentés. Par exemple, nous n'avons obtenu qu'une seule réponse d'un médecin intervenant dans un EHPAD privé à but lucratif. Ainsi, les analyses ne sont pas toujours représentatives par type de profession ou de structure et sont à prendre, une nouvelle fois, avec prudence.

D'après les réponses des professionnels, davantage d'orthophonistes auraient dû répondre à notre questionnaire. Suite à nos relances, les secrétaires des EHPAD nous ont répondu qu'ils croisaient peu les orthophonistes libéraux et qu'il était donc difficile de leur transmettre le questionnaire.

La question 11 n'a pas réellement été traitée. A l'origine, nous souhaitions étudier à travers elle l'influence de l'ancienneté des professionnels sur nos diverses problématiques. Cependant, seulement 36,9% des répondants sont diplômés avant 2005 et 25% avant 2000. Les réponses n'auraient donc pas été représentatives. Nous pouvons mettre cela en corrélation avec le choix du sondage en ligne. Cela nécessite en effet une familiarité avec le monde informatique que des générations précédentes ne maîtrisent peut être pas (Shin & al, 2012).

Nous devons également prendre en compte le biais de tendance centrale dans nos questions comportant des échelles de Likert. En effet, d'après Boulan (2015), les répondants des questionnaires préfèrent choisir les modalités centrales, parfois/souvent, qu'extrêmes, toujours/jamais. L'effet d'attente, par lequel les personnes interrogées répondent ce qu'elles croient qu'on attend d'elles, est difficilement contrôlable car la lettre d'information envoyée aux EHPAD contenait des éléments essentiels du sujet de mémoire pouvant influencer le personnel dans leurs réponses. Notre questionnaire comportant plusieurs questions fermées de type oui/non, les répondants ont pu être soumis au biais d'acquiescement. Selon Parizot (2012), c'est lorsque ceux qu'ils sont davantage en accord avec les propositions en répondant majoritairement « oui ».

Enfin, concernant les connaissances des professionnels selon la présence ou l'absence d'un orthophoniste dans la structure, il aurait été pertinent d'analyser leurs réponses aux questions 12 à 14 selon leurs liens éventuels avec l'orthophoniste. En effet, certains le côtoient davantage et auraient par conséquent plus de connaissances sur son rôle que les autres. Cela nous aurait permis d'exclure certaines professions et de répondre plus objectivement à notre problématique.

4. Implications théoriques

Par cette étude, nous avons pu mettre en évidence les besoins évoqués par les différents professionnels interrogés. Ils nous ont ainsi fait part de leur désir de bénéficier d'un orthophoniste au sein de leur équipe, montrant la pertinence et la nécessité de son intervention auprès des résidents en EHPAD. Ils nous ont également signifié leur besoin de formation dans un domaine lié à l'orthophonie pour pallier le manque d'orthophonistes. Les résidents seraient ainsi mieux accompagnés dans leurs troubles de déglutition ou de communication. Il nous semble donc pertinent que des actions de formation ou de prévention soient menées par des orthophonistes au sein des EHPAD de France.

Conclusion

Ce mémoire avait pour but de comprendre les raisons au manque d'orthophonistes en EHPAD et de réaliser un état des lieux des connaissances des professionnels de ces structures sur l'orthophonie auprès des personnes âgées au niveau national.

Pour ce faire, nous avons sélectionné un certain nombre d'établissements, représentatif du nombre total en France, par type et par région. Nous leur avons envoyé deux questionnaires, un à destination des orthophonistes et un à destination de tous les autres professionnels intervenant dans ces structures, permettant de répondre à nos problématiques.

Malgré le faible nombre de réponses obtenues, nous avons tout de même pu apprécier les connaissances des professionnels par types d'EHPAD et de professions. Ils connaissent les principaux champs d'intervention de l'orthophoniste auprès des personnes âgées et ce, indépendamment de sa présence dans l'établissement. Cependant, nous ne pouvons affirmer que leurs connaissances soient précises. D'autant plus que la plupart d'entre eux désirent se former dans des domaines liés à l'orthophonie dans le but de les approfondir. Nous avons également pu établir les principales explications quant au faible nombre d'interventions orthophoniques dans ces structures, parmi lesquelles le manque de ressources financières des EHPAD ainsi que la méconnaissance de l'étendue du rôle de l'orthophoniste. Les orthophonistes pointent aussi des difficultés de structuration dans les échanges interprofessionnels.

Notre étude est singulière car peu de mémoires sont à ce jour réalisés au niveau national. Nous espérons qu'elle puisse être complétée à l'avenir, en prenant en compte tous les biais évoqués ci-dessus, afin d'obtenir davantage de résultats significatifs et continuer à sensibiliser sur l'intérêt des interventions orthophoniques en EHPAD.

Bibliographie

- Baqué, P. (2019). Vieillesse en détresse dans les EHPAD. *Le monde diplomatique*, 780(66), 4-5.
- Bherer, L., Belleville, S. et Hudon, C. (2004). Le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal, dans la MA et dans la démence frontotemporale. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 2(3), 181-189.
- Boulan, H. (2015). *Le questionnaire d'enquête. Les clés d'une étude marketing ou d'opinion réussie*. Paris : Broché.
- Brami, G. (2013). Les paradoxes de l'évolution des EHPAD. *Empan*, 3(91), 56-61.
- Brivet, P. (2014). *Le manque du mot : son expression dans l'aphasie et la MA* (Certificat de capacité d'orthophonie, Université de Nice Sophia Antipolis, Nice).
- Cabrejo, L., Auzou, P., Ozsancak, C. & Hannequin, D. (2003). La rééducation orthophonique de la dysarthrie dans la maladie de parkinson. *La Presse Médicale*, 32(37), 1745-1751
- Champoux, N. (2005). Les secrets révélés du vieillissement réussi. *Le médecin du Québec*, 40(5), 77-81
- Clark-Cotton, M.R., Williams, R.K., Goral, M. & Obler, L. (2007). Language and communication in Aging. *Encyclopedia of Gerontology*, 1-8.doi : 10.1016/B0-12370870-2/00103-7
- Donnio, I. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 28(112), 73-92.
- Ennuyer, B. (2011). A quel âge est-on vieux? *Gérontologie et société*, 34(368), 437444.
- Etchepare, A., Merceron, K., Amieva, H., Cady, F., Roux, Solenne., & Prouteau, A. (2014). Evaluer la cognition sociale chez l'adulte : validation préliminaire du protocole d'évaluation de la cognition sociale de Bordeaux. *Revue de neuropsychologie* 2(6), 138-149.
- Grimault, V. (30 Janvier 2018). EHPAD : les ruraux avantagés. *Alternatives économiques*. Repéré à <https://www.alternatives-economiques.fr/ehpad-ruraux-avantages/00082922>
- Guedj, J., Broussy, L. & Kuhn-Lafont, A. (2018). Les personnes âgées en 2030. *Les études de Matières Grises*, 1, 1-52.
- Helmer, C., Pasquier, F. & Dartigues, J.F, (2006). Epidémiologie de la MA et des syndromes apparentés. *Médecine/sciences*, 22(3), 288-296.
- Hupet, M. & Nef, F. (1994). *Vieillessement cognitif et langage*. Paris : Presses universitaires de France.
- Jacquot, M. (2004). *Langage et grand âge : proposition d'un protocole d'animation d'un groupe de langage en maison de retraite pour des personnes âgées sans altération cognitive massive* (Certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Lorraine, Nancy)

Julia, B. (2010). *La dictée : un outil de diagnostic précoce de la MA* (Certificat de capacité d'orthophonie, Université de Nice Sophia Antipolis, Nice).

Kynette, D. & Kemper, S. (1986). Aging and the loss of grammatical forms : a cross-sectional study of language performance. *Language & communication*, 6(1/2), 65-72.

Lebart, L. (2001). Traitement statistique des questions ouvertes : quelques pistes de recherche. *Journal de la société française de statistique*, 142(4) ? 7-20.

Lee, H. (2012). *Langage et MA : analyse multidimensionnelle d'un discours pathologique* (Thèse de doctorat, Université Paul Valéry, Montpellier).

Libault, D. (2019). *Concertation : grand âge et autonomie*. Repéré sur le site du ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/personnes-agees/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>

Lindhjem, H. & Navrud, S. (2011). Are Internet surveys an alternative to face-to-face interviews in contingent valuation ? *Ecological Economics*, 70(9), 1628-1637.

Lotstra, F. (2003). Quand le cerveau vieillit. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 111-119.

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., ..., Toldre, C. (2016). *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*. (n°5). Repéré sur le site de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles-par-des-personnels>.

Meriau, H. (2012). *La personne âgée dysphagique en maison de retraite : orthophonie et information du personnel soignant* (Certificat de capacité d'orthophonie, Université Pierre et Marie Curie, Paris)

Muller, M. (2017a). *728 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2015*. (n° 1015). Repéré sur le site de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/728-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2015>.

Muller, M. (2017b). *L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre*. (n° 20). Repéré sur le site de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/laccueil-des-personnes-agees-en-etablissement-entre-progression-et-diversification-de-l-offre>.

Muller, M. (2018). *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD*. (n° 1067). Repéré sur le site de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-personnel-et-les-difficultes-de-recrutement-dans-les-ehpad>

Parizot, I. (2012). L'enquête par questionnaire. *L'enquête sociologique*, 5, 93-113.

- Pelosse, J. & Pernier, C. (2011). Bases physiologiques propres à l'adulte. *L'orthodontie française*, 82(1), 5-22.
- Perrin-Haynes, J., Chazal, J., Chantel, C. & Falinower, I. (2011). Les personnes âgées en institution. *Solidarité santé*, 22, 1-32.
- Reilly, J., Rodriguez, A. D., Lamy, M., & Neils-Strunjas, J. (2010). Cognition, language, and clinical pathological features of non-Alzheimer's dementias : an overview. *Journal of communication disorders*, 43, 438-452.
- Rigaud, A.S. (2011). Symptômes de la MA : point de vue du médecin. *Gérontologie et société*, 24(97), 139-150.
- Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., Garcia-Peris, P., Speyer, R. & Clavé, P. (2011). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and the nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology Research and Practice*. doi: 10.1155/2011/818979
- Rousseau, T. (2011). *MA et troubles de la communication*. Paris, France : Broché.
- Schweize, V. (2010). Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Revue médicale suisse*, 6, 1859-1862.
- Shin, E., Johnson, T., & Rao, K. (2012). Survey mode effects on data quality: comparison of web and mail modes in a US national panel survey. *Social Science Computer Review*, 30(2), 12-228.
- Sicart, D. (2014). Les professions de santé au 1^{er} Janvier 2014. Repéré sur le site de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf>
- Strubel, D., Samacoits, P., Sainson, A., Burlan, D. & Maurin, J. (2007). La communication avec le patient atteint de démence. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 7(40), 27-32.
- Strubel, D. (2013). Prendre en soin les patients Alzheimer en EHPAD. *Repères en Gériatrie*, 15(123), 23-28
- Tannou, Y. & Cormary, X. (2013). Troubles de la déglutition : la prévention est l'affaire de tous ! *Le journal du médecin coordonnateur*, 51, 11-15.
- Toupin, M. (2018). *Les prix des EHPAD en 2017*. Repéré sur le site de la CNSA (caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie) : https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_prix_2017_des_ehpad_vf.pdf
- Touchon, J. & Portet F. (2002). *La MA*. Paris, France : Broché.
- Tran, T.M. (2015). *La BETL : batterie d'évaluation des troubles lexicaux*. Paris : orthoéditions.
- Trivalle, C. (2000). Le syndrome de fragilité. *Revue médicale suisse*, 4, 20925.
- Tuzi, J. (2011). *Perception de l'orthophonie par les médecins spécialisés, gériatres et neurologues, et les orthophonistes dans la MA* (Certificat de capacité d'orthophoniste,

Université de Lorraine, Nancy).

Pas d'auteur identifié

Reconnaître les personnes âgées atteintes de démence. (2014). *La revue prescrire*, 34(368), 437-443

Organisme identifié comme auteur

American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 : diagnostic and stastical manual of mental disorders*. Washington DC : American psychiatric publishing.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2017). *Analyse statistique n°4 : Analyse des tarifs des EHPAD en 2016*. (Publication n° 4). Repéré à <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-documents-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux/analyse-statistique-ndeg4-analyse-des-tarifs-des-ehpad-en-2016>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2011). *Etude sur les champs d'intervention des orthophonistes*. (Publication n°2011.1700015788). Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2019). *Les dépenses de santé en 2018 : résultats des comptes de la santé*. Repéré à <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2019.pdf>

Ministère des solidarités et de la santé (2018). *Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux*. Repéré à : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000036729024

Dictionnaire

Dysphagie (2019). Dans *Le Larousse illustré 2020* (200^e éd). Paris, France : Larousse.

Fausse Route (2019). Dans *Le Larousse illustré 2020* (200^e ed). Paris, France : Larousse.

Rural. Dans *Le dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 26 janvier 2020 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rural/70273>

Sites internet

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2015). Site d'information institutionnelle et professionnelle de l'aide à l'autonomie. Repéré à <https://www.cnsa.fr/>

Fédération nationale des orthophonistes. (2011). Portail de la fédération nationale des orthophonistes. Repéré à <https://www.fno.fr/>

Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (2019). Repéré à <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>

Haute autorité de santé. (2018). Développer la qualité dans le champ sanitaire, social. Repéré à <https://www.has-sante.fr>

Institut national de la santé et de la recherche médicale (2018). La science pour la santé. Repéré

à <https://www.inserm.fr/>

Institut national de la statistique et des études économiques (2019). Mesurer pour comprendre. Repéré à <https://www.insee.fr/fr/accueil>

Organisation mondiale de la santé. (2019). Site officiel de l'organisation mondiale de la santé. Repéré à <https://www.who.int/fr>

Service public. (2000). Le site officiel de l'administration française. Repéré à <https://www.service-public.fr/>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Résultats

Annexe n°2 : Lettre d'information

Annexe n°3 : Questionnaire destiné aux professionnels des EHPAD

Annexe n°4 : Questionnaire destiné aux orthophonistes