

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
[departement-orthophonie@univ-lille.fr](mailto:departement-orthophonie@univ-lille.fr)



 Université  
de Lille

 **ufr3s**   
faculté  
de médecine

# MEMOIRE

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

**Louise LEFEVRE**

soutenu publiquement en juin 2022

**Pandémie de Covid-19 et suivi orthophonique  
État des lieux au sujet des soins à destination des personnes  
âgées avec pathologies neuro-évolutives**

MEMOIRE dirigé par

Cécile **DEPRAETERE**, Orthophoniste en cabinet libéral, Wambrechies  
Thi Mai **TRAN**, orthophoniste et linguiste, MCU, Université de Lille

**Lille – 2022**

## Remerciements

Je voudrais dans un premier temps remercier mes directrices de mémoire, Madame Depraetere et Madame Tran, pour la supervision de ce projet, leurs conseils toujours constructifs et leur expertise complémentaire. Merci de m'avoir aidée à alimenter ma réflexion. Je remercie également les orthophonistes et les médecins ayant pris le temps de répondre à cette étude.

Je remercie Madame Landas d'avoir accepté d'être ma lectrice 1. Je tiens aussi à témoigner toute ma reconnaissance à mes maîtres de stage Léa, Cécile, Amélie, Agathe, Laura et Perrine. Merci de m'avoir transmis votre passion pour la neurologie durant mes deux dernières années d'études. Ma future pratique orthophonique sera largement inspirée de vous toutes.

Plus personnellement, je tiens à remercier ma famille, Alan et mes amis pour leur soutien inestimable. Merci d'avoir relu mon mémoire et corrigé les imperfections et de m'avoir soutenue et encouragée durant ces études. Je remercie enfin mes amies de promotion Laure, Joséphine et Amandine, d'avoir rendu ces cinq années d'études plus belles et plus amusantes.

## **Résumé :**

La lutte contre la Covid-19 lors de la première et de la deuxième vague s'est faite par des mesures de confinement en France. Quand ils n'ont pas été interrompus, les suivis orthophoniques ont été réalisés en télé-orthophonie et ont ensuite repris en présentiel à la mi-mai 2020 dans le strict respect des mesures sanitaires. Un état des lieux au sujet des soins destinés aux patients âgés avec pathologies neuro-évolutives (PNE) durant cette période a été effectué grâce aux questionnaires renseignés par 138 orthophonistes et 58 médecins et aux 5 entretiens semi-directifs réalisés avec des orthophonistes. Les résultats montrent que la télé-orthophonie a peu été utilisée pour ces patients. Le port du masque et la distanciation physique ont eu des conséquences importantes sur les interventions orthophoniques. L'impact de la pandémie auprès de cette population a majoritairement été négatif. Les soignants, avec le soutien des aidants, ont tenté de mettre en œuvre des pratiques innovantes pour assurer la continuité des soins. Une étude sur l'arrivée des variants n'ayant pas entraîné de mesures strictes d'isolement pourrait également être réalisée. Par ailleurs, il serait pertinent d'analyser l'impact de la pandémie sur les aidants et les soignants et de développer une plateforme collaborative afin d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées avec PNE.

## **Mots-clés :**

Covid-19, pathologies neuro-évolutives, orthophonie, télésoin, gériatrie

## **Abstract :**

The fight against Covid-19 during the first and the second wave was done thanks to security measures and restrictions in France. When they were not interrupted, speech therapy follow-ups could only be carried out by tele-speech therapy. Then it was back in physic in mid-May 2020 following the strict rules of the health measures. A study on the care intended for elderly patients with neurological disorders was carried out during this period thanks to questionnaires filled in by 138 speech therapists and 58 doctors. The questionnaires were coupled with 5 semi-structured interviews completed by speech therapists. The results showed that tele-speech therapy was little used for these patients. Wearing a mask and physical distancing measures had important consequences on speech therapy interventions. The impact of the pandemic on these patients has mostly been negative. Caregivers, with the support of carers, tried to implement innovative practices to ensure continuity of care. A research on the arrival of other variants that would not require strict isolation measures could also be carried out. Furthermore, it would be relevant to analyze the impact of the pandemic on carers and caregivers and develop a collaborative platform in order to improve the living conditions of the elderly with neurological disorders.

## **Keywords :**

Covid-19, neurological disorders, speech therapy, telehealth, geriatrics

## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Pandémie de Covid-19 et accès aux soins.....</b>	<b>2</b>
1.1. La maladie Covid-19 .....	2
1.1.1. Caractéristiques de la maladie .....	2
1.1.2. Conséquences de la maladie .....	2
1.2. Accès aux soins .....	3
1.2.1. Conditions de la poursuite des soins.....	3
1.2.2. Recommandations pour les personnes à risque de développer une forme grave de la maladie Covid-19.....	3
1.3. Suivi orthophonique et pathologies neuro-évolutives .....	3
1.3.1. Pathologies neuro-évolutives du sujet âgé.....	3
1.3.2. Indications et modalités de la prise en charge orthophonique.....	4
1.3.3. Prise en charge orthophonique pendant la crise sanitaire.....	4
<b>2. Les personnes âgées : une population à risque face à la Covid-19 .....</b>	<b>4</b>
2.1. Facteurs de risque chez le sujet âgé.....	5
2.1.1. Le syndrome de glissement .....	5
2.1.2. L'isolement chez la personne âgée .....	5
2.1.3. Les troubles sensoriels et cognitifs .....	5
2.1.4. Les pathologies neuro-évolutives .....	5
2.2. Résultats des premières études sur les personnes âgées avec pathologies neuro-évolutives .....	6
2.2.1. Répercussions sur les troubles psycho-comportementaux .....	6
2.2.2. Répercussions sur les troubles cognitifs .....	6
2.2.3. Répercussions sur les aidants.....	6
2.3. Problématiques particulières liées aux soins orthophoniques chez le sujet âgé : compréhension et communication.....	7
2.3.1. Définition de la communication .....	7
2.3.2. Masque et communication non-verbale.....	7
2.3.3. Recommandations sur la posture à adopter .....	7
<b>3. Mesures prises en direction des personnes âgées .....</b>	<b>8</b>
3.1. La téléconsultation.....	8
3.1.1. Évaluation à distance des troubles cognitifs et moteurs .....	8
3.1.2. Évaluation à distance de la dysphagie .....	8
3.2. Recommandations gouvernementales, associatives et professionnelles .....	9
3.2.1. Recommandations gouvernementales .....	9
3.2.2. Recommandations des associations de malades .....	9
3.2.3. Soutien des professionnels de santé.....	9
3.3. Considérations éthiques.....	9
3.3.1. Principes éthiques et crise sanitaire .....	9
3.3.2. Consentement des personnes atteintes de PNE .....	10
3.3.3. Professionnels de santé et aidants.....	10
<b>4. Objectifs du mémoire.....</b>	<b>10</b>
<b>Méthode.....</b>	<b>11</b>
<b>1. Méthode d'enquête.....</b>	<b>11</b>
1.1. Les questionnaires .....	11
1.1.1. Objectifs des questionnaires .....	11
1.1.2. Élaboration des questionnaires .....	11
1.1.3. Organisation des questionnaires .....	11
1.1.4. Diffusion des questionnaires.....	12
1.1.5. Traduction et transcription des données .....	12
1.2. Les entretiens destinés aux orthophonistes.....	13
1.2.1. Objectifs des entretiens.....	13
1.2.2. Conception de la grille d'entretien .....	13
1.2.3. Passation de l'entretien .....	13
1.2.4. Traduction et transcription des données .....	13

<b>Résultats .....</b>	<b>14</b>
<b>1. Description de la population .....</b>	<b>14</b>
1.1. Présentation des médecins ayant participé au questionnaire .....	14
1.2. Présentation des orthophonistes ayant participé au questionnaire et aux entretiens .....	14
<b>2. Suivi orthophonique et pathologies neuro-évolutives .....</b>	<b>14</b>
2.1. PNE prises en charge par les orthophonistes .....	15
2.2. Modalités d'intervention orthophonique avant la pandémie liée à la Covid-19.....	15
2.3. Organisation de la prise en charge durant le premier confinement .....	15
2.3.1. Poursuite des soins pendant le premier confinement.....	15
2.3.2. Profil des patients ayant bénéficié de la télé-orthophonie durant le premier confinement.....	16
2.4. Poursuite des soins à l'issue du premier confinement.....	16
2.4.1. Répercussions du premier confinement sur le suivi orthophonique .....	16
2.4.2. Facteurs ayant influencé ou non la reprise des soins .....	17
2.5. Mesures barrières et intervention orthophonique chez les patients âgés avec PNE.....	17
2.5.1. Conséquences sur l'intervention orthophonique .....	17
2.5.2. Compensation des difficultés de compréhension du patient.....	18
2.6. Conséquences de la pandémie de Covid-19 sur la relation thérapeutique du patient avec l'orthophoniste .....	19
<b>3. Télé-orthophonie et PNE .....</b>	<b>19</b>
3.1. Avantages de la télé-orthophonie pour les patients âgés avec PNE.....	19
3.2. Limites de la télé-orthophonie pour les patients âgés avec PNE.....	20
<b>4. Conséquences de la modification d'accès aux soins .....</b>	<b>21</b>
4.1. Conséquences sur les consultations et le diagnostic.....	21
4.2. Répercussions négatives de la pandémie.....	22
4.2.1. Aggravation des troubles pré-existants.....	22
4.2.2. Profil cognitif des patients dont la situation s'est dégradée .....	22
4.2.3. Facteurs supposés par les répondants de l'aggravation de la situation.....	23
4.3. Initiatives rapportées en faveur des personnes âgées avec PNE .....	23
4.3.1. Mesures prises par les orthophonistes .....	23
4.3.2. Mesures prises par les médecins.....	24
4.4. Répercussions positives de la pandémie.....	24
<b>Discussion .....</b>	<b>25</b>
<b>1. Analyse des résultats et confrontation aux données de la littérature .....</b>	<b>25</b>
<b>2. Limites de notre étude.....</b>	<b>28</b>
<b>3. Apports de notre étude et perspectives cliniques .....</b>	<b>29</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>30</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>31</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>34</b>
<b>Annexe n°1 : Questionnaire à destination des orthophonistes.....</b>	<b>34</b>
<b>Annexe n°2 : Questionnaire à destination des médecins .....</b>	<b>34</b>
<b>Annexe n°3 : Grille d'entretien.....</b>	<b>34</b>

# Introduction

En décembre 2019, des cas de pneumonies d'origine inconnue sont détectés à Wuhan en Chine. Le virus se propage rapidement à l'échelle mondiale et est observé pour la première fois en France fin janvier 2020. Identifié à partir de prélèvements sur les voies aériennes, ce virus est nommé SARS-CoV-2 pour Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus-2 par l'ICTV (International Committee On Taxonomy of Viruses). Il sera responsable de la maladie Covid-19 et plus largement d'une pandémie mondiale (Zhu et al., 2020). Afin d'enrayer cette maladie d'une extrême contagiosité, des mesures sanitaires telles que le confinement, les mesures de distanciation physique et les gestes barrières ont été mises en place par les autorités au début de la pandémie. Ces mesures ont pour objectifs de limiter les contacts entre les personnes et d'éviter la saturation des hôpitaux. L'adoption de ces mesures a eu des retentissements sur la santé mentale et physique de la population générale et n'a pas épargné la population âgée, habituellement plus susceptible de souffrir d'isolement (Palermo et al., 2020). Le corps médical et paramédical a rapidement été confronté à des difficultés organisationnelles afin de maintenir la continuité des soins de cette population vulnérable tout en la protégeant. Les prises en charge orthophoniques ont ainsi été bouleversées. En effet, les orthophonistes sont amenés à prendre en charge des patients âgés avec PNE, qu'ils soient hébergés en structure ou à domicile. Les restrictions de visites ont entraîné des difficultés dans le maintien de la prise en charge de ces patients. Dans ce mémoire, nous ferons le point sur cette question d'actualité en orientant nos recherches sur les répercussions de cette crise sanitaire sur le suivi des personnes âgées avec PNE durant la première et la seconde vague sévissant de mars à novembre 2020. Notre étude s'intéresse donc à la pandémie liée à la Covid-19 avant l'arrivée des variants.

Dans un premier temps, nous présenterons le contexte théorique qui s'articulera autour de deux thèmes : la pandémie de Covid-19 et les personnes âgées avec PNE. Nous nous intéresserons aux caractéristiques de la maladie Covid-19, aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées et aux conséquences de la crise sanitaire sur ces patients. Ce contexte théorique nous permettra d'orienter notre questionnement : La poursuite des soins orthophoniques auprès des personnes âgées atteintes de PNE durant la pandémie de Covid-19 a-t-elle été possible ? Si oui, comment et dans quelles proportions ? Si non, quelles étaient les raisons de l'arrêt de la prise en charge ? Quelles ont été les conséquences des modifications d'accès aux soins pour ces patients ? Dans un second temps, nous aborderons la méthodologie envisagée pour répondre à ces questionnements. Celle-ci reposera sur une revue de littérature et une enquête constituée de questionnaires et de quelques entretiens. Ensuite, les résultats obtenus à partir de nos questionnaires et de nos entretiens seront discutés et confrontés aux données de la littérature.

## Contexte théorique, buts et hypothèses

Repéré en France fin janvier 2020, le SARS-CoV-2 a rapidement contaminé des milliers de personnes par jour. Un confinement national, associé à d'autres mesures sanitaires, a été mis en place pour la première fois le 17 mars 2020. L'ensemble des mesures a eu des répercussions sur l'organisation et la poursuite des soins des patients. Une attention particulière a été portée sur les personnes âgées, plus à risques de développer des formes graves de Covid-19, en raison de leur âge et de la présence de comorbidités.

# **1. Pandémie de Covid-19 et accès aux soins**

## **1.1. La maladie Covid-19**

### **1.1.1. Caractéristiques de la maladie**

Le SARS-CoV-2 est un virus à ARN à simple brin codant quinze gènes et appartenant à la famille des coronavirus. Son origine n'a pas encore été démontrée. La plupart des chercheurs s'accordent sur le fait qu'il s'agirait d'une zoonose, c'est-à-dire une maladie infectieuse transmissible de l'animal à l'Homme. Le virus aurait été transmis de la chauve-souris à l'Homme via un hôte intermédiaire (INSERM, 2021).

Il s'agit d'un virus respiratoire qui se transmet principalement par deux voies. Une personne infectée peut transmettre le virus à une autre personne par contact direct ou indirect, c'est-à-dire par une surface qu'elle a contaminée. Elle peut également contaminer une autre personne par les voies aériennes via des gouttelettes émises sur une distance d'un à deux mètres. Il s'agit d'un virus extrêmement contagieux puisqu'une personne porteuse du virus peut infecter entre 2,2 et 5,7 personnes (Faure, 2020).

Les manifestations de la Covid-19 sont très hétérogènes. Entre 20 % et 50 % des personnes infectées seraient asymptomatiques ou peu symptomatiques. Quant aux personnes symptomatiques, elles peuvent présenter des symptômes très variés tels qu'un syndrome pseudo-grippal, des difficultés respiratoires, des symptômes gastro-intestinaux, etc. D'autres symptômes comme la survenue brutale d'une perte de goût ou de l'odorat peuvent également être retrouvés. Chez les personnes âgées de plus de 80 ans, des chutes répétées, des troubles cognitifs et un syndrome confusionnel sont fréquemment observés (Robineau, 2020).

### **1.1.2. Conséquences de la maladie**

Dans environ 80 % des cas, les symptômes disparaissent entre cinq et quatorze jours. Cependant, des formes graves peuvent apparaître entre le septième et le onzième jour de l'infection et conduire à des hospitalisations. Ces formes se manifestent par une gêne respiratoire et sont causées par l'accumulation de liquides dans les bronches et autres voies respiratoires. Elles peuvent entraîner une insuffisance respiratoire voire un syndrome de détresse respiratoire. Une aggravation de l'infection peut également toucher d'autres organes comme les poumons, le cœur, le cerveau et le foie (INSERM, 2021). Les personnes les plus susceptibles de contracter une forme grave de la Covid-19 sont les personnes âgées de plus de 65 ans, les personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'une maladie qui fragilise leur système immunitaire et les femmes enceintes au troisième trimestre (INSERM, 2021). D'autres patients infectés au SARS-CoV-2 peuvent être touchés par un syndrome post-Covid aussi appelé Covid chronique. Ce syndrome constitue l'ensemble des symptômes prolongés à la suite d'une infection à la Covid-19 tels qu'une fatigue majeure, une dyspnée, des troubles du goût et de l'odorat, des symptômes cognitifs, etc. (Dondaine, 2020).

## **1.2. Accès aux soins**

### **1.2.1. Conditions de la poursuite des soins**

Le contexte sanitaire a entraîné une diminution importante du nombre de consultations des patients auprès de leurs professionnels de santé par peur d'être contaminés. Par exemple, d'après les données Régime Général, les consultations chez le médecin généraliste ont chuté de 25 % durant le premier confinement (Santé Publique France, 2020).

Afin que les professionnels de santé puissent assurer la continuité des soins durant la suite de la crise sanitaire, la Haute Autorité de Santé leur a fourni de nombreuses recommandations. Par exemple, il est recommandé de travailler uniquement sur rendez-vous, de limiter le nombre de personnes en salle d'attente, de mettre du gel hydro-alcoolique à disposition des patients, d'aérer les locaux de manière régulière, d'imposer le port du masque, de conserver une distance physique avec le patient, de désinfecter les supports utilisés, etc. Ces mesures doivent être appliquées au cabinet et à domicile du patient (HAS, 2020 ; HAS, 2021).

### **1.2.2. Recommandations pour les personnes à risque de développer une forme grave de la maladie Covid-19**

Pour les personnes susceptibles de contracter une forme grave de la maladie Covid-19, le Ministère de la Santé et de la Solidarité leur recommande de ne pas interrompre le suivi médical, de privilégier les consultations à distance et/ou à domicile et d'éviter les rendez-vous aux heures de pointe si elles sont dans l'obligation de se déplacer chez le professionnel de santé. En effet, le renoncement aux soins pourrait entraîner des retards de diagnostic et de prise en charge de ces patients, et par conséquent un suivi médical moins régulier (Santé Publique France, 2020 ; Brown et al., 2020).

## **1.3. Suivi orthophonique et pathologies neuro-évolutives**

### **1.3.1. Pathologies neuro-évolutives du sujet âgé**

Les PNE sont des maladies dont l'incidence et la prévalence augmentent avec l'âge. Par exemple, la maladie d'Alzheimer concerne 15 % de la population à 80 ans (INSERM, 2019). Elles sont consécutives à un dysfonctionnement métabolique du système nerveux central ou périphérique. Le système nerveux finit par être détruit à la suite d'une mort neuronale progressive. En fonction du type d'atteinte cérébrale, les lésions peuvent être diffuses ou focales.

Ces pathologies peuvent être regroupées en fonction de leur expression clinique. Il existe donc des maladies neuro-évolutives d'expression motrice, aussi appelées pathologies du mouvement, telles que la maladie de Parkinson (MP), la sclérose latérale amyotrophique (SLA), les syndromes parkinsoniens (atrophie multisystématisée, paralysie supra-nucléaire progressive, etc.) et des maladies neuro-évolutives d'expression cognitive dont la maladie d'Alzheimer (MA), la dégénérescence lobaire frontotemporale (DLFT), et la maladie à corps de Lewy font partie. D'autres maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer existent comme les troubles cognitifs vasculaires. Certaines PNE, comme la maladie de Huntington, constituent des atteintes mixtes. Il existe aussi des troubles mixtes associant une maladie neuro-évolutive à un trouble cognitif vasculaire. Toutes ces pathologies peuvent nécessiter un suivi orthophonique au moins à un certain moment de leur évolution.

### **1.3.2. Indications et modalités de la prise en charge orthophonique**

L'orthophoniste joue un rôle dans la prévention, l'évaluation et la prise en charge des patients atteints d'une PNE. Les patients présentant une pathologie du mouvement peuvent être amenés à consulter un orthophoniste pour une dysarthrie, une dysphonie, une micrographie, des troubles de la déglutition et parfois des troubles cognitifs. Les patients ayant des troubles cognitifs majeurs ou mineurs, anciennement appelés « démences », consulteront davantage l'orthophoniste pour des troubles phasiques, mnésiques, des fonctions exécutives et de la cognition sociale (Sabadell et al., 2018). L'orthophoniste peut aussi intervenir dans la formation des aidants et du personnel soignant gravitant autour du patient. L'intervention se fait habituellement à domicile du patient, en institution ou au cabinet si le patient est suffisamment autonome pour se déplacer. La majorité des prises en charge se font de manière individuelle mais certaines peuvent être réalisées en groupe.

### **1.3.3. Prise en charge orthophonique pendant la crise sanitaire**

Les orthophonistes n'ont pas tout de suite fait partie de la liste des professionnels de santé prioritaires pour la distribution des équipements de protection individuelle lors du premier confinement mis en place le 17 mars 2020. Ainsi, certaines des interventions ont dû être arrêtées ponctuellement ou substituées par de la télé-orthophonie afin de limiter le risque d'infection au SARS-CoV-2. En France, la crise sanitaire a été à l'origine de la télé-orthophonie. En effet, ce mode d'exercice n'a été autorisé, dans le cadre de l'exercice conventionnel, qu'à partir du 26 mars 2020, durant le premier confinement. Tous les actes orthophoniques, à l'exception de l'évaluation initiale, pouvaient être réalisés en téléconsultation. Seuls les suivis orthophoniques déjà commencés pouvaient donc être poursuivis. Les cabinets ont pu rouvrir le 11 mai 2020, lorsque les équipements de protection ont été disponibles. La Fédération Nationale des orthophonistes (FNO) a élaboré des fiches de recommandations pour la protection des locaux, des personnes et du matériel afin de travailler dans le respect des gestes barrières (FNO, 2020). Après mai 2020 et lors de la seconde vague, le Ministère de la Santé a demandé à ce que les professionnels de santé privilégient la téléconsultation mais « les déplacements pour effectuer des consultations, examens et soins ne pouvant être assurés à distance » constituaient un motif de dérogation à l'interdiction des déplacements des personnes hors de leur lieu de résidence. L'assistance aux personnes âgées faisait également partie des motifs impérieux. Les prises en charge orthophoniques pouvaient donc être assurées au cabinet libéral, à domicile du patient, en institution ou en distanciel. De plus, les visites en EHPAD étaient de nouveau autorisées, dans le respect des règles sanitaires et du protocole de l'établissement dans lequel le patient était hébergé. Pourtant, certains établissements interdisaient encore les visites des proches et de certains professionnels de santé.

## **2. Les personnes âgées : une population à risque face à la Covid-19**

De manière générale, les personnes âgées sont plus susceptibles de développer des formes graves de Covid-19. Cependant, les effets de la pandémie de Covid-19 sur ces patients ne se limitent pas au risque d'infection.

## **2.1. Facteurs de risque chez le sujet âgé**

### **2.1.1. Le syndrome de glissement**

Des auteurs ont montré que les personnes âgées de 80 ans et plus ont un risque de mortalité douze fois plus élevé que celles de 50 à 59 ans lorsqu'elles sont infectées à la Covid-19 (Mok et al., 2020). Le déclin rapide parfois observé chez les personnes âgées après une infection au SARS-CoV-2 peut être associé à un syndrome de glissement. Il s'agit d'un phénomène de décompensation lié à l'association du vieillissement avec les pathologies chroniques et des facteurs déclenchants et précipitants dont la Covid-19 fait partie. L'infection au SARS-CoV-2 produirait une décompensation en cascade des comorbidités, augmenterait le risque de chutes, de dénutrition et de déshydratation et aurait des conséquences non-négligeables sur l'état de santé du patient (Gaborieau, 2020). De plus, la suppression des interventions non-médicamenteuses pourrait entraîner une détérioration cognitive, affective et physique (Emmertton & Abdelhafiz, 2021).

### **2.1.2. L'isolement chez la personne âgée**

Sur le plan social, des études ont montré que l'isolement était la troisième cause de mortalité en France pour les personnes âgées de plus de 75 ans (Piccoli et al., 2020). Les mesures d'isolement, qui empêchent les personnes atteintes de troubles cognitifs de maintenir des liens sociaux et affectifs, constituent donc un risque de « les laisser mourir dans la solitude et le chagrin » (Ladiesse et al., 2020, p.150). La solitude chez la personne âgée augmenterait le risque d'anxiété, de dépression et la probabilité de passage à l'acte suicidaire (Conejero, 2020).

Sur le plan physique, la réduction des activités peut provoquer une sarcopénie, des chutes et une majoration de la dépendance (English, 2010).

### **2.1.3. Les troubles sensoriels et cognitifs**

Les troubles cognitifs, dont l'incidence augmente avec le vieillissement, peuvent entraîner une mauvaise appréhension des situations liées à la pandémie de Covid-19 chez les personnes âgées. Ces troubles peuvent impacter la compréhension et l'acceptation des mesures sanitaires et par conséquent avoir des répercussions sur le comportement des patients et la qualité de vie. Par exemple, des patients agités ou confus peuvent refuser le test de dépistage, rentrer dans les chambres d'autres patients alors qu'ils sont soumis à des mesures d'isolement, ou encore oublier de porter leur masque (Brown et al., 2020 ; Mok et al., 2020). De plus, les patients âgés ayant des troubles auditifs tels qu'une surdité ou une presbycusie peuvent avoir des difficultés pour communiquer avec le masque, qu'ils soient appareillés ou non.

### **2.1.4. Les pathologies neuro-évolutives**

Être atteint d'une PNE constituerait le plus grand risque de contracter la Covid-19 chez les personnes de plus de 65 ans (Geddes et al., 2020). Chez les patients atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé, la rigidité des muscles respiratoires, l'abolition du réflexe de toux, la dyspnée et le déficit dopaminergique observés dans la maladie constitueraient des facteurs de risque d'aggravation de l'affection au SARS-CoV-2. En outre, les patients traités par Lévodopa et stimulation cérébrale profonde auraient un taux de mortalité de 40 % à la Covid-19 (Antonini et al., 2020).

## **2.2. Résultats des premières études sur les personnes âgées avec pathologies neuro-évolutives**

### **2.2.1. Répercussions sur les troubles psycho-comportementaux**

En 2020, une étude menée en Espagne par Lara et al. chez vingt sujets ayant reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer à un stade léger a mis en évidence une détérioration de leur état général après cinq semaines de confinement. Ce dernier accentuerait certains troubles psycho-comportementaux comme l'apathie, l'anxiété, l'agitation et la désinhibition (Lara et al., 2020). Une autre étude rétrospective a été réalisée à Nantes par Boutoleau-Bretonnière et al. en 2020. Elle a montré que sur trente-huit patients atteints d'une maladie d'Alzheimer à un stade modéré (MMS compris entre 15 et 20 dans l'étude), une aggravation des symptômes neuropsychiatriques n'a été observée que chez dix patients. Ces patients étaient ceux dont l'atteinte cognitive était la plus importante (MMS à 15). Les auteurs ont également relevé une corrélation entre la durée de confinement, la sévérité des symptômes et la détresse des aidants (Boutoleau-Bretonnière et al., 2020). En Italie, des auteurs ont souligné une augmentation de l'anxiété, de l'hypotension et de la psychose chez des patients avec une maladie de Parkinson, pendant et après le premier confinement (Antonini et al., 2020). L'augmentation du niveau de stress pourrait également aggraver certains symptômes moteurs tels que le tremblement et le freezing<sup>1</sup> dans la maladie de Parkinson (Emmerton & Abdelhafiz, 2021).

### **2.2.2. Répercussions sur les troubles cognitifs**

Les mesures barrières ont également accentué les troubles cognitifs de ces patients. Une enquête menée en Italie auprès de plus de 4000 patients atteints d'une PNE et confinés à leur domicile a montré une aggravation des troubles cognitifs chez plus de la moitié des patients, et plus particulièrement chez les patients avec une maladie d'Alzheimer et une maladie à corps de Lewy. Les symptômes majorés pendant le confinement étaient l'oubli, la confusion et la désorientation spatio-temporelle. Les auteurs ont également montré que les patients qui comprenaient le moins la nécessité de mettre en place les gestes barrières étaient ceux dont les fonctions cognitives étaient les plus altérées après le confinement (Rainero et al., 2021). Par ailleurs, l'arrêt des programmes de stimulation cognitive n'a fait qu'aggraver les troubles cognitifs préexistants chez ces patients (Lara et al., 2020).

### **2.2.3. Répercussions sur les aidants**

La pandémie de Covid-19 a également eu des répercussions sur les aidants. En raison de l'absence de venue du personnel à domicile, les aidants se sentaient surmenés. Mok et al. (2020) ont remarqué une augmentation du niveau de stress et du risque de dépression chez l'aidant familial durant le confinement. Une étude menée par Boutoleau-Bretonnière et al. en 2020 a montré que les aidants de proches ayant d'importants troubles comportementaux comme dans la DLFT ressentent une surcharge mentale plus importante que les aidants des patients avec une maladie d'Alzheimer (58 % contre 37 %) en période de confinement (Boutoleau-Bretonnière et al., 2020).

---

<sup>1</sup> Immobilité soudaine avec impossibilité d'avancer

## **2.3. Problématiques particulières liées aux soins orthophoniques chez le sujet âgé : compréhension et communication**

### **2.3.1. Définition de la communication**

La communication peut être définie comme « tout moyen verbal ou non-verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec une autre personne ». Il existe trois types de communication : la communication verbale, la communication para-verbale et la communication non-verbale. La communication para-verbale correspond aux éléments suprasegmentaux du langage comme la prosodie, le débit et l'intonation. La communication non-verbale concerne les gestes, la posture et le tonus, le regard et les expressions faciales (Brin-Henry et al., 2014, p.57).

### **2.3.2. Masque et communication non-verbale**

Selon certains auteurs, le masque empêche de percevoir la communication non-verbale des individus, alors qu'elle est la principale porte d'entrée en communication pour les personnes atteintes d'une PNE. En effet, ces personnes conservent souvent mieux le langage corporel que le langage oral, et sont capables de reconnaître les expressions faciales et les éléments suprasegmentaux comme la prosodie et l'intonation (Senicola et al., 2020). Le port du masque aurait donc des conséquences délétères pour cette population (Schlögl et al., 2020).

Le port du masque chez un patient atteint d'une PNE d'expression motrice poserait également des difficultés pour mettre en évidence des troubles de la parole. Par exemple, un patient avec une dysarthrie parkinsonienne pourrait être difficilement évaluable par un orthophoniste, qui ne pourrait pas percevoir l'amplitude des mouvements articulatoires à travers son masque. Il pourrait être également difficile de détecter des troubles de la déglutition.

### **2.3.3. Recommandations sur la posture à adopter**

L'absence de communication non-verbale et de contact physique peut altérer la qualité des soins (Geddes et al., 2020). Le contact corporel permet habituellement de rassurer le patient et de lui apporter du réconfort. Par exemple, une main posée sur l'épaule du patient lui témoignera de l'empathie. En période de pandémie, le soignant doit conserver un discours rassurant afin de limiter l'état anxieux du patient, même si cela doit se faire en téléconsultation (Senicola et al., 2020). Il est également recommandé aux professionnels de santé de se mettre en face de la personne, à hauteur de ses yeux, de respecter son espace personnel, d'éviter les mouvements brusques, d'adopter une aptitude sereine dans un environnement calme, de parler lentement avec des phrases courtes ponctuées de gestes et de s'assurer que la personne porte ses lunettes et ses prothèses auditives. Si la personne présente une déficience auditive, il est également conseillé de parler plus fort car le masque empêche de lire sur les lèvres (Schlögl et al., 2020).

Enfin, afin de limiter les effets néfastes liés au port du masque, il est conseillé d'accentuer la prosodie et l'intensité de la voix puisque le signal sonore de l'interlocuteur lorsqu'il a un masque est atténué de trois à quatre décibels et déformé. Les masques atténueraient les hautes fréquences, c'est-à-dire celles comprises en 2000 et 7000 Hertz (Goldin et al., 2020). Il faut également accentuer l'expression du haut de son visage et sa gestualité.

### **3. Mesures prises en direction des personnes âgées**

La loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) du 21 juillet 2009 définit et réglemente pour la première fois la télé-médecine en France. Pendant dix ans, la téléconsultation ne relève que d'un cadre expérimental. À partir du 15 septembre 2018, l'Assurance Maladie annonce le remboursement des actes de téléconsultation à condition qu'ils soient inscrits dans un parcours de soin coordonné et réalisés via une plateforme vidéo sécurisée. Les médecins sont donc autorisés à réaliser des consultations à distance, quels que soient leur spécialité, leur lieu d'exercice et le type de patients suivis. La crise sanitaire a ensuite accéléré le déploiement de la téléconsultation<sup>2</sup> (Vie Publique, 2020). Durant cette période, les sociétés nationales et internationales de gériatrie ont recommandé l'utilisation de la téléconsultation afin de contrôler l'état de santé du patient et d'envisager des examens complémentaires si nécessaire. Ces nouvelles mesures mises en place pour s'adapter au contexte sanitaire ont soulevé des questions éthiques.

#### **3.1. La téléconsultation**

##### **3.1.1. Évaluation à distance des troubles cognitifs et moteurs**

Les évaluations cognitives à distance, notamment celles nécessitant la modalité orale, ont été encouragées. Des tests de dépistage rapide ont été adaptés à distance étant donné la situation sanitaire. Par exemple, le MOCA BLIND, une version téléphonique adaptée de la MOCA, a été réalisée. L'utilisation de ce test présuppose une audition bonne ou corrigée car la lecture labiale n'est pas possible (Geddes et al., 2020).

Par ailleurs, les signes moteurs tels que la dysarthrie ou les tremblements parkinsoniens peuvent être évalués en visio-conférence grâce à la webcam. En revanche, ce type d'évaluation nécessite une bonne qualité de connexion internet, une familiarité du patient avec la technologie et parfois une participation de l'aidant (Senicola et al., 2020).

D'autres applications comme ESOGER1, VIVIFRAIL ou ICOPE peuvent aider les professionnels de santé à prévenir les troubles chez les personnes âgées<sup>3</sup> (Piccoli et al., 2020).

##### **3.1.2. Évaluation à distance de la dysphagie**

La dysphagie correspond à la difficulté à avaler. Sa prévalence est plus élevée chez les personnes âgées, particulièrement chez celles avec une PNE. Elle est sous-diagnostiquée et peut être responsable de nombreuses complications telles que la dénutrition, la déshydratation voire la pneumopathie d'inhalation (Warnecke et al., 2019). La nécessité de réaliser un diagnostic précoce et de prévenir les complications est primordiale. Ces enjeux sont encore plus importants durant la pandémie de Covid-19 afin de limiter le nombre d'hospitalisations. Une étude menée en 2020 par Fernández-Ruiz et al. au Québec sur 33 sujets de plus de 65 ans avec un diagnostic de dysphagie a permis de mettre en évidence l'efficacité de la téléconsultation pour évaluer l'état nutritionnel et la qualité de vie chez les patients atteints de dysphagie. L'aidant recevait une formation initiale par des professionnels de santé. Le but était qu'il recueille des données objectives mettant en évidence une dénutrition (périmètre brachial, etc.) (Fernández-Ruiz et al., 2020).

---

<sup>2</sup> 1 million de téléconsultations ont été recensées en avril 2020 (au milieu du premier confinement) contre 40000 en février 2020 (avant le début du premier confinement).

<sup>3</sup> Ces applications évaluent l'activité physique, la mémoire, l'audition et la vue, l'état nutritionnel, l'humeur et l'isolement chez la personne âgée.

## **3.2. Recommandations gouvernementales, associatives et professionnelles**

Des recommandations du Gouvernement, des associations de malades et des professionnels de santé ont été faites pour protéger les personnes âgées avec PNE en cette période de pandémie.

### **3.2.1. Recommandations gouvernementales**

La Haute Autorité de Santé conseille aux patients ayant une maladie chronique somatique de poursuivre une activité physique afin de limiter la perte de tonus, de maintenir un maximum des liens sociaux et de continuer les activités de stimulation. Pour les patients parkinsoniens présentant des troubles de la déglutition, il est aussi conseillé de poursuivre les séances d'orthophonie en télésoin (HAS, 2020).

### **3.2.2. Recommandations des associations de malades**

L'association Fondation Alzheimer recommande aux aidants de prendre le temps d'expliquer l'importance d'appliquer les gestes barrières aux personnes atteintes d'une PNE afin d'éviter qu'elles ne soient contaminées par le virus. Si le patient le désire, les aidants peuvent aussi leur proposer des jeux de stimulation cognitive quotidiens comme des jeux de société, des mots croisés et des ateliers ludiques impliquant des chansons, des pièces de théâtre ou encore la remémoration de souvenirs (France Alzheimer, 2020). L'utilisation d'applications numériques est aussi préconisée. Celles-ci permettent, par exemple, de mettre en place des rappels et proposent des jeux de stimulation cognitive en ligne (Cuffaro et al., 2020). La mise en place de solutions en ligne semble donc essentielle pour réduire l'isolement des personnes âgées atteintes d'une PNE (Helmich & Bloem, 2020).

### **3.2.3. Soutien des professionnels de santé**

La saturation des hôpitaux pendant la crise sanitaire a mis en évidence l'importance de s'appuyer sur les soignants libéraux pour assurer la continuité des soins. La sensibilisation des familles des patients atteints de PNE par les soignants s'est avérée nécessaire et s'est majoritairement faite par contact téléphonique (Brown et al., 2020). Le Ministère des Solidarités et de la Santé a également recommandé aux médecins généralistes de maintenir les liens sociaux avec les patients atteints d'une PNE afin de rester vigilants aux signes de souffrance physique. En France, des équipes mobiles composées de professionnels de santé ont été formées. Elles avaient pour but de venir soutenir les personnes isolées (Santé Publique France, 2020). Des lignes téléphoniques d'écoute ont également été mises en place (Mok et al., 2020).

## **3.3. Considérations éthiques**

### **3.3.1. Principes éthiques et crise sanitaire**

L'éthique fait partie intégrante du soin et de la médecine. Les soignants doivent fonder leurs pratiques sur des principes éthiques. La Charte Européenne d'Éthique Médicale évoque par exemple : « le respect de la vie, de l'autonomie morale et du libre choix du patient » par le médecin (CEOM, 2011, p.2). Le code éthique rédigé par l'APA (American Psychological Association) est aussi l'un des codes sur lesquels les professionnels de santé médicaux et paramédicaux peuvent s'appuyer. Ce code repose sur cinq principes généraux qui sont la bienfaisance et la non-malveillance, la fidélité et la responsabilité, l'intégrité, la justice et le respect des droits

et de la dignité des peuples. Ces cinq principes éthiques se doivent d'être respectés même à distance (Geddes et al., 2020). Les principes de justice et de respect des droits et de la dignité des peuples qui correspondent respectivement à l'égalité des soins pour tous et au respect de la vie privée et de la confidentialité des personnes sont les plus susceptibles d'être altérés lors d'une téléconsultation (Piccoli et al., 2020). En effet, le télé-soin engendre des questions éthiques sur le respect du secret médical et la protection des données (Cuffaro et al., 2020). L'utilisation d'un logiciel crypté et sécurisé par un mot de passe est primordiale pour protéger les données du patient et respecter la confidentialité. Des plateformes de visio-conférences telles que Zoom Healthcare, Microsoft Teams peuvent être utilisées pour garantir la protection des données personnelles (Geddes et al., 2020).

### **3.3.2. Consentement des personnes atteintes de PNE**

Les personnes atteintes de PNE présentent souvent une altération de leurs capacités de jugement et des difficultés à prendre des décisions et à s'adapter à leur environnement. La nécessité de mettre en place des mesures d'isolement afin de limiter la propagation du virus a donc souvent été faite sans leur consentement. Par exemple, les patients hébergés en EHPAD ont eu l'obligation d'être confinés en chambre. Par ailleurs, des restrictions de visites, et des prélèvements naso-pharyngés leur étaient imposés. La loi sur les droits des malades et du système de santé stipule « qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être réalisé sans le consentement libre et éclairé de la personne ». La personne avec trouble neurocognitif n'étant pas toujours en capacité de consentir, il arrivait que l'acte soit quand même réalisé, même sans accord de la personne chargée de sa protection juridique (Ladiesse et al., 2020).

### **3.3.3. Professionnels de santé et aidants**

Les professionnels de santé sont également confrontés à des dilemmes éthiques. En effet, ils doivent peser le rapport bénéfice/risque entre la nécessité de réaliser certains actes médicaux ou paramédicaux et le risque de contaminer un patient âgé ou de se contaminer eux-mêmes. L'aidant familial peut aussi devoir faire le choix entre prendre soin de son proche et prendre le risque d'être exposé au virus, si son proche est contaminé (Brown et al., 2020 ; Piccoli et al., 2020). Cette situation complexe et inédite a donc mis les systèmes de soins sous tension et a nécessité une adaptation de la part des professionnels de santé pour assurer la continuité des soins. Dans ce mémoire, nous nous intéresserons aux répercussions de la crise sanitaire sur le diagnostic et le suivi des personnes âgées avec PNE.

## **4. Objectifs du mémoire**

Le but de ce mémoire est de réaliser un état des lieux de la prise en charge orthophonique et globale des personnes âgées avec PNE, durant le début de la crise sanitaire liée à la COVID-19. La prise en charge orthophonique a-t-elle pu être poursuivie auprès de ces patients ? Comment s'est déroulée la reprise des suivis ? Quels ont été les changements faits par les orthophonistes pour adapter leurs prises en charge à la crise sanitaire ? Comment imaginer des pratiques innovantes et à la faveur de la pandémie afin d'améliorer la prise en charge orthophonique et globale des personnes âgées avec PNE ? Au vu des informations issues de la littérature, nous chercherons à collecter des données auprès d'orthophonistes cliniciens et de médecins afin d'apprécier les répercussions de la crise sanitaire de mars à novembre 2020, avant l'arrivée des variants, sur la prise en soin orthophonique et globale destinée aux personnes âgées atteintes de PNE.

# Méthode

Ce mémoire prend la forme d'une revue de littérature complétée par une collecte et une analyse de données recueillies à partir de questionnaires et d'entretiens. Dans cette partie, nous présenterons la méthode d'enquête choisie. Nous aborderons d'abord les questionnaires puis l'entretien semi-directif.

## 1. Méthode d'enquête

Nous avons choisi de combiner une méthode d'enquête quantitative : les questionnaires à une méthode d'enquête qualitative : les entretiens semi-directifs. En effet, il s'agit de deux méthodes complémentaires (Gélinas Proulx & Dionne, 2010). Les questionnaires permettent d'être diffusés auprès d'un large échantillon de participants tout en conservant une homogénéité dans les réponses des individus alors que les données qualitatives récoltées à partir des entretiens permettent de recueillir les expériences vécues sur le terrain (Dietrich et al., 2012).

### 1.1. Les questionnaires

#### 1.1.1. Objectifs des questionnaires

Une première enquête, sous forme de questionnaire auto-administré, a été adressée aux orthophonistes de France, exerçant auprès de patients âgés de plus de soixante ans atteints de PNE et prenant en charge les patients à domicile, en institution et/ou en cabinet (cf. Annexe 1). Nous avons choisi le seuil de soixante ans car il s'agit de l'âge retenu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour parler de « personne âgée ». Il s'agit également de l'âge retenu en France pour l'obtention de certains dispositifs d'aides (Bréchat et al., 2008). Ce questionnaire a pour objectif d'interroger les orthophonistes sur la continuité des soins orthophoniques destinés aux patients âgés avec PNE durant la crise sanitaire, avant l'arrivée des variants.

Un second questionnaire auto-administré, destiné aux médecins soignant et coordonnant les soins de ces patients, a pour but d'appréhender les répercussions de la pandémie liée à la Covid-19 sur les patients et les stratégies utilisées par les médecins pour maintenir le lien social et éviter les syndromes de glissement (cf. Annexe 2). Les médecins visés sont les médecins généralistes, les médecins coordonnateurs en EHPAD, les gériatres et les neurologues. Ce questionnaire s'intéresse davantage à la prise en soin globale du patient et aux conséquences de la suspension des interventions non-médicamenteuses.

#### 1.1.2. Élaboration des questionnaires

Premièrement, une demande d'accord préalable a été réalisée auprès du Délégué de Protection des Données de la Faculté de Lille afin de s'assurer que notre étude était bien conforme à la Réglementation Applicable à la Protection des Données Personnelles.

Les questionnaires ont ensuite été créés au mois de juin 2021 à partir de la plateforme LimeSurvey. Cette plateforme a été utilisée car elle permet de respecter les conditions d'anonymat et de confidentialité des répondants. Avant leur diffusion et dans le but d'améliorer leur lisibilité et leur compréhensibilité, les questionnaires ont été testés par trois orthophonistes et deux médecins.

#### 1.1.3. Organisation des questionnaires

Les deux questionnaires sont organisés de la même façon. Ils comportent tous les deux un texte d'introduction précisant l'étude, la durée de passation du questionnaire et la garantie de l'anonymat et de la confidentialité des réponses.

Chaque questionnaire comporte une alternance de questions fermées et semi-fermées permettant d'encadrer certaines réponses et de questions ouvertes ayant pour objectif d'éclairer des aspects qui auraient pu être ignorés dans les questions fermées.

Le questionnaire destiné aux orthophonistes comprend 27 questions réparties en 8 groupes de questions dont les thèmes sont les suivants :

- Présentation générale de l'orthophoniste
- Prise en soin orthophonique avant la pandémie de Covid-19
- Prise en soin pendant le premier confinement
- Prise en soin orthophonique à l'issue du premier confinement
- Télésoins dans le cadre des PNE
- Modifications de la prise en charge orthophonique durant la pandémie
- Répercussions de la pandémie de Covid-19 sur les patients atteints de PNE
- Mesures prises pour soutenir les personnes âgées pendant la crise sanitaire

Le questionnaire destiné aux médecins comprend 17 questions réparties en 5 groupes de questions dont les thèmes sont les suivants :

- Profil du médecin
- Profil des patients atteints de PNE pris en charge par le médecin
- Organisation de la prise en charge durant la pandémie liée à la Covid-19
- Répercussions de la pandémie sur les patients atteints de PNE
- Mesures prises en direction des personnes âgées durant la crise sanitaire

#### **1.1.4. Diffusion des questionnaires**

Le questionnaire destiné aux orthophonistes a été diffusé, au mois de septembre 2021, sur différents groupes Facebook, dont l'accès est réservé aux orthophonistes exerçant en France. Nous avons également contacté par mail la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). Des relances ont été faites toutes les trois semaines afin d'obtenir un maximum de réponses.

Le questionnaire destiné aux médecins a été diffusé via mailing et transmission de contacts en septembre 2021. Nous avons également contacté la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), la Société Française de Neurologie (SFN), la Société Française de Médecine Générale (SFMG), la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) et la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO). Les questionnaires ont également été communiqués au Département de Médecine Générale et au Département de Gériatrie de Lille.

La procédure a finalement été clôturée à la fin du mois de janvier 2022. Nous avons obtenu 70 réponses de la part des médecins dont 58 complètes et 236 réponses des orthophonistes dont 158 complètes.

#### **1.1.5. Traduction et transcription des données**

Les réponses obtenues pour les questions fermées et semi-fermées sont traduites grâce à la plateforme LimeSurvey qui fournit des graphiques et des pourcentages.

Pour les questions ouvertes, nous avons regroupé les réponses dans différentes catégories et nous les avons analysées à l'aide du logiciel Excel.

Certains résultats ont été analysés avec le test statistique de Fisher afin de nous assurer de leur significativité. Ce test a été utilisé car il permet de comparer des proportions lorsque l'effectif théorique est inférieur à cinq. Quand  $p < 0,05$ , la probabilité que l'on observe n'est pas liée au hasard. La différence observée est donc significative.

## **1.2. Les entretiens destinés aux orthophonistes**

L'enquête quantitative effectuée grâce au questionnaire est complétée par une enquête qualitative : l'entretien (cf. Annexe 3).

### **1.2.1. Objectifs des entretiens**

Les entretiens permettent de nous assurer de la pertinence et de la congruence des données récoltées dans les questionnaires en récoltant des données de fond (Boutin, 2018). En effet, contrairement aux questionnaires, l'entretien permet aux participants de rapporter des situations personnelles qu'ils ont vécues (Dietrich et al., 2012). Les réponses obtenues ne sont donc pas préétablies (Gélinas Proulx & Dionne, 2010). L'objectif de notre entretien est d'aborder concrètement l'adaptation de la prise en charge orthophonique destinée aux patients avec PNE durant la crise sanitaire.

### **1.2.2. Conception de la grille d'entretien**

Le type d'entretien choisi pour notre mémoire est un entretien semi-directif. Il suit une progression thématique en entonnoir, qui reprend les grandes lignes de notre revue de littérature et de notre questionnaire destiné aux orthophonistes. Notre guide d'entretien aborde d'abord les prises en charge orthophoniques destinées aux patients âgés atteints de PNE de manière générale puis l'adaptation de la prise en charge orthophonique durant la crise sanitaire. Les thèmes abordés lors de l'entretien n'ont pas d'ordre préétabli. En effet, le but de l'entretien directif est de guider le participant sans induire ses réponses et de nous ajuster en fonction de son discours (Lallemand, 2016).

Un entretien exploratoire a préalablement été proposé à un orthophoniste en juin 2021 afin d'identifier les éventuels points à améliorer.

### **1.2.3. Passation de l'entretien**

Les entretiens ont été réalisés en octobre, novembre et décembre 2021. Ils ont été effectués auprès de cinq orthophonistes, faisant partie de notre réseau personnel, dont deux travaillant en salariat et trois en libéral. Avant de commencer l'entretien, une présentation rapide de notre travail a été faite. Nous avons également informé les orthophonistes que les données recueillies resteraient anonymes et confidentielles. La passation des entretiens s'est faite sur le lieu de travail des orthophonistes, de manière individuelle. Chaque passation a duré en moyenne une vingtaine de minutes et a été enregistrée grâce à un dictaphone. Durant l'entretien, nous avons adopté une attitude neutre en privilégiant l'écoute active. En fonction des réponses obtenues, des relances ont été effectuées pour développer l'argumentation des enquêtés.

### **1.2.4. Traduction et transcription des données**

A la suite de la passation des entretiens, les enregistrements ont été réécoutés puis leur contenu a été retranscrit par l'intermédiaire du logiciel Word. Nous avons donc complété notre grille d'entretien à l'aide des réponses obtenues pour chaque thème. Nous avons choisi d'orienter notre approche, non pas sur une analyse de la forme, mais plutôt sur une analyse du contenu. Les réponses sont donc regroupées en fonction de l'idée émergente. Cela permet de réduire la complexité des données et de confronter les différents points de vue tournant autour d'un même thème (Lallemand, 2016).

# Résultats

Dans cette partie, nous présenterons les résultats obtenus lors de cette étude. Après avoir présenté les caractéristiques de la population étudiée, nous exposerons les réponses obtenues aux différentes questions posées lors des questionnaires et des entretiens.

## 1. Description de la population

Notre échantillon est composé de 58 médecins et de 138 orthophonistes ayant rempli le questionnaire qui leur était destiné de manière complète et de 5 orthophonistes ayant participé aux entretiens semi-directifs.

### 1.1. Présentation des médecins ayant participé au questionnaire

Notre échantillon est composé d'environ 71 % de médecins généralistes (N = 41), 14 % de neurologues (N = 8), 14 % de gériatres (N = 8) et 2 % (N = 1) de médecins coordonnateurs en EHPAD.

La majorité (71 % ; N = 41) des médecins de notre échantillon exerce uniquement en cabinet libéral. 24 % (N = 14) des médecins exercent en service hospitalier. 3 % (N = 2) des médecins ont un exercice mixte. 2 % (N = 1) des médecins exercent uniquement en EHPAD.

### 1.2. Présentation des orthophonistes ayant participé au questionnaire et aux entretiens

Notre échantillon est composé de 44 % (N = 61) d'orthophonistes exerçant en zone intermédiaire, 22 % (N = 30) en zone très dotée, 20 % (N = 28) en zone sous dotée, 11 % (N = 15) en zone sur dotée et 3 % (N = 4) en zone très sous dotée.

La majorité (88 % ; N = 121) des orthophonistes de notre échantillon exerce uniquement en libéral. 8 % (N = 11) des orthophonistes de notre échantillon ont un exercice mixte. 4 % (N = 6) des orthophonistes de notre échantillon exercent en salariat.

Cinq orthophonistes exerçant dans la région Hauts-de-France et faisant partie de notre réseau personnel ont été sollicités pour les entretiens semi-directifs. Deux d'entre eux ont un exercice mixte (centre de réadaptation fonctionnelle et libéral). Les trois autres exercent uniquement en cabinet libéral.

## 2. Suivi orthophonique et pathologies neuro-évolutives

Dans cette partie, nous présenterons les PNE habituellement prises en charge par les orthophonistes, les modalités d'intervention et l'organisation de ce type de prise en charge avant la pandémie liée à la Covid-19 puis pendant la pandémie liée à la Covid-19 pendant la première et la deuxième vague. Nous nous intéresserons ensuite aux conséquences des gestes barrières sur l'intervention orthophonique destinée aux patients âgés avec PNE ainsi que sur la relation thérapeutique.

## 2.1. PNE prises en charge par les orthophonistes

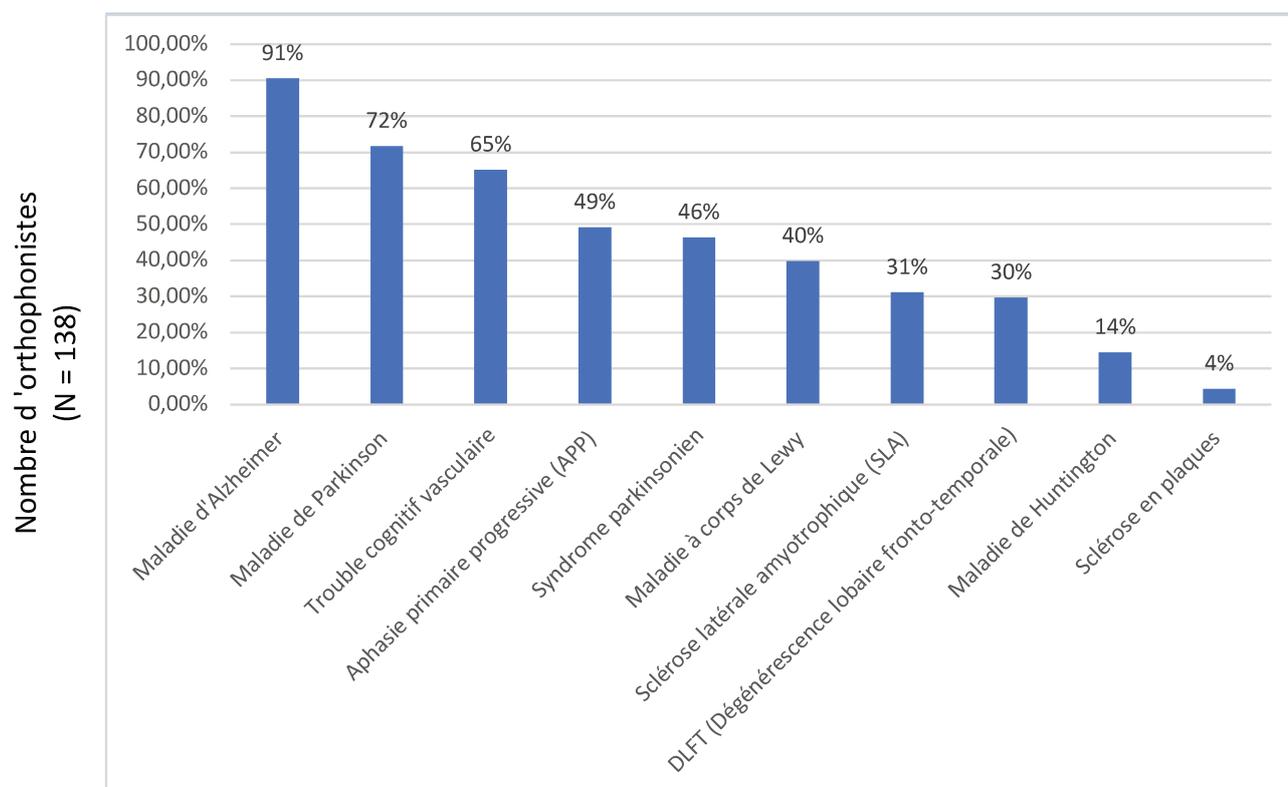


Figure 1. Répartition des PNE prises en charge par les orthophonistes

La maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et le trouble cognitif vasculaire sont les trois pathologies les plus représentées dans ce type d'intervention orthophonique.

## 2.2. Modalités d'intervention orthophonique avant la pandémie liée à la Covid-19

Avant la pandémie liée à la Covid-19, les séances se déroulaient majoritairement deux fois par semaine (70 % ; N = 97) pour les patients avec une PNE.

Concernant le lieu de prise en charge, 86 % (N = 119) des orthophonistes ont cité le cabinet libéral, 67 % (N = 93) le domicile du patient, 33 % (N = 45) l'EHPAD et 7 % (N = 10) l'hôpital de jour/SSR.

## 2.3. Organisation de la prise en charge durant le premier confinement

### 2.3.1. Poursuite des soins pendant le premier confinement

La majorité des interventions orthophoniques destinées aux patients avec PNE (70 % ; N = 96) a été arrêtée durant le premier confinement (mars à mai 2020).

26 % (N = 36) des orthophonistes ont poursuivi la prise en soin en télé-orthophonie pour les patients avec une PNE durant le premier confinement. Parmi ces orthophonistes, 23 % des

orthophonistes (N = 32) indiquent avoir mis en place la télé-orthophonie durant le premier confinement uniquement pour certains patients tandis que 3 % (N = 4) indiquent l'avoir mise en place pour tous les patients ayant une PNE.

Les orthophonistes ayant répondu « autre » (4 %, N = 6) expliquent ne pas avoir fait de télé-orthophonie en visio-conférence durant le premier confinement mais avoir continué à maintenir un lien avec leurs patients par l'intermédiaire d'appels téléphoniques et d'envois d'exercices aux aidants.

### 2.3.2. Profil des patients ayant bénéficié de la télé-orthophonie durant le premier confinement

Selon les orthophonistes, les patients ayant bénéficié de la télé-orthophonie durant le premier confinement étaient au stade initial de leur maladie et/ou avaient une atteinte cognitive légère à modérée. Il s'agissait de patients autonomes, vivant à domicile, à l'aise avec l'outil informatique ou pouvant être assistés par un aidant pour la mise en place de la télé-orthophonie. 78 % (N = 28) des orthophonistes ont estimé avoir eu besoin de l'aidant pour la mise en place de la télé-orthophonie avec le patient.

## 2.4. Poursuite des soins à l'issue du premier confinement

### 2.4.1. Répercussions du premier confinement sur le suivi orthophonique

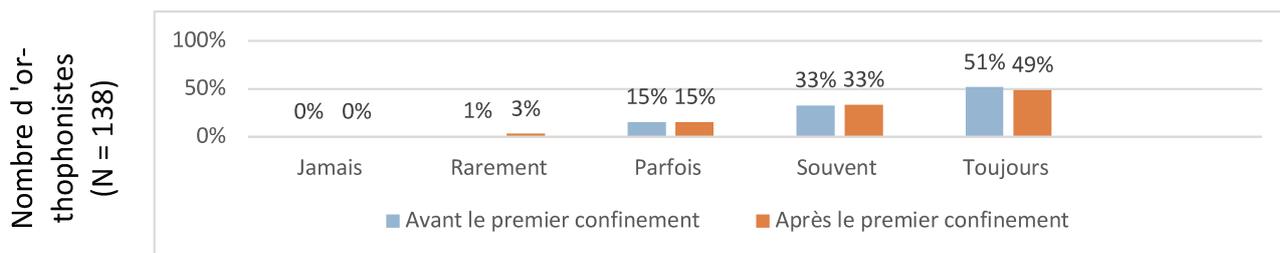


Figure 2. Comparaison des suivis avant/après le premier confinement.

Nous avons demandé aux orthophonistes s'ils prenaient en charge des patients avec PNE avant la pandémie liée à la Covid-19 puis à l'issue du premier confinement. A l'aide de ces questions, nous cherchons à observer s'il y a eu un arrêt des prises en charge orthophoniques auprès des patients avec PNE après le premier confinement. Les orthophonistes ont continué à suivre des patients avec PNE à l'issue du premier confinement. En effet, il n'existe pas de différence significative concernant le suivi des patients âgés avec PNE avant et après le premier confinement ( $p = 0,652$ ).

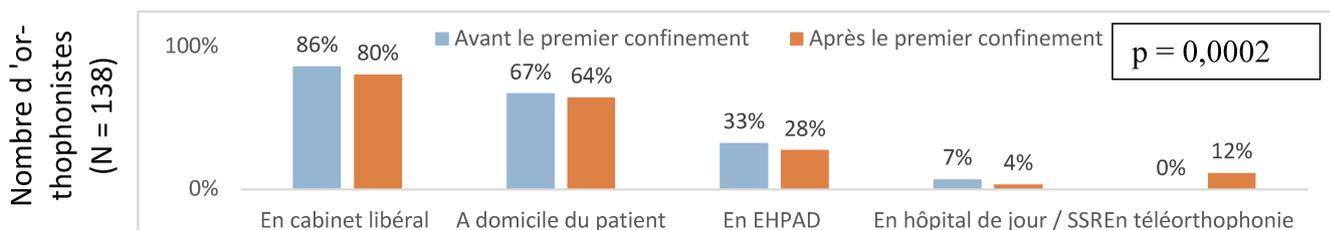


Figure 3. Comparaison du lieu de prise en charge avant/après le premier confinement.

Il existe une différence significative concernant les lieux de prise en charge avant et après le premier confinement ( $p = 0,0002$ ), les suivis ayant tendance à diminuer en présentiel et à augmenter en télé-orthophonie après le premier confinement. De plus, concernant le

nombre de séances proposé par semaine, 86 % des orthophonistes (N = 118) estiment que ce nombre n'a pas diminué après le premier confinement. 15 % (N = 20) des orthophonistes ont diminué le nombre de séances avec les patients atteints de PNE à la sortie du premier confinement.

#### 2.4.2. Facteurs ayant influencé ou non la reprise des soins

La reprise des soins à la sortie du premier confinement s'est majoritairement faite à la demande du patient (62 % ; N = 86) ou de l'aidant (44 % ; N = 61). Le niveau d'atteinte du patient (54 % ; N = 75) et le type de suivi (19 % , N = 26) sont également des facteurs ayant influencé la reprise des soins en présentiel à la sortie du premier confinement.

Les raisons évoquées par les orthophonistes pour expliquer l'absence de reprise des soins orthophoniques à l'issue du premier confinement sont :

- Le refus du patient (ou de sa famille) de se rendre au cabinet (33 % ; N = 45) ou que l'orthophoniste ne se rende à domicile (12 % ; N = 17) en raison du risque de contamination
- La suspension des visites des orthophonistes par les EHPAD (22 % ; N = 31). De manière qualitative, une orthophoniste interrogée lors de l'entretien indique que le retour en EHPAD s'est fait avec beaucoup de contraintes (prise de température, signature, signalement de l'heure d'arrivée et de sortie, pass sanitaire) et plusieurs mois après la reprise de l'activité au cabinet.
- Le refus de l'orthophoniste de poursuivre l'intervention orthophonique avec ce type de patients au vu des contraintes sanitaires (15 % ; N = 21)
- L'absence de reprise de rendez-vous de la part du patient ou de la famille

### 2.5. Mesures barrières et intervention orthophonique chez les patients âgés avec PNE

#### 2.5.1. Conséquences sur l'intervention orthophonique

La majorité des orthophonistes (87 % ; N = 120) a indiqué que le port du masque est la mesure ayant eu le plus de répercussions sur l'intervention orthophonique auprès des personnes âgées avec PNE durant la pandémie. Les conséquences du port du masque et de la distanciation physique sur l'intervention orthophonique auprès des patients âgés avec PNE sont reprises dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 1. Conséquences du port du masque et de la distanciation physique sur l'intervention orthophonique auprès des patients âgés avec PNE.**

<b>ALTÉRATION DE LA COMPRÉHENSION LIÉE AU PORT DU MASQUE (N = 135 ; 98 %)</b>	
<b>Le port du masque accentue les difficultés auditives des patients (N = 68 ; 50 %)</b>	<p><u>Exemples relevés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Difficultés de discernement auditif liées au masque »</li> <li>• « Altération de la qualité d'émission/de réception du message. Les difficultés auditives (presbyacousie) sont augmentées ; les sons sont étouffés, assourdis »</li> </ul>
<b>Le port du masque empêche aux patients de compenser par la lecture labiale (N = 43 ; 32 %)</b>	<p><u>Exemples relevés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Le port du masque perturbe la communication et me gêne pour les ébauches phonémiques »</li> <li>• « Le port du masque a rendu impossible la prise en charge d'un de mes patients pour cette raison »</li> </ul>

<b>Le port du masque entraîne des difficultés à percevoir la communication non-verbale (N = 48 ; 35 %)</b>	<b><u>Exemples relevés :</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Selon le niveau d'atteinte des patients, il ne leur reste parfois que la compréhension des émotions, qui devient impossible à cause du masque »</li> <li>• « Les patients ont des difficultés à interpréter certaines mimiques »</li> <li>• « Altération du bénéfice de l'effet miroir »</li> </ul>
<b>DIFFICULTÉS COGNITIVES ET INCONFORT DU PATIENT LIÉS AU PORT DU MASQUE (N = 50 ; 36 %)</b>	
<b>Le patient oublie de mettre son masque, l'enlève en séance car il ne comprend pas l'intérêt de le porter (N = 18 ; 36 %)</b>	<b><u>Exemples relevés :</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les patients oublient l'obligation de porter le masque, ne comprennent pas, deviennent agressifs »</li> </ul>
<b>Ressources attentionnelles davantage sollicitées (N = 12 ; 24 %)</b>	<b><u>Exemples relevés :</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Difficultés à canaliser l'attention du patient quand il ne voit pas notre visage »</li> <li>• « Patient qui a du mal à suivre, qui s'égare pendant la séance »</li> </ul>
<b>Difficultés à reconnaître le visage du thérapeute à cause du masque (N = 10 ; 20 %)</b>	<b><u>Exemples relevés :</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Perte de repères, les patients ne reconnaissent plus les soignants »</li> </ul>
<b>Gêne physique, inconfort respiratoire pour le patient lié au masque (N = 10 ; 20 %)</b>	<b><u>Exemples relevés :</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Certains patients manquent d'air à cause du masque, d'autres ont du mal à le supporter (sensation kinesthésique) »</li> </ul>
<b>RÉPERCUSSIONS DES MESURES SUR L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE ET SUR L'ORTHOPHONISTE (N = 47 ; 34 %)</b>	
<b>Difficultés voire impossibilités de réaliser certaines rééducations (N = 20 ; 43 %)</b>	<b><u>Exemples relevés :</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Difficultés de rééducation de toute la sphère oro-myo-faciale chez les patients atteints de maladie de Parkinson, méthode LSVT impossible »</li> </ul>
<b>Impact de la distanciation sur la relation thérapeutique avec le patient (N = 19 ; 40 %)</b>	<b><u>Exemples relevés :</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « La distanciation physique renforce le sentiment d'isolement affectif de la personne »</li> <li>• « Intervention déshumanisée, on ne touche plus le patient »</li> <li>• « Le contact physique avec le patient, qui permet de rentrer plus facilement en interaction avec lui, est rompu »</li> </ul>
<b>Le port du masque entraîne une fatigue vocale pour l'orthophoniste (N = 8 ; 17 %)</b>	<b><u>Exemples relevés :</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Forçage vocal toute la journée, articulation forcée »</li> </ul>
<b>Répercussions des mesures dans la vie privée des orthophonistes</b>	Quatre des cinq orthophonistes des entretiens ont indiqué respecter particulièrement les gestes barrières dans leur vie privée (limitation des contacts avec leurs proches) par peur de contaminer les patients avec PNE.
<b>AUCUNE CONSÉQUENCE DU PORT DU MASQUE/DE LA DISTANCIATION PHYSIQUE SUR L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE (N = 2 ; 1 %)</b>	
<b><u>Exemples relevés :</u></b> « Aucune conséquence : ffp2 pour le thérapeute, aération, port de gants, désinfection et l'on peut poursuivre les soins »	

### 2.5.2. Compensation des difficultés de compréhension du patient

Les orthophonistes interrogés lors des entretiens expliquent avoir eu recours aux gestes, aux mimes et à l'écrit afin de favoriser la compréhension des patients avec PNE. Deux d'entre

eux ont utilisé un masque inclusif afin que les patients puissent bénéficier de la lecture labiale. L'un d'entre eux indique également avoir assoupli les conditions de passation des évaluations orthophoniques: « Là où on ne répéterait pas l'item, on leur répète parce qu'on a la sensation qu'au niveau arthrique, le patient est capable de le faire ».

## 2.6. Conséquences de la pandémie de Covid-19 sur la relation thérapeutique du patient avec l'orthophoniste

Durant les entretiens, les deux orthophonistes travaillant en neurologie en centre de réadaptation fonctionnelle indiquent avoir dû modifier leurs priorités avec les patients durant la pandémie. En effet, ils ont davantage pris le temps de discuter avec les patients qui ne pouvaient plus bénéficier des visites de leur famille et avaient besoin d'être soulagés moralement. Deux des cinq orthophonistes, également interrogés pendant les entretiens, indiquent avoir contacté régulièrement les patients les plus isolés durant le premier confinement.

Les orthophonistes interrogés lors des entretiens ont également souligné la modification parfois négative de leurs rapports avec les patients (altération de la relation thérapeutique à cause du plexiglas, patients qui ne les reconnaissent plus après le premier confinement...).

## 3. Télé-orthophonie et PNE

Cette partie vise à renseigner les points forts et les faiblesses de la télé-orthophonie auprès des patients âgés avec PNE.

### 3.1. Avantages de la télé-orthophonie pour les patients âgés avec PNE

Le tableau ci-dessous présente les avantages de la télé-orthophonie destinée aux patients âgés avec PNE.

**Tableau 2. Avantages de la télé-orthophonie (N = 138).**

ACCÈS ÉQUITABLE AU SYSTÈME DE SOINS (N = 77 ; 56 %)	
<b>Le télésoin permet d'assurer la continuité des soins orthophoniques en période de pandémie (81 % ; N = 62)</b>	
<b>Le télésoin permet d'accéder aux soins orthophoniques, peu importe la situation géographique du patient (19 % ; N = 15)</b>	<b><i>Exemples relevés :</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Continuité des soins, même quand le patient est en vacances »</li> </ul>
ASSURER LA SÉCURITÉ SANITAIRE (N = 23 ; 17 %)	
ASPECTS BÉNÉFIQUES RELATIFS AU PATIENT (N = 44 ; 32 %)	
<b>Le télésoin permet de maintenir le lien social et de réduire l'isolement des personnes âgées avec PNE (66 % ; N = 29)</b>	<b><i>Exemples relevés :</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Garder le contact et maintien d'un lien »</li> </ul>
<b>Le télésoin permet de réduire la fatigue et le stress du patient liés aux déplacements (23 % ; N = 10)</b>	<b><i>Exemples relevés :</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Pas de précipitation et de stress pour être à l'heure au rendez-vous »</li> <li>« Évite le stress et la fatigue du déplacement »</li> <li>« Évite les chutes »</li> </ul>
<b>Le télésoin permet au patient de rester dans son environnement habituel (11 % ; N = 5)</b>	<b><i>Exemples relevés :</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Décontraction du patient chez lui ; patient dans son environnement → sécurisant »</li> </ul>
ASPECTS BÉNÉFIQUES RELATIFS À L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE (N = 53 ; 38 %)	
<b>Le télésoin permet à l'orthophoniste de conserver une souplesse concernant les modalités de l'intervention orthophonique (45 % ; N = 24)</b>	<b><i>Exemples relevés :</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Moins chronophage pour les trajets à domicile »</li> <li>« Adaptabilité de l'emploi du temps »</li> </ul>

Le télésoin permet de réaliser la séance sans le masque et de bénéficier des mimiques et de la lecture labiale (25 % ; N = 13)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Expression faciale visible sans le masque »</li> </ul>
Le télésoin rend la prise en soin plus écologique et fonctionnelle, notamment grâce à l'implication des aidants (17 % ; N = 9)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Guidance des aidants »</li> <li>« Mise en situation possible avec l'aidant »</li> </ul>
L'utilisation d'un écran pour l'intervention orthophonique peut être bénéfique pour le patient avec PNE (13 % ; N = 7)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Le focus sur l'écran permet d'aider à maintenir l'attention »</li> </ul>
<b>AUCUN ASPECT BÉNÉFIQUE DU TÉLÉSOIN (N = 28 ; 20 %)</b>	
<b>Exemples relevés :</b> « En toute honnêteté le seul avantage que j'ai tiré du télésoin est que cela évite une perte financière trop importante. Je n'ai pas vu d'autres avantages » « Aucun. Non possible en EHPAD : pas d'internet ni d'équipement pour les patients ici » « Je peux comprendre que le télésoin soit une avancée pour certains mais je crois que j'arrêteraient d'exercer si cela devait se généraliser... je ne me sens vraiment pas à l'aise avec ce rapport au soin à distance qui enlève de mon point de vue l'essence même de notre travail »	

### 3.2. Limites de la télé-orthophonie pour les patients âgés avec PNE

Le tableau ci-dessous présente les inconvénients de la télé-orthophonie destinée aux patients âgés avec PNE.

**Tableau 3. Limites de la télé-orthophonie (N = 138).**

<b>PROBLÉMATIQUES MATÉRIELLES (96 % ; N = 133)</b>	
Les patients avec PNE ne sont pas équipés/suffisamment équipés en matériel informatique (43 % ; N = 57)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Absence d'équipement en EHPAD »</li> <li>« Absence d'internet ; problème de connexion »</li> <li>« Absence de caméra ; problème de son »</li> </ul>
Les patients avec PNE ne sont pas suffisamment à l'aise avec l'outil informatique (50 % ; N = 66)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Imaginer faire du télésoin avec des personnes atteintes de troubles neuro-dégénératifs relève de l'utopie qui ne peut atteindre que quelques rares personnes peu atteintes et habituées à l'usage d'internet »</li> </ul>
L'orthophoniste n'est pas suffisamment équipé ou à l'aise avec l'outil informatique (4 % ; N = 5)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Je ne suis pas suffisamment douée avec l'informatique »</li> </ul>
Absence de confidentialité des données (4 % ; N = 5)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Pas de plateforme sécurisée »</li> </ul>
<b>PROBLÉMATIQUES LIÉES À LA QUALITÉ DES SOINS (63 % ; N = 87)</b>	
La communication non-verbale (gestes, regard) et para-verbale (intonations, pauses) n'est pas correctement perçue (16 % ; N = 14)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Mimiques difficiles à décrypter derrière un écran »</li> <li>« Mauvaise compréhension des silences »</li> </ul>
Le manque de proximité et la distance physique avec le patient (61 % ; N = 53)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Perte du contact humain »</li> <li>« Déshumanisation des soins »</li> <li>« Antinomique à ma définition de l'orthophonie qui doit installer une relation d'humain à humain dans un cadre réel et tangible »</li> </ul>

Les séances sont moins intimistes en raison de la présence de l'aidant (23 % ; N = 20)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Présence de l'aidant qui est parfois trop intervenant »</li> <li>« Intimité de la séance parasitée par la présence d'un tiers »</li> </ul>
<b>PROBLÉMATIQUES LIÉES AUX SOINS ORTHOPHONIQUES (34 % ; N = 47)</b>	
Les soins physiques ne sont pas réalisables (26 % ; N = 12)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Massages ; touchers thérapeutiques non réalisables en cas de dysphagie »</li> <li>« Difficultés à bien voir le patient (respiration/larynx) »</li> </ul>
Il existe moins de matériels de rééducation pour la télé-orthophonie avec les patients ayant une PNE (23 % ; N = 11)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Moindre matériel »</li> </ul>
Cela demande un investissement plus important en temps pour l'orthophoniste (21 % ; N = 10)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Demande beaucoup de préparation »</li> </ul>
Le patient ne peut pas manipuler le matériel (19 % ; N = 9)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Absence de la composante manipulation »</li> </ul>
L'orthophoniste ne peut pas aider physiquement le patient (11 % ; N = 5)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« L'impossibilité d'aider le patient physiquement (diriger le regard vers la cible en tapotant, diriger le bras pour initier la tâche, etc.) »</li> </ul>
<b>PROBLÉMATIQUES LIÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT (32 % ; N = 44)</b>	
Les patients âgés présentent souvent des troubles auditifs et visuels (25 % ; N = 11)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Les difficultés de communication à travers l'écran, surtout si troubles sensoriels (visuel ou auditif). »</li> <li>« Problématiques liées à l'âge (presbyacousie) rendant difficile le dialogue à distance »</li> </ul>
Les patients avec PNE présentent souvent des troubles cognitifs, attentionnels, exécutifs rendant difficiles la télé-orthophonie (75 % ; N = 33)	<b>Exemples relevés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Difficultés pour apprendre de nouvelles procédures »</li> <li>« Le côté virtuel...pour des patients qui ne sont pas toujours dans la même réalité/temporalité que nous... »</li> <li>« Perte de repère, de stabilisation »</li> <li>« Patient qui veut nous montrer quelque chose, sort de la pièce, ne comprend pas qu'on ne puisse pas le suivre »</li> <li>« Le télésoin, c'est compliqué parce que ce sont déjà des patients qui ont du mal à être connectés avec la réalité donc connectés via une interface, c'est trop difficile »</li> </ul>

## 4. Conséquences de la modification d'accès aux soins

Dans cette partie, nous nous intéresserons d'abord aux conséquences de la pandémie sur les consultations médicales et le diagnostic des patients avec PNE. Nous évoquerons ensuite les répercussions négatives et positives de la pandémie sur les patients âgés avec PNE en comparant l'opinion des médecins et des orthophonistes.

### 4.1. Conséquences sur les consultations et le diagnostic

78 % (N = 45) des médecins ont remarqué une diminution des consultations des patients avec PNE durant la première vague. Les raisons évoquées par ces médecins sont la suspension des consultations mémoires et la fermeture des hôpitaux de jour durant le premier confinement, le manque d'effectif médical et paramédical nécessaire à la poursuite de ces consultations, l'annulation des consultations par le spécialiste compte tenu du risque infectieux encouru par le

patient et la réduction des visites des proches empêchant la constatation quotidienne de l'évolution des symptômes du patient. Par ailleurs, 55 % des médecins (N = 32) estiment que la pandémie de Covid-19 a entraîné un retard de diagnostic chez les patients avec une PNE.

## 4.2. Répercussions négatives de la pandémie

### 4.2.1. Aggravation des troubles pré-existants

81 % (N = 47) des médecins et 79 % (N = 109) des orthophonistes évoquent une aggravation des troubles chez les patients âgés avec PNE à l'issue du premier confinement. Selon eux, les troubles se seraient davantage accentués chez les patients les plus isolés et vulnérables psychologiquement. Le tableau présenté ci-dessous illustre les répercussions de la pandémie sur la santé mentale, sur le plan cognitif et sur le plan langagier des patients âgés avec PNE.

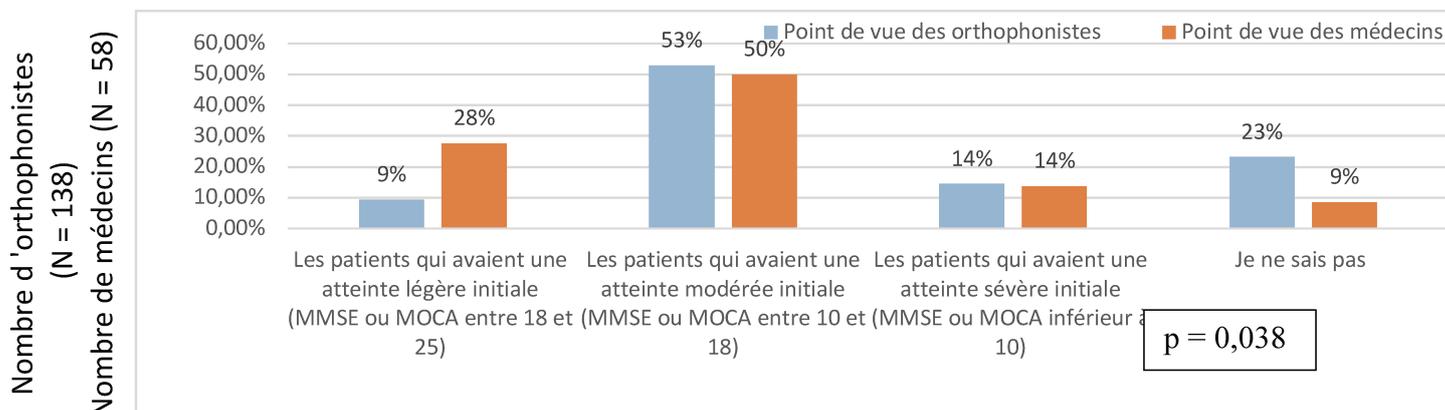
**Tableau 4. Répercussions du premier confinement.**

Variabiles	Répercussions limitées	Répercussions modérées	Répercussions importantes
<b>Santé mentale</b>	Médecins (N = 4) : 7 % Orthophonistes (N = 8) : 6 %	Médecins (N = 8) : 14 % Orthophonistes (N = 14) : 10 %	Médecins (N = 46) : 79 % Orthophonistes (N = 116) : 84 %
<b>Plan cognitif</b>	Médecins (N = 10) : 17 % Orthophonistes (N = 4) : 3 %	Médecins (N = 13) : 22 % Orthophonistes (N = 13) : 9 %	Médecins (N = 35) : 60 % Orthophonistes (N = 121) : 88 %
<b>Plan langagier</b>	Médecins (N = 6) : 10 % Orthophonistes (N = 7) : 5 %	Médecins (N = 19) : 33 % Orthophonistes (N = 23) : 17 %	Médecins (N = 33) : 57 % Orthophonistes (N = 108) : 78 %

Nombre d'orthophonistes (N = 138) / Nombre de médecins (N = 58)

Comme le montre le tableau 4, la majorité des médecins et des orthophonistes estiment que le premier confinement a eu des répercussions importantes sur la santé mentale, sur le plan langagier et sur le plan cognitif des patients âgés avec PNE. Il y a également une plus grande majorité d'orthophonistes qui considèrent que les répercussions sont importantes. Les orthophonistes des entretiens indiquent également que la dégradation a été davantage marquée au niveau cognitif (dégradation de la mémoire), langagier (accentuation du manque du mot, dégradation de la compréhension) et psychologique.

### 4.2.2. Profil cognitif des patients dont la situation s'est dégradée



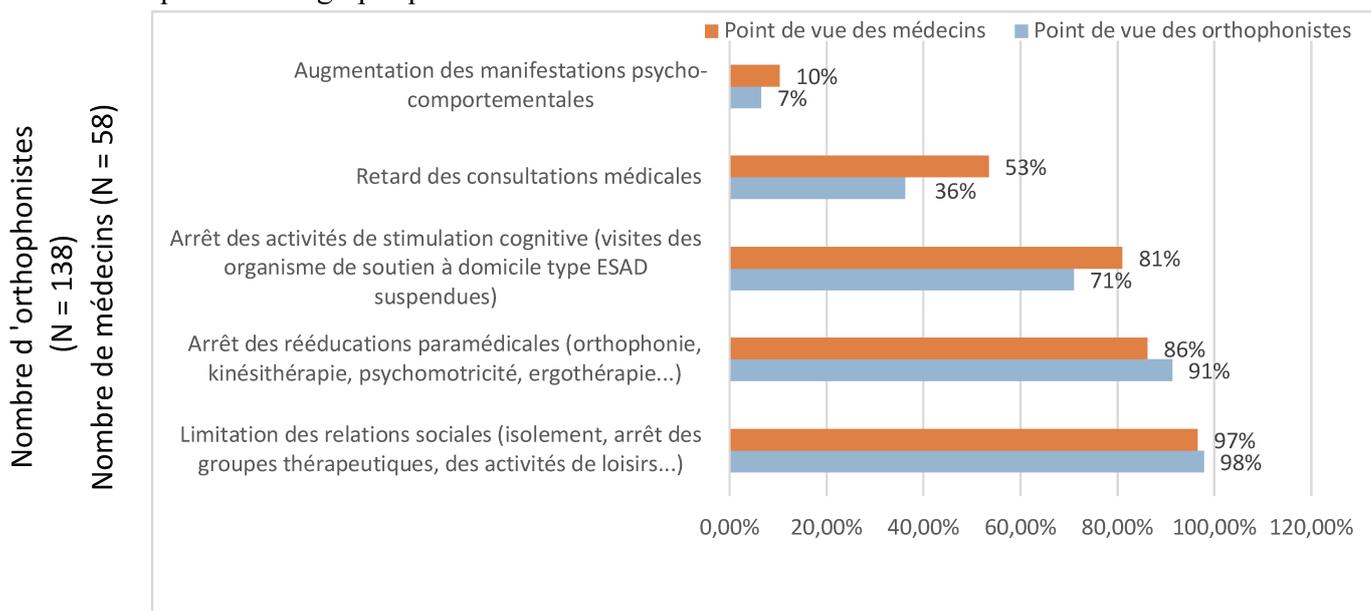
**Figure 4. Profil cognitif des patients dont la situation s'est dégradée**

Le graphique ci-dessus présente les profils cognitifs des patients s'étant dégradés. La moitié des médecins et des orthophonistes interrogés estiment que les patients ayant une atteinte modérée initiale avant le confinement sont ceux dont l'état s'est le plus dégradé à la suite du premier confinement. Ces résultats sont significatifs car  $p = 0,038$ .

#### 4.2.3. Facteurs supposés par les répondants de l'aggravation de la situation

Les orthophonistes ayant participé aux entretiens indiquent une dégradation davantage marquée chez les patients atteints d'une maladie d'expression cognitive. Ils l'expliquent par l'absence de régularité dans les séances, l'absence de déplacements et le manque de stimulation.

Les autres facteurs expliquant l'aggravation de la situation chez les patients sont expliqués dans le graphique ci-dessous.



**Figure 5. Facteurs supposés par les répondants de l'aggravation de la situation.**

### 4.3. Initiatives rapportées en faveur des personnes âgées avec PNE

#### 4.3.1. Mesures prises par les orthophonistes

Afin de faire face à la pandémie, les orthophonistes ont envisagé diverses pratiques innovantes. Les résultats indiquent que 57 % (N = 79) des orthophonistes ont mis en place un partenariat avec l'aidant (prêt de jeux, envoi d'activités), 36 % (N = 49) des orthophonistes ont eu recours à des plateformes virtuelles afin de faciliter le télésoin.

29 % (N = 21) des orthophonistes ont envisagé de prendre en charge le patient à l'extérieur du cabinet afin de réduire le risque de contamination. 5 % (N = 7) évoquent la mise en place de groupes thérapeutiques afin de maintenir les liens sociaux entre les patients.

Les orthophonistes interrogés lors de l'entretien soumettent comme idée l'apprentissage de la télé-orthophonie à la famille (petits enfants, aidants) et/ou au personnel de l'EHPAD, l'envoi d'exercices par courrier et la réalisation de séances par téléphone à l'aide du personnel de l'EHPAD ou d'un proche.

### 4.3.2. Mesures prises par les médecins

Les mesures prises par les médecins afin de maintenir le suivi avec les patients âgés atteints de PNE sont :

- La réponse à des demandes d'avis du patient, de l'entourage par mail ou téléphone (62 %, N = 36)
- La prise de contact régulière avec les patients et leurs proches (48 %, N = 28)
- L'envoi de prescription par mail ou courrier (41 %, N = 24)
- La téléconsultation (34 %, N = 20)
- L'évaluation à distance des troubles cognitifs (24 % ; N = 14) et moteurs (9 % ; N = 5)
- La mise en place d'équipes mobiles pour assurer la continuité des soins (9 % ; N = 5)
- La formation et/ou l'accompagnement de l'aidant (9 % ; N = 5)
- Les réponses obtenues dans la catégorie « autre » (20 %, N = 10) reprennent le maintien des visites à domicile et le renforcement des liens avec l'EHPAD.

Selon les médecins, les solutions à apporter pour améliorer la prise en soin des patients âgés avec PNE en période de pandémie sont l'autorisation des visites des proches (76 %, N = 44), l'autorisation des séances de rééducation (67 %, N = 39), la mise en place d'un partenariat entre les différents professionnels de santé (52 %, N = 30), la présence de bénévoles chargés de rendre visite aux patients isolés (47 %, N = 26), l'évaluation de l'état nutritionnel (33 %, N = 19) et cognitif (24 %, N = 14) du patient, la mise en place d'une ligne d'écoute (24 %, N = 14) et le développement d'applications prévenant les troubles chez les patients âgés avec PNE (16 %, N = 9).

### 4.4. Répercussions positives de la pandémie

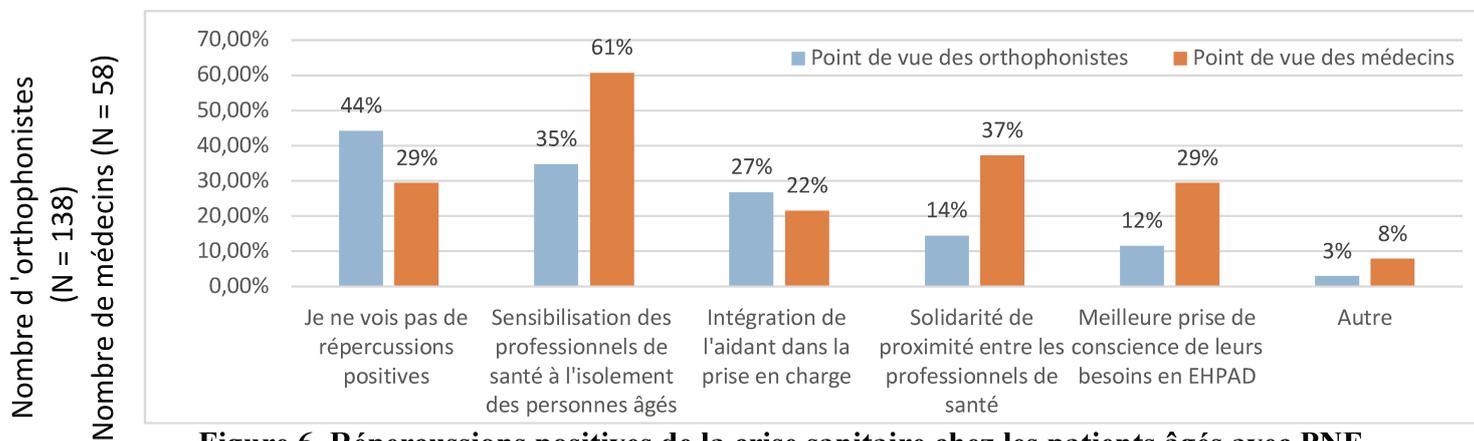


Figure 6. Répercussions positives de la crise sanitaire chez les patients âgés avec PNE.

Le graphique présenté ci-dessus reprend l'opinion des répondants concernant les répercussions positives de la crise sanitaire sur les patients âgés avec PNE. Les réponses retrouvées dans la catégorie « autre » sont une meilleure prise de conscience de la nécessité des rééducations paramédicales, la prise de conscience des troubles et de l'ampleur des troubles par les aidants et le coup de projecteur fait par les médias sur la qualité de vie des seniors.

## **Discussion**

Après avoir rappelé les principaux résultats issus des questionnaires et des entretiens, nous les mettrons en lien avec les données issues de la littérature. Ensuite, nous exposerons les limites de notre étude. Nous aborderons enfin les implications cliniques et d'éventuelles pistes de futures recherches.

### **1. Analyse des résultats et confrontation aux données de la littérature**

Le premier objectif de ce mémoire était de déterminer si les soins orthophoniques auprès des personnes âgées atteintes de PNE avaient été poursuivis au début de la pandémie liée à la Covid-19, c'est-à-dire de la période de mars 2020 à novembre 2020, et de nous interroger sur les raisons incitant l'arrêt ou la poursuite des soins orthophoniques destinés à cette patientèle.

Les résultats obtenus suggèrent que, durant le premier confinement, s'étendant de la période de mars à mai 2020, la majorité des interventions orthophoniques destinées aux patients âgés atteints de PNE a été interrompue. En raison de l'absence d'équipements de protection, les orthophonistes n'ont pas pu exercer leur activité en présentiel. La télé-orthophonie a été autorisée à partir du 26 mars 2020 mais peu d'orthophonistes ont poursuivi la prise en soin avec ce mode d'exercice durant le premier confinement. Les facteurs influençant la mise en place de la télé-orthophonie avec les patients âgés atteints de PNE sont une atteinte cognitive légère et une autonomie préservée chez le patient ainsi que la présence, la disponibilité et la capacité de l'aidant à mettre en place la télé-orthophonie.

À la sortie du premier confinement, les résultats laissent supposer que les orthophonistes ont continué de suivre des patients âgés avec PNE. La reprise des soins en présentiel, pour les patients qui bénéficiaient déjà d'un suivi orthophonique, a majoritairement été décidée par le patient ou son aidant. Cette reprise semble également avoir été fortement dépendante du niveau d'atteinte du patient et du type de suivi proposé. Souvent, il s'agissait de patients avec des troubles mineurs et suffisamment autonomes pour se déplacer au cabinet. En majorité, le nombre de séances par semaine habituellement proposé aux patients n'a pas diminué. La réduction du nombre de séances par semaine pourrait s'expliquer par la dégradation de l'état cognitif du patient et la prise en charge de demandes considérées comme plus urgentes par les orthophonistes.

Dans certains cas, la reprise des soins en présentiel à la sortie du premier confinement n'a pas pu être réalisée. Les facteurs ayant influencé l'absence de reprise des soins orthophoniques sont le refus du patient et/ou de son aidant de se rendre au cabinet en raison du risque de se contaminer durant le trajet ou au cabinet, la suspension des visites par les EHPAD, le refus de l'orthophoniste de poursuivre les prises en charge au vu des contraintes sanitaires à respecter et la décision du patient et/ou de son aidant de ne pas poursuivre le suivi à la suite du premier confinement. La décision de mettre fin au suivi par l'aidant pourrait s'expliquer par une dégradation trop importante du patient lors du premier confinement et la gestion plus difficile pour lui de la poursuite de ces soins. Le placement du patient en institution suite à un syndrome de glissement parfois lié à une infection au SARS-CoV-2 pourrait également expliquer l'absence de reprise des soins. Par ailleurs, certains cas de décès de patients, liés ou non à la Covid-19, ont été rapportés. Des personnes âgées ont mis fin à leurs jours lors du premier confinement car

l'isolement était insupportable. Dans la littérature, Piccoli (2020) indique que l'isolement social est la troisième cause de mortalité en France pour les personnes âgées de plus de 75 ans. D'autres études montrent que la crise liée à la Covid-19 participerait à l'aggravation de la vulnérabilité suicidaire chez les personnes âgées (Conejero et al., 2020).

Le second objectif de ce mémoire était d'observer les changements dans les prises en soin orthophoniques destinées aux patients âgés avec PNE durant la crise sanitaire et les adaptations mises en œuvre par les orthophonistes pour poursuivre les soins en respectant les mesures barrières.

Les recommandations faites par la Fédération Nationale des Orthophonistes concernant les mesures barrières à respecter lors de la reprise en présentiel ont eu des répercussions sur les soins orthophoniques destinés aux patients âgés avec PNE. Notre étude montre que le port du masque et la distanciation physique ont eu des conséquences non-négligeables. Les patients avec PNE sont très sensibles aux indices non-verbaux (Senicola et al., 2020). En accentuant les difficultés auditives et en perturbant la prise d'indices visuels issus de la lecture labiale et de la communication non-verbale, le masque a ainsi conduit à une altération de la compréhension des patients. Pour certains patients, le port du masque a également entraîné une gêne kinesthésique, voire respiratoire. De plus, le masque a majoré les difficultés cognitives des patients (difficultés d'acceptation du port du masque car ils n'en comprenaient pas l'intérêt). Les éléments décrits ci-dessus ont eu des répercussions sur le comportement des patients qui étaient plus agités en séance. Le masque inclusif pourrait être une alternative pour améliorer l'intervention orthophonique mais celui-ci n'a été que très peu utilisé. Cela pourrait s'expliquer par son coût plus important par rapport à un masque chirurgical. Par ailleurs, l'absence de contact corporel engendrée par la distanciation physique a eu des répercussions sur la relation thérapeutique avec le patient. Geddes (2020) insistait également sur les conséquences du manque de contact physique sur la qualité des soins. En cette période de pandémie et afin de pallier ces difficultés, certains orthophonistes interrogés ont indiqué avoir eu un discours rassurant, jusqu'à parfois modifier les priorités de rééducation pour limiter l'état anxigène du patient. La posture adoptée par les orthophonistes est en accord avec les données recueillies dans la littérature.

Les techniques rééducatives ont également dû être adaptées. Celles touchant la sphère oro-myo-faciale ont souvent nécessité le port de gants et d'un masque FFP2 par l'orthophoniste. Le recours à l'écrit, l'accentuation de l'articulation et de la gestualité, l'augmentation de l'intensité de la voix et le recours au masque inclusif ont été indispensables pour faciliter la compréhension du patient. La mise en place de la télé-orthophonie a aussi occasionné beaucoup d'adaptations de la part des professionnels. Les avantages de la télé-orthophonie soulignés par les orthophonistes pour les patients âgés avec PNE sont une amélioration de l'accès aux soins, un maintien de la sécurité sanitaire et du lien social avec le patient, une réduction des déplacements du patient et le maintien du patient dans son environnement naturel réduisant ainsi son niveau de stress. La télé-orthophonie laisse également la possibilité de conserver une souplesse dans les modalités d'intervention orthophonique et de proposer une prise en charge plus écologique faisant intervenir l'aidant. Les limites de la télé-orthophonie auprès des patients âgés avec PNE relèvent de problématiques matérielles (absence de familiarité du patient avec la technologie, manque d'équipements...), de problématiques liées à la qualité des soins (diminution de la communication non-verbale, manque de proximité physique, altération de la confidentialité des données), de problématiques liées aux soins orthophoniques (soins physiques non-réalisables, moindre matériel de rééducation virtuelle, absence de la composante manipulation,

temps de préparation des séances plus important) et de problématiques liées à l'état du patient (difficultés auditives, visuelles, troubles cognitifs). De manière générale, le télésoin semble donc avoir été bénéfique pour maintenir les liens avec les patients et réduire leur sentiment d'isolement mais celui-ci ne permet pas une prise en charge globale. En effet, l'examen physique est restreint et il est difficile de s'appuyer uniquement sur les paroles ou ressentis du patient, surtout en cas de PNE. Afin d'améliorer le télésoin, l'implication des aidants dans la prise en charge du patient semble donc primordiale. En effet, ils peuvent participer au diagnostic et à la rééducation de leur proche, mais aussi les aider à prendre conscience de leurs troubles, les motiver et réduire leur état anxieux (Senicola et al., 2020). Cependant, lorsque les aidants familiaux sont âgés, ils peuvent aussi être limités dans le soutien apporté à leurs proches.

Le troisième objectif de ce mémoire était de se renseigner sur les conséquences des modifications d'accès aux soins pour les patients âgés avec PNE.

Le contexte sanitaire a entraîné une diminution des consultations des médecins généralistes et des spécialistes auprès des patients âgés avec PNE et un retard de diagnostic médical pour ces patients. De plus, les résultats suggèrent que la pandémie liée à la Covid-19 a entraîné une aggravation des troubles pré-existants chez les patients âgés avec PNE. Des répercussions importantes de la pandémie sur l'aspect psycho-comportemental, cognitif et langagier ont été décrites. Les résultats obtenus sont en accord avec ce qui a été dit dans la littérature. De plus, l'accentuation des troubles se serait davantage manifestée chez les patients présentant une atteinte modérée initiale (MOCA entre 10 et 18).

Cependant, la dégradation de l'état des patients ne semble pas dépendre uniquement de leur atteinte antérieure. En effet, la richesse de l'environnement et des interactions ainsi que la présence d'un aidant familial en bonne santé et réactif semblent également être des facteurs fondamentaux. Les patients les plus isolés ont parfois été ceux pour qui les répercussions ont été les plus importantes, peu importe leur niveau d'atteinte. Pour certains patients hébergés à domicile, la période liée à la Covid-19 a aussi parfois été bien vécue. Ceux-ci ont trouvé un avantage au confinement puisqu'ils n'ont eu aucune obligation à être stimulés, ont été constamment entourés de leurs aidants et n'ont pas eu de difficultés d'orientation spatiale puisque leurs sorties étaient restreintes par le confinement. Le confinement pouvait alors être difficilement vécu par les aidants familiaux avec notamment une augmentation de leur niveau de stress et du risque de dépression car ils se sentaient surmenés (Mok et al., 2020).

Une dégradation davantage marquée a été soulignée pour les patients atteints de pathologies d'expression cognitive comme la maladie d'Alzheimer, les troubles cognitifs vasculaires, la maladie à corps de Lewy et la dégénérescence lobaire fronto-temporale. Les auteurs parlent notamment d'une majoration de l'oubli, de la confusion et de la désorientation spatio-temporelle (Rainero et al., 2021). La détérioration de l'état cognitif des patients pourrait s'expliquer par la limitation des relations sociales (isolement en chambre, arrêt des groupes thérapeutiques, des activités de loisirs), la diminution des activités de stimulation cognitive (suspension des rééducations paramédicales et des visites d'organisme de soutien à domicile type ESAD), l'accentuation des manifestations psycho-comportementales comme le niveau d'anxiété ainsi que la difficulté à gérer les changements d'habitudes de vie quotidienne.

La pandémie liée à la Covid-19 a également eu des effets positifs. Elle a permis de sensibiliser le grand public et les professionnels de santé aux conditions de vie et à la qualité de vie des seniors, de mieux intégrer l'aidant dans la prise en soin du patient et de mieux comprendre les besoins des patients et leurs troubles. De manière plus générale, la crise sanitaire a

permis de mettre en lumière la vulnérabilité des personnes âgées et de développer une solidarité générationnelle (prise de nouvelles, portage de courses) et une solidarité de proximité entre les professionnels de santé.

Enfin, le quatrième et dernier objectif de ce mémoire était de rapporter et d'envisager des pratiques innovantes, à la faveur de la pandémie, pour améliorer la prise en soin globale et orthophonique du patient âgé atteint de PNE.

Afin d'améliorer la prise en charge orthophonique des personnes âgées avec PNE, le renforcement du partenariat avec l'aidant et sa meilleure intégration dans la prise en charge permettrait d'assurer la continuité des soins. La formation des proches des patients (petits-enfants, aidants, personnel de l'institution) à la télé-orthophonie pourrait ainsi être envisagée. Cela permettrait, grâce à l'intervention d'un orthophoniste à distance, de superviser les séances des patients. Les proches des patients pourraient ainsi favoriser matériellement la télé-orthophonie et compléter l'intervention orthophonique par une attitude et des stimulations adéquates. Pour les patients plus autonomes, le développement d'applications numériques de stimulation cognitive serait également intéressant afin qu'ils bénéficient d'un entraînement quotidien lorsque les séances d'orthophonie ne peuvent pas être réalisées. En effet, comme évoqué précédemment, l'interruption des suivis paramédicaux a eu des effets négatifs sur les capacités cognitives des patients.

Concernant la prise en soin globale des patients, la continuité des soins a été faite en privilégiant les contacts par téléphone, mails et téléconsultations. L'évaluation à distance des troubles cognitifs et moteurs des patients par les aidants a été proposée par les médecins mais les outils d'évaluation n'ont pas toujours pu être adaptés. De plus, le renforcement des liens avec les EHPAD et la poursuite des interventions à domicile par les réseaux de santé gériatrique et les médecins généralistes ont été réalisés durant la crise sanitaire. Ainsi, afin d'améliorer la prise en soin des patients âgés avec PNE en période d'une pandémie, il semble important de maintenir de façon permanente un lien social (autorisation de la visite des proches, des séances de rééducation, visites de bénévoles pour les patients isolés, mise en place d'une ligne d'écoute), d'évaluer l'état nutritionnel et cognitif par l'aidant et de développer des applications préventives. Piccoli (2020) évoquait déjà certaines applications de prévention pour prévenir les troubles chez les personnes âgées mais celles-ci n'ont pas été rapportées par les médecins interrogés. Les différentes recommandations faites par le Gouvernement, les associations de malades et les professionnels de santé ont, elles aussi, souligné l'importance d'entretenir les liens sociaux pendant le confinement. Puisque les visites étaient interdites, les interactions ont dû se faire à distance. L'utilisation des nouvelles technologies pour maintenir les liens sociaux en période de pandémie s'avère donc nécessaire. En revanche, cela n'est pas toujours réalisable en raison de la fracture numérique chez les seniors (Meisner et al., 2020). La reconnaissance du statut de l'aidant et le maintien du lien entre la médecine de ville et les hôpitaux nous semblent aussi essentiels pour assurer une meilleure coordination des soins gériatriques à l'avenir.

## **2. Limites de notre étude**

Notre enquête, constituée de questionnaires et d'entretiens, comporte des imperfections méthodologiques qui seront expliquées ci-dessous.

Tout d'abord, il existe un biais lié à la sélection des sujets de notre étude. La source potentielle de notre biais de sélection correspond aux sujets non-répondants. Les questionnaires

dédiés aux orthophonistes ont été diffusés sur le réseau social Facebook. Par conséquent, les orthophonistes n'ayant pas accès à ce réseau social n'ont pas pu compléter le questionnaire. De plus, l'échantillon des médecins interrogés est relativement faible (N = 58). Enfin, certains questionnaires ont été remplis de manière incomplète. Les données n'ont donc pas toujours pu être exploitées. Les éléments évoqués ci-dessus peuvent ainsi nous interroger sur la représentativité de notre échantillon puisque les analyses réalisées sur un faible nombre d'individus conduisent rarement à des résultats significatifs (Parizot, 2012).

Notre enquête est également concernée par des biais survenus lors du recueil d'informations. Un premier biais d'information est lié aux enquêtés. Les difficultés de compréhension des enquêtés vis-à-vis des questions peuvent conduire à des biais d'information. Par exemple, même si nos questionnaires ont été préalablement testés, certains répondants ont eu des difficultés avec la formulation de certaines questions, notamment lorsqu'ils ne savaient pas si les questions faisaient référence à la période du confinement ou après le confinement. Notre étude est aussi concernée par un biais d'information particulier appelé biais de mémorisation. Les questionnaires font appel à la mémoire des sondés sur ce qu'ils ont vécu durant le début de la pandémie liée à la Covid-19, de mars à novembre 2020. Les questionnaires ont été diffusés en septembre 2021, certaines réponses peuvent donc être erronées. Enfin, les enquêtés peuvent avoir tendance à donner la réponse la plus valorisante pour leur image. Il s'agit du biais de désirabilité sociale. Certains aspects peuvent donc avoir été minimisés. Nous retrouvons également dans cette étude un biais d'information lié à l'enquêteur. En effet, les réponses obtenues à partir des questions ouvertes dans le questionnaire dédié aux orthophonistes ainsi que durant les entretiens dédiés aux orthophonistes impliquent la subjectivité de l'enquêteur. Le risque est donc que l'enquêteur interprète les réponses en fonction de ses opinions ou ses connaissances (Parizot, 2012).

Une autre limite que nous pouvons souligner à notre étude est que l'impact de la pandémie sur les aidants des personnes âgées avec PNE n'a pas été évoquée dans nos questionnaires. Pourtant, selon les études, 70 % des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée vivaient à domicile, dont 25 % à un stade sévère de leur maladie. Cela demande donc une implication importante de la part des aidants familiaux (Pitaud & Valarcher, 2007). Durant la crise sanitaire, certains aidants devaient également maintenir leur activité professionnelle, se protéger et protéger leur proche du point de vue sanitaire (Piccoli, 2020). Par ailleurs, notre étude se restreint au contexte du début de la pandémie liée à la Covid-19 en 2020, avant l'arrivée des variants. Au début de la rédaction de ce mémoire, nous ne pensions pas que la pandémie allait continuer d'évoluer, notamment avec l'arrivée des variants et que nous devrions vivre avec ce virus pendant plusieurs années. Les résultats obtenus pour ce mémoire ne concernent donc que l'impact de la pandémie sur les personnes âgées avec PNE de mars à novembre 2020. Depuis, un assouplissement des mesures barrières a pu être observé, notamment grâce à la mise en place de la vaccination.

### **3. Apports de notre étude et perspectives cliniques**

Malgré les limites évoquées ci-dessus, notre étude permet d'apporter des informations sur la gestion des suivis orthophoniques et de la prise en soin globale des patients âgés avec PNE en France lors du début de la pandémie liée à la Covid-19, avant l'arrivée des variants. En effet, à notre connaissance, aucun article français dédié aux interventions orthophoniques destinées aux patients âgés avec PNE n'a été publié à ce sujet.

Concernant les perspectives cliniques de notre étude, il nous semblerait intéressant de comparer l'impact de différentes périodes de la pandémie liée à la Covid-19 sur les personnes âgées avec PNE. En effet, la levée de certaines restrictions comme le confinement et la mise en place de la vaccination a permis d'autoriser de nouveau les visites auprès des personnes âgées. En limitant l'isolement social des personnes âgées atteintes de PNE, les conséquences de la pandémie ne seront probablement pas les mêmes. Il serait également intéressant de recueillir des témoignages des aidants familiaux ou professionnels des patients âgés avec PNE afin d'appréhender la manière dont ils ont vécu la pandémie puisque la dyade aidant/patient dans le cadre des PNE ne semble pas dissociable. Enfin, les différents retours faits par les orthophonistes et les médecins nous laissent penser qu'il serait pertinent de développer une plateforme virtuelle collaborative destinée à la prise en soin orthophonique et globale des patients âgés avec PNE. Sur cette plateforme, nous pourrions regrouper différents matériels utilisables en télé-orthophonie mais aussi des activités de stimulation cognitive à envoyer aux patients, des conseils pour les aidants et des applications prévenant les troubles cognitifs et moteurs.

## Conclusion

Les mesures sanitaires prises pour lutter contre la pandémie liée à la Covid-19 ont eu des répercussions sur la santé des Français et n'ont pas épargné les patients âgés atteints de PNE. Dans ce mémoire, nous souhaitons apprécier le début de la pandémie liée à la Covid-19 sur la prise en soin orthophonique et globale destinée à cette population, observer les répercussions de cette période sur les symptômes préexistants chez ces patients et identifier les stratégies mises en place par les soignants pour pallier les difficultés d'accès aux soins pour le diagnostic et la poursuite de la rééducation. Pour réaliser cette étude, nous avons créé deux questionnaires, l'un à destination des médecins, l'autre à destination des orthophonistes et réalisé des entretiens semi-directifs auprès d'orthophonistes. Les résultats obtenus et confrontés aux données de la littérature nous ont permis de répondre à nos différents objectifs. Peu d'orthophonistes ont poursuivi les soins via la télé-orthophonie avec cette population durant le premier confinement. La poursuite des soins en présentiel à la sortie du premier confinement s'est faite de manière contraignante, le masque et la distanciation physique ayant eu un impact sur les interventions orthophoniques auprès des patients âgés. De plus, l'isolement des personnes âgées lors du premier confinement a eu des conséquences négatives avec notamment une aggravation des symptômes psycho-comportementaux, cognitifs et langagiers, davantage marquée dans les pathologies d'expression cognitive. Par ailleurs, l'examen physique orthophonique et médical a été limité par le port du masque et la téléconsultation. Cette période sanitaire a pu aussi, de manière positive, sensibiliser le grand public et les professionnels de santé aux conditions de vie des personnes âgées. Afin d'adapter leurs prises en soin au contexte sanitaire, les orthophonistes et les médecins ont fait preuve d'initiatives à l'aide de l'implication des aidants. Cette étude souligne donc l'importance de la collaboration avec les différents professionnels de santé et les aidants pour une prise en charge globale optimale des patients âgés avec PNE durant la pandémie liée à la Covid-19. Elle sensibilise également à l'isolement des patients âgés, c'est pourquoi la création d'une plateforme collaborative nous semble pertinente. De plus, des études concernant d'autres périodes de la pandémie pourraient être réalisées, notamment lors de l'assouplissement des restrictions sanitaires, afin d'observer si les conséquences de la pandémie sur les patients âgés avec PNE sont les mêmes lorsqu'ils sont moins isolés. Il serait également intéressant d'observer les conséquences de la pandémie sur les aidants et les soignants des patients avec PNE.

## Bibliographie

- Antonini, A., Leta, V., Teo, J., & Chaudhuri, K. R. (2020). Outcome of Parkinson's Disease Patients Affected by COVID -19. *Movement Disorders*, 35(6), 905-908. <https://doi.org/10.1002/mds.28104>
- Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif, 2e édition : Théorie et pratique*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Boutoleau-Brettonnière, C., Pouclet-Courtemanche, H., Gillet, A., Bernard, A., Deruet, A. L., Gouraud, I., Mazoue, A., Lamy, E., Rocher, L., Kapogiannis, D., & El Haj, M. (2020). The Effects of Confinement on Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease During the COVID-19 Crisis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 76(1), 41-47. <https://doi.org/10.3233/JAD-200604>
- Boutoleau-Brettonnière, C., Pouclet-Courtemanche, H., Gillet, A., Bernard, A., Deruet, A.-L., Gouraud, I., Lamy, E., Mazoué, A., Rocher, L., Brettonnière, C., & El Haj, M. (2020). Impact of Confinement on the Burden of Caregivers of Patients with the Behavioral Variant of Frontotemporal Dementia and Alzheimer Disease during the COVID-19 Crisis in France. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 10(3), 127-134. <https://doi.org/10.1159/000511416>
- Bréchat, P., Vogel, T., Bérard, A., Lonsdorfer, J., Kaltenbach, G. & Berthel, M. (2008). Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ?. *Santé Publique*, 20(5), 475-487. <https://doi.org/10.3917/spub.085.0475>
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2014). *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Edition
- Brown, E. E., Kumar, S., Rajji, T. K., Pollock, B. G., & Mulsant, B. H. (2020). Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 712-721. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.010>
- Cuffaro, L., Di Lorenzo, F., Bonavita, S., Tedeschi, G., Leocani, L., & Lavorgna, L. (2020). Dementia care and COVID-19 pandemic : A necessary digital revolution. *Neurological Sciences*, 41(8), 1977-1979. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04512-4>
- Conejero, I., Berrouguet, S., Ducasse, D., Leboyer, M., Jardon, V., Olié, E., & Courtet, P. (2020). Épidémie de COVID-19 et prise en charge des conduites suicidaires : Challenge et perspectives. *L'Encéphale*, 46(3), S66-S72. <https://doi.org/10.1016/j.en-cep.2020.05.001>
- Dietrich, P., Loison, M., & Roupnel, M. (2012). 10 – Articuler les approches quantitative et qualitative. In S. Paugam, *L'enquête sociologique* (p. 207). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0207>
- Emmertson, D., & Abdelhafiz, A. H. (2021). Care for Older People with Dementia During COVID-19 Pandemic. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 3(2), 437-443. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00715-0>
- English, K. L., & Paddon-Jones, D. (2010). Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest: *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 13(1), 34-39. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e328333aa66>
- Fernández-Ruiz, V. E., Paredes-Ibáñez, R., Armero-Barranco, D., Sánchez-Romera, J. F., & Ferrer, M. (2020). Analysis of Quality of Life and Nutritional Status in Elderly Patients with Dysphagia in Order to Prevent Hospital Admissions in a COVID-19 Pandemic. *Life*, 11(1), 22. <https://doi.org/10.3390/life11010022>
- Gaborieau, B. (2020). Conséquences du confinement : Le syndrome de glissement. *Repère en gériatrie*, 22 (185).
- Geddes, M. R., O'Connell, M. E., Fisk, J. D., Gauthier, S., Camicioli, R., Ismail, Z., & for the Alzheimer Society of Canada Task Force on Dementia Care Best Practices for

- COVID19. (2020). Remote cognitive and behavioral assessment : Report of the Alzheimer Society of Canada Task Force on dementia care best practices for COVID-19. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 12(1). <https://doi.org/10.1002/dad2.12111>
- Gélinas Proulx, A., & Dionne, É. (2010). *Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue)*. Armand Colin. <https://doi.org/10.7202/1024898ar>
- Goldin, A. E., Weinstein, B., & Shiman, N. (2020). *How Do Medical Masks Degrade Speech Reception?* 27(5), 8-9.
- Helmich, R. C., & Bloem, B. R. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Parkinson's Disease : Hidden Sorrows and Emerging Opportunities. *Journal of Parkinson's Disease*, 10(2), 351-354. <https://doi.org/10.3233/JPD-202038>
- Ladiesse, M., Léonard, T., & Birmelé, B. (2020). Les libertés en EHPAD, à l'épreuve du confinement. *Éthique & Santé*, 17(3), 147-154. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2020.07.001>
- Lallemand, C. (2016). *Entretien*. Tecfa. [https://tecfa.unige.ch/tecfa/malitt/ergo/articles/P1/entretien\(Lallemand2016\).pdf](https://tecfa.unige.ch/tecfa/malitt/ergo/articles/P1/entretien(Lallemand2016).pdf)
- Lara, B., Carnes, A., Dakterzada, F., Benitez, I., & Piñol-Ripoll, G. (2020). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Spanish patients with Alzheimer's disease during the COVID-19 lockdown. *European Journal of Neurology*, 27(9), 1744-1747. <https://doi.org/10.1111/ene.14339>
- Meisner, B. A., Boscart, V., Gaudreau, P., Stolee, P., Ebert, P., Heyer, M., Kadowaki, L., Kelly, C., Lévasseur, M., Massie, A. S., Menec, V., Middleton, L., Taucar, L. S., Thornton, W. L., Tong, C., Hoonard, D. K. van den, & Wilson, K. (2020). La nécessité des approches interdisciplinaires et collaboratives pour évaluer l'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées et le vieillissement : Déclaration conjointe de l'ACG / CAG et de la RCV / CJA. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 39(4), 487-499. <https://doi.org/10.1017/S071498082000032X>
- Mok, V. C. T., Pendlebury, S., Wong, A., Alladi, S., Au, L., Bath, P. M., Biessels, G. J., Chen, C., Cordonnier, C., Dichgans, M., Dominguez, J., Gorelick, P. B., Kim, S., Kwok, T., Greenberg, S. M., Jia, J., Kalaria, R., Kivipelto, M., Naegandran, K., ... Scheltens, P. (2020). Tackling challenges in care of Alzheimer's disease and other dementias amid the COVID-19 pandemic, now and in the future. *Alzheimer's & Dementia*, 16(11), 1571-1581. <https://doi.org/10.1002/alz.12143>
- Palermo, G., Tommasini, L., Baldacci, F., Del Prete, E., Siciliano, G., & Ceravolo, R. (2020). Impact of Coronavirus Disease 2019 Pandemic on Cognition in Parkinson's Disease. *Movement Disorders*, 35(10), 1717-1718. <https://doi.org/10.1002/mds.28254>
- Parizot, I. (2012). 5 – *L'enquête par questionnaire*. Presses Universitaires de France. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-93.htm>
- Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., & Koeberle, S. (2020). Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : La prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité. *Ethics, Medicine and Public Health*, 14, 100-539. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100539>
- Pitaud, P. & Valarcher, C. (2007). Le vécu des aidants et des malades : de l'exclusion à la reconstruction du lien social. Dans : P. Pitaud. *Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants* (pp. 87-128). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.pitau.2007.02.0087>
- Rainero, I., Bruni, A. C., Marra, C., Cagnin, A., Bonanni, L., Cupidi, C., Laganà, V., Rubino, E., Vacca, A., Di Lorenzo, R., Provero, P., Isella, V., Vanacore, N., Agosta, F., Appollonio, I., Caffarra, P., Bussè, C., Sambati, R., Quaranta, D., ... the SINDem COVID-19 Study Group. (2021). The Impact of COVID-19 Quarantine on Patients With Dementia and Family Caregivers : A Nation-Wide Survey. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12, 625-781. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.625781>

- Sabadell, V., Tcherniack, V., Michalon, S., Kristensen, N., & Renard, A. (2018). *Pathologies neurologiques : Bilans et interventions orthophoniques*. De Boeck.
- Schlögl, M., & A. Jones, C. (2020). Maintaining Our Humanity Through the Mask : Mindful Communication During COVID -19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5). <https://doi.org/10.1111/jgs.16488>
- Senicola, C. A., Smith, J. B., & Wilson, K. (2020). COVID-19 Has Changed Patient-Clinician Communication : What Can Rehabilitation Professionals Do to Enhance It? *HSS Journal*®, 16(1), 141-145. <https://doi.org/10.1007/s11420-020-09802-3>
- Warnecke, T., Dziewas, R., Wirth, R., Bauer, J. M., & Prell, T. (2019). Dysphagia from a neurogeriatric point of view : Pathogenesis, diagnosis and management. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 52(4), 330-335. <https://doi.org/10.1007/s00391-01901563-x>
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. F., & Tan, W. (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 727-733. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

### Sites consultés :

- CEOM (2011, 10 juin). *Charte Européenne d’Ethique Médicale*. <http://www.ceo-mecmo.eu/charte-europeenne-dethique-medicale-647>
- Dondaine, T. (2020, décembre 8). #14—*Troubles neuropsychologiques -Task Force Covid-19 Lille*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=tQ82qqKJTDE>
- Faure, K. (2020, novembre 27). #6—*Le cycle de l’infection en phase aiguë—Task Force Covid19 Lille*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=xQhBRqHAizY>
- Fédération Nationale des Orthophonistes (2020, 29 octobre). Protection des personnes (orthophonistes, patient, accompagnant). <https://www.fno.fr/actualites/pratiques-professionnelles>
- France Alzheimer.(2020, 26 mars). *Confinement : comment prendre soin de son proche malade ?* <https://www.francealzheimer.org/coronavirus-confinement-comment-prendre-soinde-son-proche-malade/>
- Haute Autorité de Santé (2020, 20 novembre). *Suivi des patients atteints de maladie de parkinson*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponses\\_rapides\\_covid19\\_suivi\\_des\\_patients\\_atteints\\_de\\_maladie\\_de\\_parkinson](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponses_rapides_covid19_suivi_des_patients_atteints_de_maladie_de_parkinson)
- Haute Autorité de Santé (2020, 24 novembre). *Accompagner les patients ayant une maladie chronique somatique*. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3168634/fr/accompagner-lespatients-ayant-une-maladie-chronique-somatique](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168634/fr/accompagner-lespatients-ayant-une-maladie-chronique-somatique)
- Haute Autorité de Santé (2021, 17 mars). *Mesures de prévention de la transmission du SARScoV2 pour la prise en charge des patients en milieu de soins*. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3218444/fr/mesures-de-prevention-de-la-transmission-du-sars-cov2pour-la-prise-en-charge-des-patients-en-milieu-de-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218444/fr/mesures-de-prevention-de-la-transmission-du-sars-cov2pour-la-prise-en-charge-des-patients-en-milieu-de-soins)
- INSERM (2019, 08 janvier). *La maladie d’Alzheimer. Une maladie neurodégénérative complexe mais de mieux en mieux comprise*. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
- INSERM. (2021, 28 mai). *Coronavirus et Covid-19 Du simple rhume au syndrome respiratoire aigu sévère*. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/coronavirus-sarscov-et-mers-cov>
- Robineau, O. (2020, 2 décembre). #9—*Atteintes extra-respiratoires de la COVID-19—Task Force Covid-19 Lille*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=rEoLbA2Yxil>
- Santé Publique France (2020, 7 mai). *Covid-19 et continuité des soins*. <https://www.santepubliquefrance.fr>
- Vie Publique (2020, 7 septembre). *La télémédecine, une pratique en voie de généralisation*. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>

## **Liste des annexes**

**Annexe n°1 : Questionnaire à destination des orthophonistes**

**Annexe n°2 : Questionnaire à destination des médecins**

**Annexe n°3 : Grille d'entretien**