



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de
Poitiers

Année 2022-2023

MÉMOIRE
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie
présenté par

Maéva FONTAS

LA DYSPHAGIE EN EHPAD : ÉTAT DES LIEUX DE LA
FORMATION INITIALE DES AIDES-SOIGNANTS

En co-direction : Madame Muriel GABAS, orthophoniste
 Monsieur Xavier CORMARY, orthophoniste

Autres membres du jury : Madame Emeline ALLARD, orthophoniste
 Madame Anne-Clémence NEBAS, orthophoniste



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de
Poitiers

Année 2022-2023

MÉMOIRE
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie
présenté par

Maéva FONTAS

LA DYSPHAGIE EN EHPAD : ÉTAT DES LIEUX DE LA FORMATION INITIALE DES AIDES-SOIGNANTS
--

En co-direction : Madame Muriel GABAS, orthophoniste
 Monsieur Xavier CORMARY, orthophoniste

Autres membres du jury : Madame Emeline ALLARD, orthophoniste
 Madame Anne-Clémence NEBAS, orthophoniste

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mes co-directeurs de mémoire, Madame Gabas Muriel et Monsieur Cormary Xavier, orthophonistes, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. Je les remercie pour leurs précieux conseils, leur disponibilité durant ces deux dernières années et le partage de leur expertise.

Merci également à Mmes Emeline Allard et Anne-Clémence Nebas qui m'ont fait l'honneur d'être membres de mon jury de soutenance et qui ont accordé du temps à l'évaluation de mon travail.

Je tiens à remercier l'ensemble des enseignants du Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Poitiers et plus particulièrement Mme Caillet pour sa disponibilité, son écoute et son accompagnement durant la réalisation de ce mémoire.

Je remercie les responsables pédagogiques et les formateurs en IFAS qui ont participé à cette étude en répondant favorablement à ma demande d'entretien. Ces échanges ont été d'une grande richesse et leurs propos ont énormément apporté à mon mémoire. Un grand merci à l'orthophoniste qui m'a acceptée lors de son intervention sur la dysphagie auprès des étudiants aides-soignants.

Je souhaite remercier l'ensemble de mes maîtres de stage qui m'ont formée avec bienveillance pendant ces cinq années d'études. Je remercie particulièrement Aline Boisguérin-Moussaud, Marie-Claude Duplay-Loubet et Sophie Mothe pour leurs encouragements et leurs conseils avisés.

Pour leur soutien, leurs encouragements et leur amitié durant ces cinq années, je tiens fortement à remercier Anne-Sophie, Camille, Charlotte, Morgan, Océane et Suzanne.

Enfin, je remercie ma famille de m'avoir accompagnée dans cette reconversion professionnelle et de m'avoir toujours soutenue dans mes projets. Un grand merci à Heidi, Marine et Marion pour leurs relectures. Une pensée particulière pour mon conjoint, José, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible ...

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	1
INTRODUCTION	3
PROBLÉMATIQUE	5
1. DYSPHAGIE ET FRAGILITE	5
1.1 <i>La dysphagie chez la personne âgée</i>	5
1.1.1 Qu'est ce qu'une personne âgée ?	5
1.1.2 La déglutition chez la personne âgée.....	5
1.1.3 Définition de la dysphagie	5
1.1.4 Prévalence.....	6
1.1.5 Etiologies.....	6
1.1.5.1 Pathologies neurologiques	6
1.1.5.2 Pathologies de la sphère ORL.....	7
1.1.5.3 Pathologies iatrogènes	7
1.1.5.4 Pathologies stomatologiques.....	7
1.1.6 Symptômes	8
1.1.7 Complications et conséquences.....	8
1.1.7.1 Conséquences respiratoires.....	8
1.1.7.2 Conséquences nutritionnelles	9
1.1.7.3 Conséquences psycho-sociales	9
1.2 <i>La notion de fragilité</i>	10
1.2.1 Définition : un manque de consensus.....	10
1.2.2 Le phénotype de la fragilité de Fried et al.	11
1.2.3 L'approche cumulative de Rockwood.....	11
1.3 <i>Lien fragilité/dysphagie</i>	11
2. LA DYSPHAGIE EN EHPAD	12
2.1 <i>Le repas en EHPAD</i>	12
2.2 <i>L'équipe pluridisciplinaire</i>	13
2.2.1 Le directeur d'établissement.....	13
2.2.2 Le médecin traitant et le médecin coordonnateur.....	14
2.2.3 Le personnel soignant.....	14
2.2.3.1 Les infirmiers.....	14
2.2.3.2 Les aides-soignants	14
2.2.4 L'orthophoniste	15
2.2.5 Les autres professionnels.....	15
2.3 <i>La prise en charge de la dysphagie en EHPAD</i>	16
2.3.1 Dépistage	16
2.3.2 Adaptation	17
2.3.2.1 Aménagement de l'environnement durant le repas	17
2.3.2.2 Adaptation des aliments.....	17
2.3.2.3 Le principe d'autonomie aidée	18
2.3.3 Les soins bucco-dentaires.....	19
2.3.4 Compensation/rééducation	19
2.3.4.1 Postures et manœuvres.....	19
2.3.4.2 Rééducation orthophonique	19
2.3.4.3 Education thérapeutique du patient.....	20
3. LA FORMATION INITIALE DES SOIGNANTS	21
3.1 <i>Un manque dans la formation initiale des soignants</i>	21
3.1.1 Les programmes de formation en France	21
3.1.2 Une incompréhension des recommandations données par les orthophonistes	22
3.1.3 La place des soins bucco-dentaires dans la formation initiale des soignants en EHPAD	22
3.1.4 Qu'en pensent les professionnels ?.....	22
3.2 <i>La formation initiale des aides-soignants</i>	23
3.3 <i>La formation conduisant au Diplôme d'État d'Aide-Soignant en France</i>	24
3.3.1 Historique de la formation.....	25
3.3.2 Une modification récente du référentiel de formation	25
3.3.3 Une absence du terme « dysphagie » dans le référentiel de formation	26
4. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	27

MÉTHODE 29

1.	L'ETUDE QUALITATIVE : LE CHOIX DE L'ENTRETIEN.....	29
2.	DEFINITION DE LA POPULATION	29
3.	MODE D'ACCES	29
4.	TAILLE DE L'ECHANTILLON	30
5.	RECUEIL DES DONNEES	31
5.1	<i>Les entretiens semi-directifs, les supports de formation et le carnet de bord.....</i>	31
5.2	<i>Le contexte des entretiens.....</i>	32
5.3	<i>La construction du guide d'entretien.....</i>	32
5.4	<i>L'enregistrement des entretiens.....</i>	34
5.5	<i>La retranscription des entretiens.....</i>	34
5.6	<i>Retour des retranscriptions</i>	34
5.7	<i>Le recueil des données lors de l'enquête de terrain.....</i>	34
6.	ANALYSE DES DONNEES.....	35
6.1	<i>Analyse par extraction des thèmes</i>	35
6.2	<i>Analyse des supports de formation.....</i>	35

RÉSULTATS 37

1.	LES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	37
2.	LA DYSPHAGIE : UNE NOTION INDISPENSABLE ET TRANSVERSALE.....	38
3.	LES CONNAISSANCES DES EAS SUR LA DYSPHAGIE EN EHPAD	39
3.1	<i>La présentation de la dysphagie aux EAS</i>	39
3.1.1	<i>Qui donne les cours ?</i>	39
3.1.2	<i>Etiologies et facteurs de risque.....</i>	40
3.1.3	<i>Symptômes</i>	40
3.1.4	<i>Complications et conséquences</i>	41
3.1.5	<i>Adaptations.....</i>	42
3.1.6	<i>Équipe pluridisciplinaire</i>	43
3.1.7	<i>La communication avec le patient lors des repas</i>	45
3.1.8	<i>Une place particulière donnée aux soins bucco-dentaires.....</i>	46
3.2	<i>Le contexte de l'EHPAD.....</i>	47
4.	LES APPORTS DU NOUVEAU REFERENTIEL DE FORMATION	49
4.1	<i>La place de la dysphagie dans le nouveau référentiel.....</i>	49
4.2	<i>Une nouvelle pédagogie</i>	50
4.2.1	<i>Les cours théoriques.....</i>	50
4.2.2	<i>Les évaluations</i>	50
4.2.3	<i>La valorisation des TD</i>	51
4.2.4	<i>La proposition de cours interfilières.....</i>	52
5.	L'ORTHOPHONISTE ET LA DYSPHAGIE EN IFAS	52
5.1	<i>Le rôle de d'orthophoniste peu présenté</i>	52
5.2	<i>La place de l'orthophoniste dans la formation initiale des aides-soignants.....</i>	54

DISCUSSION..... 56

1.	RETOUR SUR LES RESULTATS ET LES HYPOTHESES DE L'ETUDE	56
1.1	<i>La dysphagie en EHPAD (hypothèse 1)</i>	56
1.1.1	<i>Une notion absente du référentiel de formation</i>	56
1.1.2	<i>Une disparité manifeste dans l'enseignement</i>	56
1.1.3	<i>Une assimilation EHPAD/vieillesse</i>	58
1.2	<i>Une évolution de la pédagogie avec le nouveau référentiel (hypothèse 2)</i>	60
1.3	<i>Le manque d'orthophoniste dans les structures comme manque de connaissance du métier (hypothèse 3).....</i>	62
1.4	<i>La valorisation des intervenants extérieurs (hypothèse 4).....</i>	63
2.	CRITIQUES ET LIMITES METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE	64
2.1	<i>Critiques de l'étude</i>	64
2.1.1	<i>Le guide d'entretien.....</i>	64
2.1.2	<i>Un manque dans l'équipe pluridisciplinaire.....</i>	64
2.2	<i>Limites méthodologiques</i>	64
2.2.1	<i>Le recrutement de la population</i>	64
2.2.2	<i>Une enquêtrice non formée</i>	65
2.2.3	<i>Un état des lieux d'une autre formation</i>	66
2.2.4	<i>Limites bibliographiques</i>	66

3.	QUESTIONS SOULEVEES PAR L'ETUDE.....	67
3.1	<i>Des équivalences de blocs de compétences.....</i>	67
3.2	<i>Les aides-soignants et leurs représentations.....</i>	68
3.3	<i>La nécessité de la formation continue.....</i>	69
3.4	<i>Le rôle de l'institution.....</i>	71
3.5	<i>Le fonctionnement de la restauration en EHPAD.....</i>	72
3.6	<i>Les contraintes de recrutement sur le terrain.....</i>	74
3.7	<i>Les aidants en EHPAD.....</i>	75
4.	APPORTS DE L'ETUDE.....	77
4.1	<i>Apports pour la pratique orthophonique.....</i>	77
4.2	<i>Apports personnels.....</i>	78
CONCLUSION		79
BIBLIOGRAPHIE		81
ANNEXES		92

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes de Soins d'Urgence
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide(s)-Soignant(s)
ASH : Agents de Service Hospitalier
ASHA : American Speech Language Hearing Association
ASSP : Accompagnement, Soins et Service à la Personne
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CAFAS : Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignant
CFUO : Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
CLAN : Comités de Liaison en Alimentation et en Nutrition
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EAS : Étudiants Aides-Soignants
EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESSD : European Society for Swallowing Disorders
ETP : Équivalent Temps Plein
GOSO : Grille d'Observation en Santé Orale
HACCP : Hazard Analysis and Critical Control Points
HAS : Haute Autorité de Santé
IDDSI : International Dysphagia Diet Standardisation Initiative
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IFAS : Institut de Formation d'Aides-Soignants
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
ILFOMER : Institut Limousin de Formation aux METiers de la Rééducation
INSEE : l'Institut National de la Statistiques et des Études Économiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

SAPAT : Service à la Personne et Aux Territoires

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gériologie

SOHDEV : Santé Orale, Handicap, Dépendance Et Vulnérabilité

TD : Travaux Dirigés

VAE : Validation d'Acquis d'Expériences

INTRODUCTION

En France, la population ne cesse de vieillir. En 2020, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) fait état que les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 20,5% de la population française (INSEE, 2020) et une dernière estimation au 1^{er} janvier 2023 montre une évolution de cette population à 21,2% (INSEE, 2023). À cette allure, dans notre pays, d'ici 2040, la proportion des personnes âgées d'au moins 65 ans pourrait atteindre jusqu'à 25%.

Le vieillissement de la population amène de nouvelles problématiques impliquant des prises en charge spécifiques notamment pour la dysphagie, qui nous intéresse plus particulièrement ici. Les personnes âgées représentent une population à risque de dysphagie et ce d'autant plus qu'elles vivent en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) où sa prévalence oscille entre 30 et 70% (Capet et al., 2007) contre 8 à 38% pour les personnes âgées vivant à domicile (Desport et al., 2014 ; Puisieux et al., 2009).

Face aux risques liés à la dysphagie, les professionnels en EHPAD évoluant autour des personnes dysphagiques se doivent d'être formés. Les aides-soignants (AS) sont les professionnels de santé en contact permanent avec les résidents des EHPAD. Ils sont donc les mieux placés pour repérer les symptômes de la dysphagie et mettre en application les adaptations. Dans cette optique, la formation initiale des AS sur la dysphagie est essentielle pour assurer une prise en soin adaptée des résidents atteints de dysphagie en EHPAD.

L'orthophoniste est un professionnel de santé s'intéressant aux altérations de la sphère oro-faciale. La prise en charge de la dysphagie rentre donc dans ses compétences. De plus, comme le précise le référentiel d'activités, l'orthophoniste peut former des professionnels de santé mais aussi organiser et coordonner les soins dans une équipe pluridisciplinaire (Bulletin Officiel N°32, 2013). Il apparaît donc que l'orthophoniste gagne à être le référent autour de la dysphagie en EHPAD et sera donc amené à travailler en collaboration et/ou à former les autres professionnels de la structure dont les AS.

Ce sont pour ces raisons que nous nous sommes intéressés à la formation initiale des AS. L'objectif de notre étude sera de réaliser un état des lieux de la formation initiale des AS concernant la dysphagie en EHPAD. Ainsi, nous nous sommes demandé si la formation initiale des AS sur la dysphagie en EHPAD constituait une limite dans la prise en charge efficace de cette dernière compte tenu d'une récente modification du référentiel de formation.

De plus, nous nous sommes interrogés sur la place de l'orthophoniste dans cette formation initiale.

Au regard de la littérature exposée dans une première partie, un guide d'entretien sera construit nous permettant de mener des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de la formation dans les Instituts de Formation d'Aides-Soignants (IFAS). Ces entretiens seront ensuite analysés par le biais d'une analyse qualitative afin de répondre à nos hypothèses. Enfin, nous discuterons ces résultats en relation avec notre cadre théorique, tout en présentant les limites et les perspectives de notre étude.

PROBLÉMATIQUE

1. Dysphagie et fragilité

1.1 La dysphagie chez la personne âgée

1.1.1 Qu'est ce qu'une personne âgée ?

La personne âgée se définit avant tout par son âge. Pour l'INSEE, c'est à partir de 65 ans (INSEE, 2020). Pour les services publics français et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous sommes considérés comme personne âgée dès 60 ans (Service public de l'autonomie, 2021 ; OMS, 2022). Cependant, d'autres facteurs en plus de l'âge vont entrer en jeu tels que les facteurs physiologiques, psychologiques et environnementaux pouvant entraîner une perte d'autonomie (INSEE, 2019).

Dans notre mémoire nous retiendrons la définition de l'OMS pour la personne âgée car 60 ans correspond à l'âge minimum d'entrée en EHPAD.

1.1.2 La déglutition chez la personne âgée

Au cours du vieillissement sain, les processus physiologiques en lien avec la déglutition vont s'altérer fragilisant les structures bucco-dentaires, pharyngées, laryngées et œsophagiennes impliquées dans la déglutition : c'est ce que l'on appelle la presbyphagie (Allepaerts et al., 2008 ; Woisard & Puech, 2011). Chez les personnes en bonne santé et relativement autonomes, ces changements ne semblent pas compromettre la sécurité du temps oropharyngé et ils sont bien compensés. Toutefois, chez les sujets âgés chez qui surviennent des maladies neuro-dégénératives, des affections oncologiques ou des traumatismes, ces modifications peuvent amener à une dysphagie (Allepaerts et al., 2008).

1.1.3 Définition de la dysphagie

La dysphagie correspond à une difficulté à faire passer les aliments de la bouche vers l'estomac avec des difficultés de protection des voies aériennes (Woisard & Puech, 2011). Nous pouvons retrouver, au moment de déglutir, une gêne, une douleur, un blocage ou une impossibilité à avaler (Vermeulen et al., 2018). La dysphagie entraîne des problèmes de déplacement du bol alimentaire pouvant se traduire par des épisodes de fausse route, qu'ils surviennent avant, pendant ou après la déglutition. La fausse route peut aussi être silencieuse.

La dysphagie peut affecter des individus de tout âge. Dans ce mémoire nous nous intéresserons à la dysphagie chez la personne âgée.

1.1.4 Prévalence

La prévalence de la dysphagie chez la personne âgée n'est pas vraiment connue. Les chiffres varient selon les études et en fonction des types d'exploration faits (plainte subjective, examen clinique, lieu de vie etc.). Pour les personnes âgées institutionnalisées, les chiffres donnés oscillent entre 30 et 70% (Capet et al., 2007 ; Landrin et al., 2016) alors que pour les personnes âgées vivant à domicile, la prévalence varie entre 8 et 38% (Desport et al., 2014 ; Puisieux et al., 2009).

En 2016, l'European Society for Swallowing Disorders (ESSD) a proposé la dysphagie comme étant un syndrome gériatrique en raison de sa forte prévalence chez les personnes âgées, du fait qu'elle est la résultante d'une combinaison de symptômes liés à de multiples comorbidités et qu'elle doit faire l'objet d'une intervention multidisciplinaire (Baijens et al., 2016).

1.1.5 Etiologies

Dans cette partie, nous ne citerons que les étiologies les plus fréquentes dans la population vivant en EHPAD. Landrin et al. (2016) ont établi un tableau complet des étiologies de la dysphagie (cf. Annexe 1).

1.1.5.1 Pathologies neurologiques

À l'entrée en EHPAD, les auteurs estiment à 39,8% le nombre de résidents ayant une pathologie neurodégénérative ou neurologique et à 12,7% le nombre de résidents ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) (Atramont et al., 2017).

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens

La dysphagie se retrouve chez 20 à 50% des personnes ayant une maladie de Parkinson (Landrin et al., 2016). Dans cette pathologie, une altération de l'ensemble des temps de la déglutition est observée (Gentil et al., 2021).

Dans les syndromes parkinsoniens (paralysie supranucléaire progressive, atrophie multi-systématisée etc.), de façon générale, nous allons retrouver des perturbations lors de la phase orale de préparation du bolus alimentaire. Aussi, la propulsion du bolus et le déclenchement du réflexe de déglutition peuvent aussi être altérés (Capet et al., 2007).

Maladie d'Alzheimer

Les troubles au niveau de la déglutition vont apparaître au stade avancé de la maladie et vont se caractériser par une absence de mastication, des difficultés dans la prise des liquides et un mauvais contrôle lingual (Capet et al., 2007). De plus, le ralentissement global de la

commande motrice et la diminution de la sensibilité entraînent que le patient garde en bouche le bolus sans le propulser (Gentil et al., 2021). Plus généralement, dans les démences, les difficultés liées à la déglutition sont associées à des troubles du comportement alimentaire (Puisieux et al., 2009). De plus, ces troubles peuvent être accentués lorsque l'alimentation est donnée par un tiers (Puisieux et al., 2009).

Accident vasculaire cérébral

L'AVC peut engendrer une dysphagie en fonction de la zone cérébrale atteinte (Gentil et al., 2021) et peut s'améliorer à distance de celui-ci. Cependant entre 10 et 30% des patients vont avoir une persistance de ces troubles (Puisieux et al., 2009) qui vont toucher l'ensemble des phases de la déglutition (Gentil et al., 2021).

1.1.5.2 Pathologies de la sphère ORL

Les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, survenant typiquement entre 50 et 60 ans, ainsi que les effets de leurs traitements sont la cause principale de dysphagie liée à une pathologie ORL (Capet et al., 2007). Le diverticule de Zenker, bien que rare, engendre une dysphagie et survient majoritairement chez les personnes de plus de 65 ans (Levard et al., 2005). Nous pourrions donc retrouver ces pathologies dans une population vivant en EHPAD.

1.1.5.3 Pathologies iatrogènes

La xérostomie, l'atteinte du système nerveux central et du niveau de vigilance mais aussi le reflux gastro-oesophagien (RGO) sont des effets indésirables de certains médicaments pouvant favoriser l'apparition d'une dysphagie. Les médicaments pouvant donner de tels effets sont notamment les antidépresseurs et les neuroleptiques fortement prescrits auprès des personnes âgées (Puisieux et al., 2009). Nous noterons que le RGO peut avoir un retentissement sur la dysphagie sans être lié à la iatrogénie (Woisard & Puech, 2011).

1.1.5.4 Pathologies stomatologiques

Peu citées comme étiologie de la dysphagie, les pathologies stomatologiques affectent pourtant la première phase de la déglutition et de ce fait, peuvent être source de dysphagie mais aussi de troubles de la mastication. La xérostomie, fréquemment rencontrée chez les personnes âgées, a pour cause la prise de médicaments et la respiration buccale. Elle aussi est source de troubles de la mastication et de la déglutition. Enfin, nous retrouvons une forte prévalence des candidoses oro-pharyngées dans la population gériatrique qui sont une cause de dysphagie. (Capet et al., 2007 ; Landrin et al., 2016).

1.1.6 Symptômes

Le contexte de l'interrogatoire, lors de l'évaluation clinique, permet de préciser le diagnostic de dysphagie en mettant en évidence des symptômes qualifiés de spécifiques et de non spécifiques (Landrin et al., 2016 ; Puisieux et al., 2009 ; Vermeulen et al., 2018).

Les **symptômes spécifiques** sont liés directement à la déglutition. Ces symptômes comprennent des difficultés de mastication, des stases buccales, une toux ou un étouffement (avant, pendant ou après la déglutition), un bavage, un reflux nasal, une modification de la voix après la prise alimentaire et une gêne pour avaler.

Les **symptômes non spécifiques** correspondent à des signes souvent mal interprétés et qui, pourtant, apportent des indications sur la possibilité d'une dysphagie. Ils comprennent une augmentation du temps du repas, une altération de l'état général avec une perte de poids et/ou des signes cliniques pulmonaires, la peur de la prise alimentaire, un isolement et une perte de plaisir au moment des repas.

1.1.7 Complications et conséquences

1.1.7.1 Conséquences respiratoires

Deux types de conséquences respiratoires sont à mettre en évidence dans le cas de la dysphagie : les conséquences aiguës et chroniques.

La conséquence aiguë de la dysphagie qui met en jeu directement le pronostic vital de la personne est l'inhalation d'un corps étranger qui engendre une suffocation, une dyspnée et une asphyxie (Puisieux et al., 2009). Dans ce cas, une manœuvre de compressions abdominales (ou en fonction de la corpulence de la personne une manœuvre de compressions thoraciques) est préconisée.

La conséquence respiratoire chronique majeure de la dysphagie est la pneumopathie d'inhalation. La pneumopathie d'inhalation entraîne une infection des voies aériennes inférieures et son incidence augmente avec l'âge : le risque devient six fois plus important chez les personnes de plus de soixante ans d'autant plus qu'elles sont en milieu institutionnel (Puisieux et al., 2009). Les complications les plus courantes de la pneumopathie d'inhalation sont les infections et le taux de mortalité à trente jours est de 21% (Wirth et al., 2016). Langmore et al., dans une étude, ont montré que la dysphagie est un facteur de risque des pneumopathies mais qu'elle ne peut, à elle seule, les expliquer. Les pneumopathies dépendent de facteurs de risques multiples tels que la dépendance pour manger et celle aux soins bucco-dentaire, la polypathologie, l'alimentation artificielle, le nombre de dents cariées et la fréquence des brossages (Langmore et al., 1998).

1.1.7.2 Conséquences nutritionnelles

Les apports alimentaires et hydriques sont souvent réduits chez les personnes âgées et ce pour des raisons sensorielles, physiologiques et psychosociales : diminution du goût et de l'odorat, augmentation des signaux de satiété, déclin de la pulsion centrale de l'alimentation, altération de l'état bucco-dentaire, délégation à un tiers de la charge alimentaire, la modification de la composition du foyer (veuvage) mais aussi les maladies (Morley, 2001 ; Sulmont-Rossé & Van Wymelbeke, 2019). Les personnes âgées vont aussi exclure certains aliments (viande, poisson) à haute qualité nutritionnelle de leur alimentation s'ils sont plus difficiles à avaler et ce d'autant plus si la personne âgée a des troubles de la déglutition (Cormary & Tannou, 2013 ; Sulmont-Rossé & Van Wymelbeke, 2019). Ceci amène à ce que les personnes âgées dysphagiques ont un risque accru de dénutrition et de déshydratation (Wirth et al., 2016).

1.1.7.3 Conséquences psycho-sociales

L'anxiété et la dépression semblent être fréquentes chez les patients dysphagiques. Dans leur méta-analyse, Verdonschot et al., ont montré que toutes les études prises en compte avaient conclu que la dépression et l'anxiété étaient associées de manière positive à une altération de la fonction de déglutition (Verdonschot et al., 2017). Les conséquences psychologiques telles que la peur et la dépression peuvent être considérées comme plus préoccupantes pour les patients que certaines complications comme la pneumopathie (Wirth et al., 2016).

Il est aussi possible de retrouver une perte du plaisir de manger ainsi qu'un isolement social au moment des repas (Ekberg et al., 2002). Cet isolement est dû à la gêne sociale que peuvent entraîner les symptômes de la dysphagie, à savoir, le bavage, le hémimage et la toux (Landrin et al., 2016).

Nous venons de voir que la dysphagie a un impact significatif sur la santé et le bien-être de la personne âgée. En effet, la dysphagie peut avoir un retentissement psycho-social, conduire à des problèmes respiratoires et à des difficultés de nutrition et d'hydratation. Aujourd'hui, cette notion en lien avec la personne âgée se définit au travers d'un concept central en gériatrie : le concept de fragilité.

1.2 La notion de fragilité

1.2.1 Définition : un manque de consensus

Le terme de fragilité se retrouve régulièrement dans la littérature gériatrique. En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérologie (SFGG) définit la fragilité comme un syndrome clinique reflétant une diminution des capacités physiologiques de réserve altérant les mécanismes d'adaptation au stress. L'expression de la fragilité est dépendante de divers facteurs (psychologiques, sociaux, économiques, comportementaux) mais aussi de comorbidités. La SFGG précise qu'une prise en charge des facteurs de la fragilité permet une réversibilité de celle-ci (Rolland et al., 2011). Cependant, dans la littérature, nous remarquons que la définition de la fragilité n'est pas figée et qu'elle semble difficile à établir. Lors d'une conférence sur le consensus de la fragilité, la fragilité a été définie comme « *un syndrome médical aux multiples causes, avec réduction de la réserve physiologique, vulnérabilité accrue exposant à un excès de mortalité ou à la dépendance en cas d'exposition à un stress* » (Morley et al., 2013). 80% des chercheurs présents se sont accordés sur le fait que la fragilité :

- est un syndrome clinique et non un handicap ;
- entraîne une vulnérabilité accrue dans laquelle un stress minime peut entraîner une déficience fonctionnelle ;
- peut être réversible ou atténuée par des interventions ;
- doit être détectée le plus tôt possible par les professionnels de santé ;
- est utile dans les soins primaires pour repérer et dépister les personnes à risques.

Une étude comparative de Vogel et al. montre que malgré la similitude de profils de deux patientes âgées, une aura un temps d'hospitalisation moindre que l'autre (Vogel et al., 2014). L'explication de cette différence est à chercher non pas dans le tableau clinique des patientes mais plutôt dans les facteurs de vulnérabilité de chacune (médical, physique, cognitif, psychologique et social). Cette approche multidimensionnelle de la fragilité semble prévaloir aujourd'hui : le patient doit être pris dans sa globalité (Junius-Walker et al., 2018).

Cependant, malgré ces recherches et les publications de plus en plus présentes sur la fragilité, les professionnels ont une intuition concernant la reconnaissance des personnes fragiles mais ne savent pas forcément en donner une définition précise (Pepersack et al., 2016).

Bien que le manque de consensus existe, les diverses définitions de la fragilité se basent sur deux modèles décrits dans la littérature.

1.2.2 Le phénotype de la fragilité de Fried et al.

Pour Fried et al. la fragilité est un syndrome associé à des modifications physiologiques et métaboliques engendrant des altérations physiques et amenant à la perte d'autonomie fonctionnelle (Fried et al., 2001). Ils ont mis en évidence un « phénotype de la fragilité » basé sur les cinq critères suivants : la perte de poids involontaire ; la faiblesse de la force de préhension ; la faible endurance et la diminution de l'énergie avec un épuisement ressenti par le patient ; la vitesse de marche ralentie et la sédentarité. La personne est déclarée « robuste » si elle ne répond à aucun des critères, « pré-fragile » pour un à deux critères retrouvés et « fragile » si au moins trois des critères sont présents.

Fried et al. ont fait ressortir le fait que la fragilité est aussi associée à une diminution des capacités cognitives ainsi qu'à la présence de maladies chroniques qui altèrent les réserves physiologiques des personnes âgées. La fragilité peut donc être décrite comme un syndrome physiologique qui, par le biais des critères clairs précités, peut être dépisté de façon standardisée chez la personne âgée. Ce dépistage permet d'une part de détecter les personnes à risques et d'autre part d'adapter la prise en soin.

1.2.3 L'approche cumulative de Rockwood

Rockwood et al., définissent la fragilité comme étant « *un état à risque causé par l'accumulation de déficits souvent associés à l'âge* » (Rockwood & Mitnitski, 2007). Ils proposent une approche multifactorielle et dynamique de la fragilité : plus une personne va présenter de déficits, plus la probabilité qu'elle soit fragile sera élevée. A partir de soixante-dix critères, ils ont mis au point un index de fragilité comprenant sept catégories (cf. Annexe 2) permettant de détecter le niveau de fragilité chez un sujet et de mettre en œuvre une prise en soin adaptée (Rockwood et al., 2005).

1.3 Lien fragilité/dysphagie

Ces dernières années, dans la littérature, la fragilité est largement associée à la dysphagie. Toutes deux présentent les caractéristiques d'un syndrome gériatrique car leur prévalence est plus élevée chez les sujets âgés, leur cause est multifactorielle, elles sont associées à des comorbidités, elles entraînent un risque accru d'hospitalisation ou d'institutionnalisation et elles nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire (Maeda & Akagi, 2015 ; Nishida et al., 2021 ; Yang et al., 2022).

Nous retrouvons l'association dysphagie et perte de masse musculaire. Comme nous l'avons vu précédemment dans la classification de Fried et al, la faiblesse de préhension est un des critères de la fragilité. Une diminution de la fonction de déglutition est associée à la diminution du volume et de la puissance des muscles squelettiques (Maeda & Akagi, 2015). De plus, Sakai et al. ont établi un lien entre la faiblesse de la force de la poigne et la pression linguale, indispensable pour un bon mécanisme de déglutition (Sakai et al., 2017).

Aussi, la prévalence de la dysphagie est plus importante chez les personnes fragiles ou pré-fragiles que chez les personnes qui ne le sont pas (Baijens et al., 2016). La fragilité serait un facteur prédictif de la dysphagie (Wang et al., 2020) et la dysphagie participerait à l'inauguration de la fragilité (Serra-Prat et al., 2012). La fragilité et la dysphagie s'influencent donc mutuellement.

De ce fait, il est important de pouvoir repérer les personnes fragiles pour établir un diagnostic et limiter les complications de la dysphagie (Baijens et al., 2016).

La prévalence élevée de la dysphagie chez les personnes âgées vivant en EHPAD en fait une problématique de santé publique majeure qui ne peut être résolue de manière isolée par un seul professionnel de santé. Sa prise en charge précoce est donc essentielle pour limiter ses complications et l'aggravation de l'état de fragilité des résidents. Ainsi, une prise en charge globale et coordonnée impliquant différents professionnels de santé en EHPAD est nécessaire pour garantir un accompagnement adapté du patient atteint de dysphagie.

2. La dysphagie en EHPAD

2.1 Le repas en EHPAD

Un EHPAD est un établissement médicalisé accueillant des personnes âgées dépendantes. Cette structure est au carrefour du soin et du domicile : c'est un lieu de vie où *« le soin et la prise en charge s'effacent autant que possible derrière l'accompagnement de la personne dans un projet consenti et partagé »* (Eloi & Martin, 2016).

En institution, le repas revêt plusieurs dimensions. Il est l'élément essentiel qui structure le temps et occupe une position centrale dans la vie quotidienne des résidents. Son objectif est de fournir un moment agréable encourageant la convivialité et les interactions sociales (Manoukian, 2001). Le repas est aussi un acte de soin. La lutte contre la dénutrition a augmenté la part du médical dans l'alimentation entraînant la surveillance quotidienne du niveau de consommation alimentaire (Guérin, 2018). Dans ce cadre, le repas est le lieu de

préoccupations pour les soignants s'il se passe mal et laisse place à leurs inquiétudes, à leur impuissance voire à leur colère (Manoukian, 2001). Enfin, il est un acte social et de relation car il s'épanouit dans la communication : « *Manger, c'est se nourrir et prendre du plaisir* » (Manoukian, 2001). Ce temps de relation est aussi l'opportunité, pour les résidents, d'exprimer leurs insatisfactions, préférences et dégoûts en terme d'alimentation.

Ces dimensions du repas en EHPAD peuvent être bousculées lorsque la dysphagie intervient. En effet, le temps du repas pourra être plus long et engendrer un manque de plaisir pour le résident en l'isolant socialement : le repas se positionnera seulement dans la dimension du soin qui est imposée « *par la prescription de nourritures prescrites médicalement* » (Guérin, 2018) mais aussi par la gestion des risques (Cottet et al., 2010). Dans ce cadre, les soignants devront, en accord avec les principes du rapport Belmont sur la bioéthique, tenir compte des préférences du patient, de ses convictions et valeurs afin de respecter son autonomie (Benaroyo, 2010). De plus, les professionnels doivent agir en évitant de nuire aux patients en minimisant les effets délétères des actes médicaux (Benaroyo, 2010) : il est préférable de s'abstenir de prodiguer des soins plutôt que d'introduire une nuisance.

La prise en compte des enjeux éthiques liés à la dysphagie nécessite la collaboration étroite d'une équipe pluridisciplinaire, incluant les professionnels de santé, les résidents, les familles et les proches aidants, pour garantir une approche respectueuse et adaptée à chaque situation individuelle (Kerlan, 2016).

2.2 L'équipe pluridisciplinaire

La prise en soin de la dysphagie doit se faire de manière pluridisciplinaire et « *appelle une collaboration étroite entre médecins, rééducateurs et soignants* » (Ruglio, 2017). L'équipe pluridisciplinaire est donc nécessaire pour repérer et prendre en soin les complications liées à la dysphagie (Baijens et al., 2016).

Dans cette partie, nous allons présenter les différents professionnels des EHPAD impliqués dans la prise en soin du résident dysphagique.

2.2.1 Le directeur d'établissement

Selon le décret numéro 2007-221, le directeur d'un EPHAD veille à la gestion et à l'animation des ressources humaines ainsi qu'à la coordination avec les institutions et les intervenants extérieurs (*Journal Officiel*, 2007) : c'est au directeur de l'établissement qu'il

incombe de garantir à chaque professionnel sa place au sein de la structure (Gibowski, 2012). Il va donc permettre de rassembler les différents professionnels autour d'un projet commun en les amenant à coopérer entre eux (Parmantier, 2022). L'inclusion de la dysphagie dans le projet d'établissement serait bénéfique afin d'organiser sa prise en charge autour « *de protocoles de soins validés, diffusés et connus* » (Derycke et al., 2011).

2.2.2 Le médecin traitant et le médecin coordonnateur

En EHPAD, les résidents peuvent garder leur médecin traitant qui reste responsable de leur suivi médical et de leurs prescriptions. Cependant, comme les médecins traitants exercent leur activité au sein de l'établissement, ils doivent se conformer au règlement interne de l'institution, ce qui implique de reconnaître la mission du médecin coordonnateur. (Kaltenbach & Berthel, 2005).

Le médecin coordonnateur, quant à lui, met en œuvre le projet de soins en relation avec l'ensemble du personnel de l'établissement et des professionnels extérieurs y intervenant tout en participant à l'information et à la formation continue gériatrique du personnel de l'établissement (Kaltenbach & Berthel, 2005). Dans le contexte de la dysphagie, il va évaluer les personnes pour lesquelles des difficultés alimentaires ont été rapportées, il prendra en charge les facteurs à l'origine de la dysphagie quand cela est possible et prescrira les interventions pour les autres professionnels paramédicaux (Desport et al., 2014).

2.2.3 Le personnel soignant

2.2.3.1 Les infirmiers

Selon Allepaerts et al. (2014), au vu de ses compétences, l'infirmier sera un des partenaires privilégiés de l'orthophoniste en EHPAD pour dépister les signes d'alerte de la dysphagie, garantir la bonne installation des résidents lors des repas, veiller à la bonne hygiène buccale de ces derniers et s'assurer de la bonne mise en pratique des recommandations médicales. Ce sont eux qui vont détecter si une évaluation doit être faite et alerter le médecin en conséquence (McGinnis et al., 2019). En outre, les infirmiers assurent la traçabilité des informations via le dossier de soins et font les actes de surveillance générale comme la pesée des résidents et les observations de repas (Derycke et al., 2011).

2.2.3.2 Les aides-soignants

Leur activité est coordonnée et encadrée par les infirmiers (*Code de La Santé Publique - Articles R4311-1 à D4311-15-2*, 2021). Ils sont au contact des résidents d'EHPAD durant le

temps du repas, observent le bon déroulement et accompagnent la prise alimentaire si nécessaire (Puisieux et al., 2009 ; Derycke et al., 2011). Les AS surveillent et stimulent l'hygiène bucco-dentaire (Derycke et al., 2011) et doivent être en mesure d'alerter l'équipe pluridisciplinaire en cas de risque de dysphagie. Ils seront les partenaires privilégiés de l'orthophoniste car ils devront mettre en pratique les recommandations faites (Rosenvinge & Starke, 2005).

2.2.4 L'orthophoniste

L'orthophoniste réalise dans un premier temps l'évaluation avec le bilan orthophonique de la déglutition sur prescription médicale. Puis, il propose des aménagements tels que l'adaptation des textures, le travail des postures et des exercices de renforcement de la mastication et de la déglutition (Capet et al., 2007 ; Derycke et al., 2011 ; Allepaerts et al., 2014 ; Desport et al., 2014). L'orthophoniste transmet les recommandations au personnel soignant intervenant auprès du résident et doit s'assurer de leur bonne mise en pratique. Il peut aussi former le personnel soignant sur la dysphagie ce qui permettra une meilleure coordination dans la prise en soin. Ceci répond aux compétences spécifiques de l'orthophoniste qui peut former « *des professionnels de santé en lien avec le champ d'intervention de l'orthophoniste* » (Bulletin Officiel N°32, 2013). Que ce soit en formation initiale ou continue des soignants, la formation sur la dysphagie dispensée par les orthophonistes est justifiée dans la mesure où l'orthophoniste possède les connaissances nécessaires grâce à son expérience clinique mais aussi grâce à ses connaissances théoriques. Cependant, d'autres professionnels de santé peuvent former le personnel soignant sur cette thématique comme le médecin coordonnateur et le masseur-kinésithérapeute.

2.2.5 Les autres professionnels

Le masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute effectue le bilan kinésithérapeutique de la déglutition (Derycke et al., 2011) et prend en charge la fonction respiratoire notamment avec les désencombrements bronchiques si cela est nécessaire. Il peut aussi intervenir dans la prise en soin bucco-faciale (Vermeulen et al., 2018) et, tout comme les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent participer à la formation des équipes (Derycke et al., 2011).

L'ergothérapeute

L'ergothérapeute propose des aides techniques telles que le verre à encoche nasale, des couverts adaptés ainsi qu'une adaptation de l'installation. Le but de ces aides est de

préserver l'autonomie du patient dans sa prise de repas (Vermeulen et al., 2018). L'intervention de l'ergothérapeute recherche « *la meilleure adéquation entre les choix de la personne âgée, ses possibilités et les contraintes environnementales.* » (Ferry et al., 2002).

Le diététicien

Le diététicien réalise l'évaluation de l'état nutritionnel et adapte le régime alimentaire du patient en fonction de ses besoins en énergie et protéines (Derycke et al., 2011). Une adaptation des menus sera proposée en fonction des difficultés observées en respectant les goûts et les attentes du résident (Capet et al., 2007). Le diététicien sera en collaboration étroite avec le personnel de cuisine pour s'assurer du respect des consignes faites dans la préparation des repas mais aussi avec l'orthophoniste pour l'adaptation des textures spécifiques (Allepaerts et al., 2014).

Le psychologue

En priorité, le psychologue va s'assurer de la bonne compréhension du trouble et cherche à déceler un syndrome dépressif sous-jacent chez le patient (Allepaerts et al., 2014). Il va aussi prendre en charge l'anxiété qui est une des conséquences de la dysphagie (Verdonschot et al., 2017).

Le personnel de cuisine

Le personnel de cuisine veille au respect des saveurs, met en avant des visuels attractifs et adapte les textures (Dassonville, 2010). Il travaille en étroite collaboration avec l'orthophoniste et/ou le diététicien pour la bonne mise en pratique des recommandations faites au niveau de l'alimentation. Dans leur étude, au Royaume-Uni, Rosenvinge et Starke (2005), ont montré que 54% des plats proposés aux patients dysphagiques ne prenaient pas en compte les recommandations faites par l'orthophoniste par un manque de compréhension de ces dernières.

L'ensemble des ces professionnels va agir en synergie autour du patient dysphagique pour une prise en charge globale.

2.3 La prise en charge de la dysphagie en EHPAD

2.3.1 Dépistage

L'objectif du dépistage est d'identifier les personnes à risque de dysphagie. En 2022, l'ESSD a fait un état des lieux sur le dépistage de la dysphagie chez l'adulte (Speyer et al., 2022). Pour les auteurs, l'ensemble des personnes à risque de dysphagie doit faire l'objet d'un

dépistage. Dans les personnes à risques, nous retrouvons notamment les personnes âgées fragiles, les patients ayant subi un AVC ou ayant une pathologie neurodégénérative ce qui correspond aux profils des résidents d'EHPAD. L'outil de dépistage doit être valide pour la population testée, fiable, présenter de bonnes performances diagnostiques mais aussi être non invasif et simple à administrer pour des professionnels formés. Parmi les tests de dépistages qui sont actuellement utilisés, les auteurs citent le *Toronto Bedside Swallowing Screening Test* (Martino et al., 2009), le *Gugging Swallowing Screen* (Trapl et al., 2007) et le *Volume-Viscosity Swallow* (Clavé et al., 2008) (cf. Annexe 3). De ces trois tests, deux sont disponibles en français : le *Toronto Bedside Swallowing Screening Test* et le *Gugging Swallowing Screen* (Lang & Frontier, 2017). Un autre test est aussi validé et traduit en français : le test du verre d'eau (DePippo et al., 1992). Ce test, recommandé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) consiste à faire boire sans interruption 90 mL d'eau au patient. Si une toux et/ou une altération de la voix est/sont relevée-s dans la minute qui suit la prise d'eau, cela évoque une fausse route (ANAES, 2002).

Nous retrouvons aussi, dans la littérature, des échelles d'auto-évaluation comme le *Eating Assessment Tool 10* (Belafsky et al., 2008 ; Lechien et al., 2019) et le *Dysphagia Handicap Index* (Silbergleit et al., 2012) mais elles manquent de fiabilité psychométriques (Speyer et al., 2022) (cf. Annexe 3).

2.3.2 Adaptation

2.3.2.1 Aménagement de l'environnement durant le repas

Durant le repas, l'environnement du patient doit être calme et sécurisant. Le personnel soignant veillera à éviter les distracteurs auditifs comme la télévision et la radio tout en ayant des paroles apaisantes et encourageantes.

L'environnement doit aussi être adapté avec une bonne installation du patient et la mise à disposition des aides techniques recommandées par l'ergothérapeute. Le patient doit être assis ou semi-assis avec le dos relevé à 45° maximum. L'installation d'un cale pied permet un bon maintien de la posture. La tête doit être positionnée dans l'alignement du corps et légèrement fléchie. Si le patient nécessite une aide à la prise des repas, la personne aidante doit s'asseoir au même niveau que le patient et en face de lui (Allepaerts et al., 2014)

2.3.2.2 Adaptation des aliments

L'adaptation des aliments et des liquides, via la modification des textures, permet de ralentir le mouvement du bolus et donc de rendre plus sûr le processus de déglutition (Wirth

et al., 2016). Le choix de l'adaptation se fait après une évaluation personnalisée de l'orthophoniste afin d'ajuster au mieux les régimes alimentaires du patient. L'évaluation individualisée évite le sur-diagnostic. En effet, Groher et McKaig, ont démontré, dans une étude faite aux Etats-Unis, que 91% des résidents ayant des régimes alimentaires modifiés, ont un régime alimentaire plus strict à celui qu'ils peuvent prétendre (Groher & McKaig, 1995).

Les modifications alimentaires doivent contribuer d'une part à la sécurisation de la prise alimentaire et d'autre part à sa stimulation (Gentil et al., 2021). Nous retrouverons les conseils suivants : favoriser les textures homogènes, lisses, liées en évitant les aliments dispersibles, filandreux et secs ; épaissir les liquides ; renforcer les goûts et les odeurs des aliments ; ajouter des corps gras pour donner de l'onctuosité aux aliments ; adapter la température en privilégiant le chaud ou le froid ; utiliser des boissons gazeuses. Cependant, une sur adaptation des textures peut être délétère pour le patient entraînant un risque accru de dénutrition, de déshydratation, de perte des fonctions de déglutition/mastication et de la qualité de vie (Vucea et al., 2018 ; Weijenberg et al., 2011).

Depuis 2013, une standardisation internationale est proposée avec l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) (Cichero et al., 2017). Ce projet a pour but d'homogénéiser la nomenclature ainsi que les définitions des textures modifiées et des liquides épaissis pour qu'elles soient identiques dans l'ensemble des établissements recevant des personnes dysphagiques ou à risque de dysphagie (cf. Annexe 4).

2.3.2.3 Le principe d'autonomie aidée

Ce principe a pour objectif de préserver l'autonomie des résidents durant l'acte alimentaire (Batchelor-Murphy et al., 2017). Le fait d'impliquer les résidents dans les gestes jusqu'à la bouche, même avec une assistance, permet d'anticiper le mouvement de mise en bouche de l'aliment. Cette anticipation augmente les afférences neurologiques permettant le déclenchement de la déglutition.

L'autonomie aidée prend en compte l'accompagnement verbal et non verbal ainsi que la posture du patient. Des techniques pour soutenir le geste du patient ont été décrites par Mélissa Batchelor-Murphy aux États-Unis (Batchelor-Murphy & Crowgey, 2017). La technique du *hand-over-hand* est appliquée lorsque le patient a la capacité motrice de tenir le couvert. Le soignant positionnera sa main sur celle du patient et accompagnera ou initiera le geste de mise en bouche. Dans le cas où le patient n'a plus la capacité motrice de tenir le couvert, la technique du *hand-under-hand* sera utilisée. Le soignant tiendra le couvert tout en

plaçant sa main sous celle du patient et effectuera la mise en bouche. Le patient ressentira alors la sensation de contrôler le mouvement ou d'en être à l'origine (cf. Annexe 5).

2.3.3 Les soins bucco-dentaires

Mangeney et al, ont mis en évidence qu'une alimentation de qualité est limitée chez 75% des résidents en EHPAD à cause de l'état bucco-dentaire (Mangeney et al., 2017) : si ce dernier est mauvais, cela deviendra un facteur favorisant la malnutrition (Cohen et al., 2006) et ceci d'autant plus que le sujet est considéré comme fragile ce qui entraîne une diminution de la force de mastication (Sella-Weiss, 2021). De ce fait, l'évaluation bucco-dentaire doit faire partie intégrante de la prise en soin de la personne dysphagique en EHPAD afin de limiter les risques de malnutrition/dénutrition et les complications pulmonaires. De plus, les établissements doivent s'assurer de la formation du personnel soignant intervenant lors des repas à ce sujet et mettre en place des protocoles précis d'hygiène bucco-dentaire (Mangeney et al., 2017). Ces protocoles incluent notamment des bains de bouche après chaque repas pour les personnes à risque ainsi que le port des prothèses dentaires adaptées lors du repas.

2.3.4 Compensation/rééducation

2.3.4.1 Postures et manœuvres

Les postures de tête utilisées sont la flexion antérieure, la rotation, l'inclinaison ou la rotation associée à la flexion. Elles permettent de faire varier le volume pharyngo-laryngé (Woisard & Puech, 2011).

Les manœuvres de déglutition qui peuvent être utilisées sont les suivantes : la fermeture précoce, les déglutitions sus-glottique et super-sus-glottique, la déglutition d'effort et de Mendelhsen (Woisard & Puech, 2011).

Cependant, ces postures et manœuvres seront complexes à mettre en place en EHPAD au vu de la présence de troubles cognitifs majeurs chez les résidents.

2.3.4.2 Rééducation orthophonique

La rééducation oro-myo-fonctionnelle consiste en des exercices analytiques et fonctionnels. Les exercices analytiques peuvent être faits selon deux modes : le mode actif et le mode passif. Woisard et Puech décrivent les principes du travail analytique avec le renforcement de la force musculaire et la normalisation de la sensibilité et du tonus (Woisard & Puech, 2011). Ces exercices concernent les lèvres, la mandibule, les joues, la langue mais aussi le voile du palais, le pharynx et la base de la langue. Les exercices fonctionnels « ont

pour but d'améliorer individuellement les phases de la déglutition » (Woisard & Puech, 2011). Ainsi, le temps oral pourra être stimulé par l'augmentation des informations proprioceptives et sensorielles ; des exercices de coordination entre la langue, les joues et les lèvres participeront à un meilleur contrôle du bolus ; en cas de retard ou d'absence de temps pharyngé, des stimulations thermo-tactiles seront recommandées (Woisard & Puech, 2011). Le travail de rééducation des fonctions oro-myo fonctionnelles est très vaste et surtout spécifique à chaque patient. Nous ne saurions le résumer en peu de mots ici et nous faisons le choix de ne pas plus l'approfondir car il n'est pas l'objet de ce mémoire.

Tout comme pour les postures et les manœuvres, cette rééducation nécessitant du patient une volonté et des capacités d'apprentissages non négligeables, elle est peu utilisée en gériatrie (Lesourd, 2006).

2.3.4.3 Education thérapeutique du patient

Dans le cas de la dysphagie, l'éducation thérapeutique cible les aidants familiaux et le patient si ses capacités cognitives le permettent. Le patient reçoit une information approfondie sur les aliments et les boissons présentant des risques, en fonction de ses habitudes alimentaires. Des conseils et des stratégies sur mesure lui sont alors proposés pour l'aider à comprendre et à adapter son régime alimentaire (Gentil et al., 2021).

Nous avons trouvé des programmes d'éducation thérapeutique en lien avec la dysphagie sur la plateforme OSCARS¹. Ces programmes se font au sein de structures hospitalières que ce soit en ambulatoire ou au cours d'une hospitalisation. À notre connaissance, de tels programmes en lien avec la dysphagie n'existent pas dans le contexte de l'EHPAD.

La prise en charge pluridisciplinaire de la dysphagie en EHPAD est un enjeu crucial pour le patient dans la mesure où cette pathologie peut engendrer de nombreuses complications pouvant entraîner jusqu'à son décès. Pour assurer une prise en charge adaptée, il est donc essentiel que les soignants disposent d'une formation leur permettant d'acquérir les compétences nécessaires en matière de repérage des facteurs de risques, de prévention des complications, de mise en place et respect des recommandations faites par les orthophonistes dans un contexte de pluridisciplinarité. Face aux nombreux défis liés à la dysphagie en

¹ <https://www.oscarsante.org>. Cette plateforme est une base de données cartographique des actions régionales de santé

EHPAD, la formation des soignants, dès la formation initiale apparaît donc comme une nécessité pour améliorer la prise en charge des patients.

Dans la partie suivante, nous présenterons donc les données de la littérature en lien avec la formation initiale des soignants puis plus spécifiquement des AS concernant la dysphagie.

3. La formation initiale des soignants

Les soignants intervenant auprès des personnes âgées en EHPAD doivent être en mesure de repérer les personnes à risque de dysphagie. En effet, ils correspondent au premier maillon d'une chaîne de professionnels de santé qui vont intervenir auprès de la personne dysphagique. Pour cette raison, les soignants doivent aussi comprendre et mettre en pratique les recommandations faites par les orthophonistes.

3.1 Un manque dans la formation initiale des soignants

Les auteurs mettent en évidence un réel manque dans la formation initiale des soignants concernant la dysphagie. Pourtant, ils s'accordent sur le fait qu'il est essentiel que les professionnels de santé aient une connaissance pratique de la dysphagie et de l'impact qu'elle peut avoir sur les patients afin de les prendre en charge au mieux (Rosenvinge & Starke, 2005 ; Lesourd, 2006 ; Baijens et al. 2016 ; Mangeney et al. 2017 ; McGinnis et al. 2019).

3.1.1 Les programmes de formation en France

Dans les programmes de formation initiale des soignants en France (médecin, infirmier, AS etc.) sur l'alimentation des personnes âgées, seulement 25% abordent la dysphagie et les troubles bucco-dentaires (Sulmont-Rossé et al., 2022). De plus, cette revue critique révèle que, sur l'ensemble des formations sur l'alimentation des personnes âgées répertoriées, seulement 24% sont dispensées en formation initiale. Ces formations, axées essentiellement sur la dimension nutritionnelle du repas n'abordent que très peu les dimensions sensorielle et psychosociale (Sulmont-Rossé et al., 2022). Or, nous avons vu, dans les parties précédentes que la dysphagie peut avoir des conséquences nutritionnelles mais aussi psychosociales. Ne pas présenter cette dimension dans les formations implique que les soignants ne seront que peu sensibilisés à cette conséquence de la dysphagie.

3.1.2 Une incompréhension des recommandations données par les orthophonistes

Les recommandations données par les orthophonistes doivent être connues et comprises des soignants pour qu'ils puissent les appliquer auprès des résidents d'EHPAD. En effet, de nombreux patients ayant une capacité limitée à suivre les recommandations en toute sécurité, c'est aux soignants de prendre le relais pour eux. Si ces recommandations ne sont pas suivies, le taux de pneumopathies s'en trouvera augmenté. Or, pour Rosenvinge et Starke (2005), la raison la plus courante du non-respect des recommandations données par les orthophonistes est liée à un manque de compréhension de la part du personnel concerné. Dans leur étude, située au Royaume-Uni, dans 38% des cas, les boissons servies aux patients étaient épaissies de manière inappropriée. Ces auteurs précisent que l'amélioration de l'observance des soignants réside dans le niveau de formation fournie et ces professionnels adhèrent plus aux conseils donnés par les orthophonistes quand les orthophonistes eux-mêmes les forment (Chadwick et al., 2003). Ceci met en évidence l'importance d'une part de former les soignants dès la formation initiale à ce sujet et d'autre part d'impliquer les orthophonistes dans cette formation.

3.1.3 La place des soins bucco-dentaires dans la formation initiale des soignants en EHPAD

Cohen et al. en 2006, dans une étude transversale ayant pour objectif d'évaluer les besoins en santé bucco-dentaire dans les EHPAD du Limousin et du Poitou-Charentes mettent en avant que le personnel soignant entourant la personne âgée au moment des repas n'a pas, dans sa formation initiale, les éléments essentiels pour assurer la bonne santé bucco-dentaire des résidents d'EHPAD. L'importance de l'hygiène bucco-dentaire n'y est pas enseignée alors qu'un savoir-faire de ces pratiques nécessite des connaissances précises. Ce manque de formation induit que l'hygiène des personnes dépendantes n'est pas réalisée de façon appropriée favorisant entre autres, les maladies infectieuses respiratoires (Cohen et al., 2006). Pourtant, comme nous l'avons vu précédemment, les soins bucco-dentaires sont indispensables dans la prévention de la prise en charge de la dysphagie.

3.1.4 Qu'en pensent les professionnels ?

Une étude en Afrique de Sud a été menée par Seedat et Strime (2021). Son objectif était de relever le point de vue d'infirmiers sur leurs expériences de soins en matière de dysphagie. Les auteurs ont mis en évidence que la majorité des soignants estiment qu'ils ne sont pas assez formés sur la dysphagie en formation initiale : ils ne se sentent pas prêts, à la

sortie de leurs études, pour prendre en charge des patients ayant des troubles de la déglutition. Aussi, les connaissances concernant la symptomatologie de la dysphagie et sa prise en charge étaient faibles.

Nous constatons qu'il existe peu d'études, en France, relatives à la formation initiale des soignants concernant la dysphagie. Afin de nous recentrer sur le sujet de ce mémoire, à savoir la formation initiale des AS sur la dysphagie, nous allons présenter dans la partie suivante une étude spécifique à ce sujet.

3.2 La formation initiale des aides-soignants

Dans la littérature, nous n'avons trouvé qu'un seul article, publié aux États-Unis, traitant de la formation initiale des AS sur la dysphagie (Pelletier, 2004). Le docteur Cathy Pelletier, auteure de cet article, est titulaire d'une maîtrise en orthophonie, d'un doctorat en sciences alimentaires et est membre de *l'American Speech Language Hearing Association* (ASHA). Elle s'intéresse particulièrement à la façon d'améliorer les pratiques alimentaires des *certified nurse assistant* qui peuvent correspondre aux AS en France.

Dans cette étude, elle s'est interrogée sur la connaissance des *certified nurse assistant* concernant la dysphagie et la façon de nourrir les résidents des *nursing home*. Pour aider l'interprétation des données recueillies auprès de ces professionnels, des informations supplémentaires ont été récoltées, dans la formation initiale, sur la dysphagie et l'alimentation. Trois manuels ont été étudiés et quatre entretiens informels ont été réalisés avec des formateurs. Il était demandé aux formateurs d'indiquer la façon dont été abordé le fait de nourrir les résidents, les méthodes pédagogiques utilisées et les manuels employés. Dans les manuels, l'auteure a vérifié le contenu en matière de dysphagie et d'alimentation. Les principaux résultats obtenus lors de cette étude, sur la formation initiale, sont les suivants :

- Les signes et symptômes de la dysphagie ont été explicités de manière exhaustive dans un manuel. Un second en présentait une liste restreinte en lien avec la nutrition et non avec les personnes âgées. Enfin, le dernier manuel étudié, ne fournissait aucune information concernant les signes et les symptômes de la dysphagie. Les *certified nurse assistant* avaient des connaissances sommaires des signes et symptômes de la dysphagie. La présence d'étouffement, de toux, de problèmes bucco-dentaires et de mastication sont reconnus comme des signes pouvant indiquer une dysphagie.

Cependant, des signes plus subtils tels que le raclement de gorge et la voix mouillée ne faisaient pas partie de leurs connaissances de base ;

- Le risque d'aspiration n'est mentionné qu'en cas d'une alimentation par sonde et aucun manuel ne précisait le risque d'aspiration ou de pneumonie en raison d'une dysphagie ;
- Les soins bucco-dentaires étaient abordés mais, en fonction des formateurs, les recommandations n'étaient pas les mêmes à savoir soit après chaque repas, soit une fois par jour soit au besoin ce qui signifiait quand des résidus étaient présents dans la bouche de la personne âgée ;
- Les régimes spéciaux sont décrits selon leur qualité nutritionnelle et leur facilité de digestion sans mentionner les régimes modifiés pour les personnes dysphagiques ;
- La communication avec le résident pendant qu'il s'alimente est essentiellement basée sur le soin. Les manuels n'abordaient pas le sujet et les formateurs préconisaient de parler agréablement au résident en identifiant verbalement les aliments et les liquides sans jamais forcer ni presser le résident à manger ;
- Les comportements difficiles (refus de manger, résident gardant la nourriture en bouche) ne sont pas mentionnés et une frustration de la part des *certified nurse assistant* a été relevée à ce sujet.

Cette étude montre que les *certified nurse assistant* ont des lacunes importantes dans leurs connaissances sur la dysphagie et la manière de nourrir les résidents. De plus, l'auteure a relevé un écart entre ce que savent les *certified nurse assistant* et ce qu'ils font.

Le manque de connaissances sur la dysphagie de la part de ces professionnels a un impact sur la qualité du soin et de prise en charge des patients. La formation initiale apparaît donc comme un élément clé dans la prise en charge adaptée des patients dysphagiques et c'est dans cette perspective que nous allons présenter, dans la partie suivante, la formation initiale des AS en France.

3.3 La formation conduisant au Diplôme d'État d'Aide-Soignant en France

C'est dans la période de l'après-guerre que le grade d'AS apparaît en France et il n'a cessé d'évoluer jusqu'à aujourd'hui où la formation est dispensée dans des centres agréés et est sanctionnée par un Diplôme d'État (Arborio, 2016). Au fil de son évolution, la formation d'AS s'est enrichie et un nouveau référentiel de formation a vu le jour en Juin 2021.

3.3.1 Historique de la formation

Le grade d'AS apparaît en 1949 dans un contexte de reclassement du personnel hospitalier non qualifié ou n'étant pas Infirmier Diplômé d'État (IDE). Les premiers textes liés à ce nouveau grade soulignent le rôle d'assistance auprès des IDE mais, à ce moment-là, il n'est pas encore question de réelle formation. C'est en 1956 que le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignant (CAFAS) est mis en place. La formation a alors une durée de dix mois avec une partie théorique très restreinte et une partie pratique avec des stages. Ce certificat permet à l'AS, comme le précise l'arrêté du 23 Janvier 1956, « *de donner des soins d'hygiène générale, à l'exclusion de tout soin médical, sous l'autorité du personnel infirmier diplômé ou autorisé* » (Légifrance, 1995). Depuis 1956, la formation a évolué et peut se faire en formation initiale tout comme en formation continue. A partir de 1971, plusieurs réformes vont permettre d'approfondir la formation. La principale modification réside en une augmentation du nombre d'heures dans la formation théorique qui passe de 224h en 1971 à 770h avec le référentiel du 10 Juin 2021 (Arborio, 2016 ; Arborio, 2021).

A présent, nous allons étudier plus précisément ce dernier référentiel en mettant en avant les dernières modifications apportées et les points qui pourraient être porteurs pour une meilleure connaissance de la dysphagie en EHPAD par les AS.

3.3.2 Une modification récente du référentiel de formation

Comme nous l'avons vu précédemment, le dernier référentiel de formation des AS date du 10 juin 2021 (cf. Annexe 6). Le référentiel précédent datait d'octobre 2005 et diverses modifications y ont été amenées.

Avec ce nouveau référentiel, le Diplôme d'État d'Aide-Soignant est un diplôme de niveau 4 (contre 3 anciennement). La formation se répartit sur douze mois, 1540h au total, avec vingt-deux semaines prévues pour la partie théorique (770h) et vingt-deux semaines pour la partie pratique (770h). Nous remarquons une augmentation du nombre de semaines consacrées à la théorie (dix-sept auparavant) ce qui engendre une augmentation des connaissances requises pour valider le diplôme. En effet, nous retrouvons onze compétences réparties dans cinq blocs de compétences contre huit compétences dans le référentiel de 2005. Deux compétences intéressantes pour notre sujet ont été rajoutées :

- Compétence 2 : Repérage et prévention des situations à risque ;

- Compétence 10 : Rechercher, traiter et transmettre, quels que soient l'outil et les modalités de communication, les données pertinentes pour assurer la continuité et la traçabilité des soins et des activités.

3.3.3 Une absence du terme « dysphagie » dans le référentiel de formation

Pour présenter les éléments en lien avec notre sujet, nous avons décidé de faire des recherches sémantiques afin de relever les occurrences de mots pertinents : dysphagie, troubles de la déglutition, fausse route, soin de bouche, prévention, EHPAD, communication, et fragilité.

Nous n'avons ni trouvé le terme « dysphagie » dans ce nouveau référentiel ni la locution « troubles de la déglutition ». Cependant, des thèmes plus généraux existent dans lesquels cette notion pourrait être développée. En effet, si nous nous reportons aux intitulés des 5 blocs de compétences, la dysphagie en EHPAD pourrait être traitée dans 4 d'entre eux (seul le bloc 4 semble le moins adapté pour traiter de ce sujet). Le terme de « fragilité » est quant à lui présent à neuf reprises dans le référentiel et le concept de fragilité est clairement notifié comme faisant partie des éléments de contenu du bloc 1 module 1.

Nous relèverons aussi que dans le référentiel de 2005, la « prévention des fausses routes » était bien notifiée dans le module 1 « Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne ». Dans le nouveau référentiel, nous ne retrouvons pas cette locution. Concernant le terme « prévention », il est principalement associé aux « situations à risques » dans les modules 1 et 2 mais ces dernières ne sont pas définies précisément.

Les « soins de bouche » (une occurrence) se rapportent aux soins en situation aigüe dans le module 4 « Mise en œuvre des soins adaptés, évaluation et réajustement ». De plus, ces soins de bouche non médicamenteux, se font en aide aux soins réalisés par l'infirmier.

Aussi, nous pouvons noter que la locution « EHPAD » (orthographiée « EPHAD ») a neuf occurrences dans le référentiel. Ces occurrences réfèrent toutes au fait que dans les recommandations pédagogiques de neuf modules il est demandé de traiter l'ensemble des lieux d'exercices de l'AS et l'EHPAD est cité avec le domicile et les établissements hospitaliers. Le terme de « communication » possède dix-huit occurrences et est en lien avec :

- L'adaptation de la communication avec la personne et son entourage ;
- La communication avec les pairs ;
- La communication dans le cadre de la transmission des données pertinentes pour assurer la traçabilité et la continuité des soins.

La formation initiale des soignants, et plus précisément celle des AS, comporte des éléments se rapportant à la dysphagie et à l'EHPAD avec notamment l'apparition, dans ce nouveau référentiel, du concept de fragilité. Cependant, la littérature tend à montrer que les éléments donnés ne permettent pas aux professionnels de comprendre et mettre en pratique les recommandations faites pour améliorer la prise en charge des patients dysphagiques.

4. Problématique et hypothèses

Lors d'observations cliniques et d'échanges en stage avec les soignants durant les repas des résidents en EHPAD, le manque d'informations concernant la dysphagie chez la personne âgée est fréquemment revenu. Les soignants rencontrés étaient seulement attentifs à la toux durant les repas pour éventuellement alerter le médecin coordonnateur. Or, divers signes d'alerte existent comme la longueur anormale de la phase orale, une modification de la voix ou un refus de s'alimenter par exemple.

La dysphagie a un réel impact sur la santé des personnes âgées. Les complications les plus répandues sont la pneumopathie d'inhalation, la déshydratation et la dénutrition qui engendrent rapidement une détérioration générale de l'état de santé et portent atteinte au pronostic vital de la personne âgée (Puisieux et al., 2009 ; Wirth et al. 2016). L'impact sur la vie sociale n'est pas non plus à négliger. En effet, les personnes dysphagiques vont avoir tendance à s'isoler et limiter les activités sociales autour des repas (Puisieux et al., 2009 ; Landrin et al., 2016). L'anxiété et la dépression semblent aussi être fréquentes chez les patients dysphagiques (Verdonschot et al., 2017). Tout cela a une action sur la qualité de vie du patient.

Les soignants en EHPAD sont au contact des personnes âgées durant les temps des repas et constituent le premier maillon d'une chaîne de professionnels : ils sont donc d'une importance capitale (McGinnis et al., 2019). Malgré tout, il a été montré dans la littérature que des soignants peuvent mettre en place des adaptations causant des préjudices involontaires pour les personnes dysphagiques (Cormary & Tannou, 2013). Il apparaît donc primordial que les soignants sachent d'une part repérer les signes de dysphagie pour alerter l'infirmier et d'autre part comprendre et mettre en pratique les recommandations faites par les orthophonistes pour les personnes dysphagiques.

Cependant, les soignants estiment, en majorité, ne pas avoir été assez formés, en formation initiale, pour identifier et orienter les personnes dysphagiques et ne connaissent pas le rôle de l'orthophoniste concernant la dysphagie (Seedat & Strime, 2021). De plus, leurs

connaissances sont lacunaires (Pelletier, 2004) ce qui représente un frein au suivi thérapeutique des personnes dysphagiques.

Au vu de la littérature, et d'un manque d'études sur ce sujet en France, nous nous sommes posés la question suivante : comment la formation initiale des Étudiants Aides-Soignants (EAS) en France aborde-t-elle la question de la dysphagie en EHPAD, et quelles sont les perspectives d'intégration de l'orthophoniste dans cette formation ?

Notre question de recherche portera donc sur la formation initiale des AS concernant la dysphagie en EHPAD. Cette étude, sous forme d'état des lieux, cherchera à mettre en exergue les thèmes abordés et transmis aux EAS en lien avec la dysphagie en EHPAD. Nous chercherons aussi à mettre en avant les connaissances transmises aux EAS sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la dysphagie et la place qu'il pourrait avoir dans la formation initiale des EAS.

Nous faisons alors les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : La formation initiale des EAS limite la prise en charge de la dysphagie en EHPAD.

Hypothèse 2 : Le référentiel de formation du 10 Juin 2021 a eu un impact sur la façon de transmettre les notions relatives à la dysphagie en EHPAD.

Hypothèse 3 : Le rôle de l'orthophoniste est méconnu par les AS en formation initiale dans la prise en charge pluridisciplinaire de la dysphagie en EHPAD.

Hypothèse 4 : Les responsables pédagogiques des IFAS souhaitent l'intervention d'orthophonistes pour dispenser des cours spécifiques sur la dysphagie.

Afin de répondre à la problématique de la formation initiale des AS sur la dysphagie, une étude qualitative a été menée au travers d'entretiens semi-directifs. Les entretiens semi-directifs sont une méthode de recherche qui permet de recueillir des informations approfondies et riches sur les expériences, les connaissances et les pratiques des participants. Cette méthode a été choisie car elle offre la possibilité d'explorer en profondeur les perceptions, les attitudes et les comportements des acteurs impliqués dans la formation des EAS sur la prise en charge de la dysphagie. Les entretiens semi-directifs ont été menés auprès de formateurs et de responsables pédagogiques d'IFAS.

MÉTHODE

1. L'étude qualitative : le choix de l'entretien

Selon Blanchet et Gotman (2007) il existe plusieurs types de méthodes de recueil de données et les seules permettant de produire des données verbales sont les questionnaires et l'entretien. Ces auteurs précisent aussi que l'entretien est une méthode pertinente lorsque l'on recherche le sens donné à une pratique en donnant accès à « *des idées incarnées et non pas préfabriquées* ». De plus, l'interrogation sur les pratiques permet à l'interviewé de se considérer comme un informateur car l'interrogation porte « *sur ce qu'il sait et non pas sur ce qu'il croit* ».

Notre question de recherche portant sur la façon dont la dysphagie est présentée aux EAS, nous avons choisi de donner la parole aux personnes les plus à même de nous l'expliquer, à savoir les responsables pédagogiques et/ou les formateurs, en adoptant une démarche qualitative par entretiens semi-directifs. Par le biais de ce type d'entretien, soumis à l'objet de recherche, l'enquêté peut parler librement. Notre rôle, en tant qu'enquêteur, étant de favoriser la parole de l'enquêté et de recentrer l'entretien sur les thèmes définis à l'avance (Berthier, 2006).

2. Définition de la population

Dans une démarche qualitative par entretien, il n'est pas recherché la représentativité mais la détermination « *des acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose* » (Blanchet Alain et al., 2007). Notre travail étant un état des lieux de la formation initiale des AS, nous avons souhaité être en contact avec des responsables pédagogiques ou des formateurs d'IFAS pouvant nous renseigner sur les modalités d'enseignements concernant la dysphagie.

Nous avons décidé de couvrir des pôles géographiques proches de nos lieux de vie : la Vienne, les Hautes-Pyrénées, la Haute-Garonne, les Pyrénées-Atlantiques et les Landes. Ce choix a été fait pour que le mode d'entretien en présentiel puisse être privilégié.

3. Mode d'accès

La population étant définie, nous avons cherché à contacter les personnes correspondantes en établissant la liste des IFAS présents sur les secteurs géographiques choisis via les sites internet les recensant :

- <https://aide-soignant.uniformesdefrance.com/deas-as-liste-ecoles-ifas-instituts-formation-aides-soignants-france-outr-mer-region-nouvelle-aquitaine-poitou-charentes-limousin-aquitaine.php>
- <https://aide-soignant.uniformesdefrance.com/deas-as-liste-ecoles-ifas-instituts-formation-aides-soignants-france-outr-mer-region-occitanie-midi-pyrenees-languedoc-roussillon.php>

Puis, nous les avons contactés par mail dans un premier temps et par téléphone trois semaines après l’envoi du mail si nous n’avions pas eu de retour. Ce mode d’accès constitue un mode d’accès indirect selon Blanchet et Gotman (2007) car nous n’avons pas contacté directement les responsables pédagogiques ou les formateurs : nous avons contacté l’institution qui apparaît comme étant un tiers pouvant influencer la prise de décision de la population cible dans son choix de participer ou non à la recherche (Blanchet Alain et al., 2007). De plus, afin de pouvoir toucher une population plus importante, au cours des entretiens, nous avons utilisé la technique dite « *de proche en proche* » consistant à demander aux interviewés de nous recommander des personnes potentiellement intéressées pour participer à l’étude (Blanchet Alain et al., 2007).

Lors de la prise de contact par mail, nous nous présentions succinctement en tant qu’étudiantes en cinquième année d’orthophonie et notre souhait d’effectuer des entretiens avec des formateurs en IFAS concernant les troubles de la déglutition (cf. Annexe 7). Une fois la prise de contact validée, la programmation des entretiens a été faite par un échange direct avec les formateurs ou les responsables pédagogiques et l’entretien a été fixé en fonction de leurs disponibilités. Lors de ces échanges, nous avons précisé la durée approximative d’une heure pour chaque entretien.

4. Taille de l’échantillon

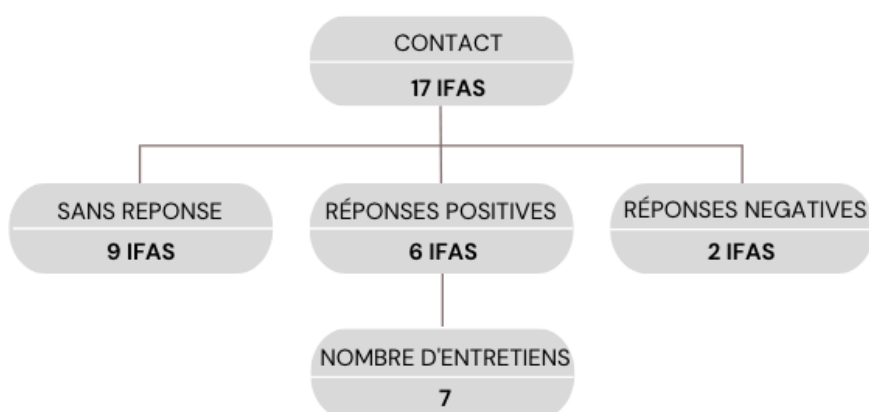
Dans une enquête qualitative, la taille de l’échantillon est plus réduite que dans une enquête faisant intervenir des questionnaires. Blanchet et Gotman (2007) précisent que « *les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n’ont pas besoin de l’être par leur probabilité d’occurrence* ». La recherche par enquête qualitative est menée jusqu’à saturation des données ou épuisement des ressources.

Nous n’avions pas décidé d’un nombre de participants au préalable. Afin de respecter notre souhait de proximité géographique, nous avons contacté 3 IFAS dans la Vienne, 3 IFAS

dans les Hautes-Pyrénées, 5 IFAS en Haute-Garonne, 4 IFAS dans les Pyrénées-Atlantiques et 2 IFAS dans les Landes.

Le recrutement des participants s'est fait entre le 4 août 2022 et le 1^{er} décembre 2022. Sur cette période, nous avons contacté 17 IFAS : 6 IFAS ont répondu favorablement à notre demande d'entretien, 9 IFAS ne nous ont pas donné de réponse et ce malgré les relances téléphoniques et 2 IFAS ont répondu négativement à notre demande d'entretien. Lors des relances téléphoniques, il nous a été précisé que nous serions recontactés. Au final, nous avons pu faire 7 entretiens répartis sur 6 IFAS différents. En effet, dans un IFAS, nous avons effectué deux entretiens : un avec un formateur dispensant le cours sur les troubles de la déglutition et un avec un formateur dispensant le cours sur les soins bucco-dentaires.

Pour des raisons logistiques, 5 entretiens ont été faits en présentiel et 2 entretiens en distanciel via visioconférence.



Le recrutement des participants

5. Recueil des données

5.1 Les entretiens semi-directifs, les supports de formation et le carnet de bord

Comme précisé précédemment, nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont été effectués par nos soins.

Par le biais de ces entretiens, nous avons eu accès à trois supports de formation sur les troubles de la déglutition et un support de formation sur les soins bucco-dentaires. Nous avons ainsi voulu compléter nos entretiens en analysant ces supports à l'aide d'une recherche sémantique concernant les éléments nous semblant essentiels, au regard de la littérature, pour une bonne connaissance de la dysphagie.

Dans un carnet de bord, complété tout au long de l'étude, nous avons consigné nos comptes-rendus de terrain et d'éventuelles pistes de recherche. De plus, nous avons recueilli

dans ce carnet, les informations relevées lors d'une intervention (7 heures) sur les troubles de la déglutition donnée dans un IFAS, le 16 novembre 2022, ainsi que l'échange informel avec la formatrice dispensant ce cours. Enfin, nous avons eu la possibilité d'échanger longuement avec une directrice d'EHPAD appartenant à notre entourage non professionnel. Lors de cet échange informel du 15 décembre 2022, nous avons, là aussi, recueilli ses propos dans notre carnet de bord.

5.2 Le contexte des entretiens

Les entretiens ont été réalisés soit directement au sein des IFAS ayant répondu favorablement à notre demande soit en mode distanciel (visioconférence) lorsqu'il ne nous était pas possible de nous rendre dans les IFAS concernés aux dates proposées par les formateurs enquêtés. Dans l'ensemble des situations, les interviewés étaient dans leur bureau professionnel ce qui permet de s'inscrire dans un rôle professionnel facilitant la production du discours (Blanchet Alain et al., 2007).

5.3 La construction du guide d'entretien

Lors de la construction du guide d'entretien, il a été choisi de parler de « troubles de la déglutition » et non pas de « dysphagie ». Ce choix a été fait dans la mesure où la locution « trouble de la déglutition » est la plus usitée dans le quotidien des EHPAD mais aussi car « *les deux termes sont équivalents sur le plan sémiologique* » (Woisard V. et al., 2011).

Nous avons construit le guide d'entretien (cf. Annexe 8) à partir des thèmes que nous souhaitons explorer au vu de nos hypothèses de recherche. Ceci confère à l'enquête par entretien un usage principal permettant de recueillir des données qui puissent être confrontées aux hypothèses (Blanchet Alain et al., 2007). Dans ce cadre, nous avons donc créé un guide d'entretien structuré supposant « *la formulation d'une consigne, la constitution d'un guide thématique formalisé et l'anticipation des stratégies d'écoute et d'intervention* » (Blanchet Alain et al., 2007). Les stratégies d'interventions font référence aux relances qui peuvent être effectuées lors de l'entretien. Notons que le guide d'entretien n'est pas un cadre rigide : l'ordre des thèmes proposés n'est pas imposé et laisse sa propre dynamique à chaque entretien (Berthier, 2006).

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi un guide d'entretien détaillé afin de simplifier cet exercice pour lequel nous ne sommes pas formés. Le guide d'entretien s'articule autour des différents thèmes détaillés ci-dessous.

Introduction : présentation de l'étude et mise en relation avec l'interviewé via une question générale sur son parcours.

Les troubles de la déglutition - la formation théorique : définition des modalités de la formation théorique sur les troubles de la déglutition et mise en évidence de la présentation ou non du rôle de l'orthophoniste.

Les troubles de la déglutition - la formation pratique : questionnement sur les troubles de la déglutition au regard de la formation pratique, à savoir les stages.

Les troubles de la déglutition chez la personne âgée : définition des spécificités enseignées concernant les troubles de la déglutition chez la personne âgée en EHPAD.

La fragilité : thème abordé si des cours spécifiques aux troubles de la déglutition n'étaient pas donnés dans les IFAS. La fragilité étant en lien avec la dysphagie, ce thème présent explicitement dans le référentiel de formation des AS pourrait être un levier pour introduire les notions relatives aux troubles de la déglutition.

Les supports de formation : transmission, pour consultation et recherches sémantiques, des supports de formation en lien avec les troubles de la déglutition.

La place de l'orthophoniste dans la formation initiale des aides-soignants : mise en avant d'une éventuelle collaboration entre les IFAS et les orthophonistes pour former les EAS aux troubles de la déglutition chez la personne âgée en EHPAD.

Ouverture et conclusion : identification d'éventuelles lacunes dans le guide d'entretien, collecte des noms de personnes potentiellement intéressées par notre sujet, puis conclusion de l'entretien.

Au cours de la construction de ce guide d'entretien, nous avons dû supprimer un item que nous souhaitions faire apparaître. En effet, nous souhaitions demander aux responsables pédagogiques et aux formateurs si un support de formation, créé par nos soins, concernant les troubles de la déglutition de la personne âgée en EHPAD pourrait les intéresser. Cette question aurait été posée en fonction du déroulement de l'entretien et des informations recueillies lors de celui-ci. Cependant, lors de notre rendez-vous avec le délégué de la protection des données de l'université de Poitiers, il nous a été notifié que la création d'un tel support relevait de l'évaluation de formation ce qui ne rentre pas dans nos attributions. Suite à

cet entretien, nous avons donc décidé de nous consacrer à un seul état des lieux de la formation initiale des AS sur la dysphagie en EHPAD.

5.4 L'enregistrement des entretiens

Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone, avec l'accord des participants, après rappel des conditions d'anonymat et signature de l'autorisation de captation de la voix (cf. Annexe 9). Ces enregistrements ont été conservés trois mois sur une clé USB et un disque dur externe cryptés puis détruits.

5.5 La retranscription des entretiens

L'ensemble des entretiens a été retranscrit manuellement, par nos soins, sur support informatique en respectant l'anonymat des enquêtés. Nous avons attribué à chaque enquêté un nom factice que nous notifierons dans la partie « Résultats » de ce mémoire.

Le but n'étant pas une analyse qualitative de ces données, nous avons choisi de faciliter la lecture des retranscriptions en retirant certains éléments tels que les hésitations, les répétitions ou les interruptions de phrases. L'accent a été mis sur l'identification des énoncés pertinents en relation avec nos questions de recherche.

5.6 Retour des retranscriptions

Nous n'avons pas retourné les retranscriptions aux participants pour la validation de leurs propos.

5.7 Le recueil des données lors de l'enquête de terrain

Les entretiens ont été réalisés entre le 19 octobre 2022 et le 12 décembre 2022. Ils ont duré entre 28 minutes et 78 minutes pour une moyenne de 47 minutes. Les entretiens ont pu tous être menés à bien et sans interruption.

Nous sommes arrivés à une saturation des données au septième et dernier entretien dans la mesure où l'analyse de ce dernier n'a pas fait émerger de nouveaux thèmes principaux. Cependant, n'ayant pas pu avoir d'autres entretiens programmés, nous n'avons pas pu confirmer cette saturation.

4 formateurs nous ont transmis leurs supports de formation : 3 sur les troubles de la déglutition et 1 sur les soins bucco-dentaires. Pour les autres (formateurs et/ou responsables pédagogiques), de tels supports n'existaient pas.

6. Analyse des données

6.1 Analyse par extraction des thèmes

Comme le précisent Blanchet et Gotman (2007), les entretiens ne parlant pas d'eux-mêmes, une analyse des discours est essentielle pour extraire les résultats et les confronter aux hypothèses. Nous avons travaillé à partir des retranscriptions des entretiens selon une démarche de déconstruction-reconstruction en décortiquant les discours et en les organisant selon notre interprétation pour leur donner du sens. Pour analyser les entretiens retranscrits, nous avons choisi de procéder à une analyse thématique en les découpant selon des unités de sens de façon transversale. Plusieurs étapes ont été nécessaires :

- **La lecture et la relecture des retranscriptions** afin de nous familiariser avec les données ;
- **Le codage des entretiens** nous a permis de mettre en évidence des unités de sens (mots, phrases, concepts) en lien avec notre objectif de recherche. Le codage a été effectué manuellement et ce pour chaque entretien ;
- **L'identification des thèmes clés** est une étape permettant la mise en lien des différents entretiens en faisant émerger des unités de sens récurrentes qui vont constituer un thème. Lorsqu'un thème a été abordé dans un entretien, nous l'avons enregistré sur un fichier informatique sous forme de tableau. L'ensemble des extraits des entretiens se référant à ce même thème a été notifié dans ce tableau et ce, pour l'ensemble des entretiens.

6.2 Analyse des supports de formation

Nous avons choisi de faire une analyse sémantique à partir des supports de formation recueillis lors des entretiens. Cette analyse permet de comprendre comment les mots et les phrases sont utilisés pour transmettre des informations et aider les étudiants à comprendre et à retenir le contenu. A partir de la littérature, nous avons défini des mots clés dans la présentation de la dysphagie aux EAS. Nous les avons ensuite recherchés dans les supports de formation que nous avons pu collecter auprès des divers formateurs. Pour cette recherche, nous avons écarté le support de formation relatif aux soins bucco-dentaires car il n'est pas

spécifique à la dysphagie. Nous avons recherché les mots ou locutions suivants : étiologie, symptôme / signe d'alerte, complication / conséquence, soin / hygiène buccodentaire, pluridisciplinaire / pluriprofessionnel, autonomie / aide au geste, texture, IDDSI, orthophoniste.

RÉSULTATS

1. Les caractéristiques des participants

Nous avons rencontré, au total, sept personnes dans le cadre des entretiens enregistrés ainsi qu'une directrice d'EHPAD pour un entretien informel. Les interviewés des entretiens dirigés étaient une directrice adjointe, une responsable pédagogique et cinq formateurs. De ces sept personnes, deux dispensaient les cours sur les troubles de la déglutition et une sur les soins bucco-dentaires. Les autres participants faisaient partie de l'équipe pédagogique et ont contribué à l'organisation des enseignements et à la réingénierie de la formation suite à la mise en place du nouveau référentiel.

L'ensemble des participants a exercé le métier d'infirmier puis s'est tourné vers la formation. Seul un formateur n'a pas commencé sa carrière en tant qu'infirmier mais en tant qu'instituteur pour ensuite se réorienter vers les métiers du soin en faisant la formation d'AS (métier exercé durant deux ans) puis celle d'infirmier. Au cours de leurs carrières, les participants ont occupé différents postes dans différents secteurs en lien avec leur métier d'infirmier : pédiatrie, psychiatrie, gériatrie, urgences, unités de soins longue durée, consultations en établissement pénitentiaire, néonatalogie, soins intensifs, chirurgie cardiaque et urologie. Parmi les participants, quatre ont travaillé dans un service gériatrique soit en tant qu'infirmier soit en tant que cadre de santé. Aujourd'hui ils exercent tous à temps plein au sein d'un IFAS et leur ancienneté à ce poste varie entre un et huit ans.

Trois interviewés ont fait des formations complémentaires au cours de leur vie professionnelle pour être soit cadre de santé soit puéricultrice. Notons qu'une interviewée a fait une licence 3 en sciences de l'éducation afin d'avoir des compétences supplémentaires pour être formatrice et que quatre participants avaient déjà eu un parcours de formateur avant d'intégrer un IFAS.

Nous pouvons récapituler la présentation des participants dans le tableau ci-dessous et nous rappelons que tous les noms ont été modifiés afin de préserver l'anonymat des participants.

Nom	Mme Moreau	Mme Rousseau	M. Dubois	Mme Martin	Mme Dupont	Mme Lecomte	Mme Durand
Poste au sein de l'IFAS	Directrice adjointe	Formatrice	Formateur	Formatrice	Formatrice	Formatrice	Responsable pédagogique
Année d'ancienneté en IFAS	3 ans	8 ans	4 ans	6 ans	1 an	6 ans	7 ans
Métier d'origine	IDE	IDE	Instituteur	IDE	IDE	IDE	IDE
Autres formations ou spécialités	Cadre de santé	/	AS ; IDE	Cadre de santé	/	Licence 3 sciences de l'éducation	Puéricultrice
Services fréquentés	Service de soins	Consultation pénitentiaire Urologie Gériatrie	Urgences SAMU Gériatrie	Gériatrie	Psychiatrie	Pédiatrie Psychiatrie Gériatrie Unité de soins longue durée	Chirurgie cardiaque Soins intensifs Néonatalogie
Parcours en tant que formateur (en plus du poste actuel en IFAS)	Formatrice IFSI Responsable classe concours IFSI	/	Formateur aux soins d'urgences au SAMU	Formatrice IFSI	Formatrice en BAC Pro Santé	/	/

*Les participants à l'étude
(IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers)*

2. La dysphagie : une notion indispensable et transversale

La dysphagie est un thème que tous les interviewés reconnaissent comme indispensable à aborder dans la formation initiale des AS et ce pour deux raisons. D'une part, la notion de risque est omniprésente dans cette formation et les AS sont confrontés au risque de dysphagie quotidiennement. Mme Moreau nous précise qu'« *on est beaucoup dans la notion de risques dans cette formation. Les troubles de la déglutition sont un risque important de la population que vont côtoyer les aides-soignants* ». D'autre part, les AS ont un rôle clé dans le dépistage et la prise en charge de la dysphagie comme le rapportent Mmes Dupont et Lecomte : « *c'est finalement lui [l'AS] qui est en premier lieu sur la prévention de ce risque et qui peut le constater et du coup alerter l'infirmière ou le médecin* » ; « *avec les personnes âgées ça peut arriver assez souvent [les troubles de la déglutition], le risque est très présent et du coup, pour qu'ils [les AS] soient prêts à toutes éventualités et accompagner au mieux les patients* ».

Cependant, malgré l'unanimité quant à l'importance de présenter la notion de dysphagie aux EAS, des cours spécifiques sur celle-ci ne sont faits que dans 3 IFAS sur les 6 consultés. En effet, Mme Moreau précise qu'« *on n'a pas un intitulé de cours qui correspond aux troubles de la déglutition [...] dans le référentiel, les troubles de la déglutition ne sont pas mentionnés* ». Pour les IFAS où la dysphagie n'est pas abordée spécifiquement, nous

retrouvons cette notion dans divers cours comme les cours en lien avec les AVC, les maladies neurodégénératives, l'appareil respiratoire ou digestif ou l'alimentation comme Mme Durand a pu nous le notifier, « *nous les abordons [les troubles de la déglutition] quand on fait l'appareil respiratoire et l'appareil digestif. Et après, on en parle au moment de la pathologie, de l'AVC en fait* ». Nous précisons que les IFAS proposant des cours dédiés à la dysphagie ne se limitent pas à cette seule présentation dans la mesure où M. Dubois nous indique que « *les troubles de la déglutition, c'est une problématique transversale que l'on retrouve autour de plusieurs problématiques : en neuro, sur l'O.R.L., dans le vieillissement etc.* ».

Présenter la notion de dysphagie aux EAS est reconnue comme indispensable par l'ensemble des personnes rencontrées. Cependant tous les IFAS ne proposent pas des cours spécifiques à cette notion qui peut être englobée dans d'autres thématiques comme la neurologie. En effet, seulement 3 IFAS, sur les 6 qui ont accepté notre entretien, proposent un cours sur la thématique de la dysphagie.

3. Les connaissances des EAS sur la dysphagie en EHPAD

3.1 La présentation de la dysphagie aux EAS

3.1.1 Qui donne les cours ?

La majorité des cours en lien avec la dysphagie sont donnés par des infirmiers comme nous l'a précisé Mme Dupont : « *les formateurs sont infirmiers. Nous assurons la totalité des cours* ». Cependant, des diététiciens peuvent aussi être amenés à dispenser de tels cours comme nous l'a confié Mme Martin « *la [...] diététicienne [...] va intervenir cette année dans les mois à venir sur les difficultés alimentaires du sujet âgé* » mais aussi des orthophonistes : « *nous avons la chance d'avoir une personne ultra compétente donc, une orthophoniste, qui vient faire ce cours* » (Mme Rousseau).

Dans les IFAS participants à l'étude, les cours en lien avec la dysphagie sont faits par des infirmiers pour cinq d'entre eux, par une diététicienne pour un et par une orthophoniste pour le dernier.

3.1.2 Etiologies et facteurs de risque

Dans la majorité des entretiens que nous avons pu faire, les étiologies citées pour la dysphagie étaient les AVC et les maladies neurodégénératives : « *Je sais aussi qu'on parle des facteurs de risques, comme les maladies, comme Alzheimer et y'a aussi les AVC* » (Mme Moreau) ; « *on aborde les facteurs de risque [...] mais on parle surtout des troubles neuro* » (Mme Dupont).

Dans les supports de formation que nous avons récoltés, un ne présente pas les étiologies et les facteurs de risque de la dysphagie. Les deux autres les mentionnent sous l'appellation « étiologies » pour l'un et « contextes à risques et facteurs favorisants » pour l'autre. Nous retrouvons les grandes catégories comme les causes infectieuses, les pathologies neurodégénératives et neurologiques, les pathologies musculaires, la iatrogénie, les pathologies ORL mais aussi le mauvais état bucco-dentaire.

Les étiologies et les facteurs de risques ne sont pas présentés dans leur intégralité dans les différents IFAS. Là où une revue complète des étiologies dans deux supports de formation est faite, d'autres étudiants n'auront que les étiologies d'origines neurologiques de présentées.

3.1.3 Symptômes

Pour les symptômes, le premier qui est associé à la dysphagie est la toux : « *des personnes qui toussent, c'est un risque* » (Mme Durand). De plus, la toux est citée dans les trois supports de formation et en premier lieu dans deux d'entre eux. Cependant le fait que l'absence de toux ne signifie pas l'absence de dysphagie n'est relevé par aucun des enquêtés et n'est mentionné que dans un seul support de formation. D'autres interviewés mettent en avant, en plus de la toux, d'autres signes : « *y'a les signes comme la toux, la quantité importante de salive en bouche, le temps du repas plus important par exemple* » (Mme Leconte) ; « *on parle de la toux aussi dans les signes et des difficultés de mastication* » (Mme Dupont) ; « *il faut être attentif sur les difficultés à avaler, sur le refus de s'alimenter ou d'un soin de bouche* » (M. Dubois).

Dans les supports de formation, les symptômes sont plus ou moins détaillés. Les listes varient entre sept et vingt-six signes d'alertes proposés aux étudiants. Les symptômes communs aux trois supports sont les suivants :

- La toux ;
- La peur des prises alimentaires ;

- La douleur au moment de la déglutition ;
- Le bavage ;
- La modification du temps du repas.

D'autres symptômes peuvent être mentionnés en lien avec l'alimentation comme les restrictions alimentaires ou avec l'état nutritionnel comme la perte de poids et la fatigue générale.

La toux est citée comme le signe d'alerte à reconnaître en priorité dans le cas de la dysphagie. Certains IFAS ne présentent qu'une liste de signes restreinte alors que d'autres peuvent en présenter jusqu'à 26 à leurs étudiants. Ceci met en évidence une disparité dans la présentation des signes d'alerte de la dysphagie aux étudiants en fonction des IFAS.

3.1.4 Complications et conséquences

La complication la plus citée par les interviewés est la pneumopathie comme nous l'ont dit Mmes Leconte et Durand : *« et pour les complications on va avoir tout ce qui est infection pulmonaire avec la pneumopathie »* (Mme Leconte) ; *« on parle des complications de la fausse route et notamment, avec le risque de pneumopathie d'inhalation »* (Mme Durand). Seule Mme Durand met en avant une conséquence psychologique avec la peur des prises alimentaires *« on parle aussi du fait que la personne qui a fait des fausses routes, elle a peur d'en refaire donc elle va moins manger, elle va limiter ce qu'elle mange ou ce qu'elle boit car elle est toujours dans l'appréhension »*. M. Dubois nous a aussi mentionné la dénutrition, la déshydratation et le décès du patient : *« on parle de la dénutrition, de la déshydratation, de l'infection pulmonaire et du décès »*.

Concernant les supports de formations, un ne cite que les complications respiratoires (infections pulmonaires, obstruction des voies aériennes et asphyxie) et un autre cite les pneumopathies d'inhalation, la dénutrition, la déshydratation et les conséquences sociales dues à la dysphagie (isolement, retrait de la vie sociale). Le troisième support est plus détaillé et comporte les éléments suivants : altération de l'état général, fièvre, complications pulmonaires, dénutrition, déshydratation, décès par asphyxie, altération de la relation au corps/au logement/aux relations sociales.

La complication la plus citée est la pneumopathie d'inhalation. Les conséquences nutritionnelles, psychologiques et sociales ne sont pas toujours présentées aux EAS.

3.1.5 Adaptations

Les EAS sont sensibilisés à l'adaptation de l'environnement pour les patients dysphagiques. Mme Leconte nous précise qu'il faut « *être vigilant à l'environnement, par exemple, ne pas laisser traîner des verres ou des choses à manger si le patient a des troubles de la déglutition. Pour l'environnement y'a aussi le calme pendant le repas, on évite les distractions* ». Un environnement calme implique de « *faire en sorte qu'il n'y ait pas la télé* » (Mme Leconte). De plus, au niveau de l'environnement, l'accent est mis sur l'installation des patients au moment du repas avec une « *installation confortable* » (M. Dubois) et qu'il faut « *bien les positionner [les patients] en fonction des troubles présentés* » (Mme Leconte). Les trois supports de formation possèdent des schémas expliquant l'installation du patient pour le repas. Deux supports sont plus détaillés dans les explications sur l'installation avec la mention de la recherche de stabilité, la description de la position recommandée (position assise, pieds au sol) et l'importance pour les patients d'avoir le menton rentré pour sécuriser les voies aériennes.

La modification des textures des aliments et de la viscosité des boissons a toujours été citée comme une adaptation lors des entretiens cependant, nous n'avons pas eu plus de détails quant à la présentation de cette dernière aux étudiants. Mme Durand nous a précisé, concernant les adaptations que les EAS « *savent plein de choses, mais ils ne peuvent pas expliquer pourquoi l'eau pétillante par exemple. Ils vont nous dire « ah oui on peut leur donner de l'eau pétillante » mais quand on leur demande pourquoi ils savent pas expliquer. C'est vraiment le pourquoi qui manque. Il faut donner du sens à ça* ».

Nous nous baserons donc exclusivement sur les supports de formation pour décrire ce qui est dit aux EAS à ce sujet. Les trois supports de formation détaillent diverses adaptations de textures qui peuvent être faites en cas de dysphagie chez un patient. Les étudiants peuvent avoir des notions sur les aliments conseillés (aliments fluides, épais, hachés, boissons gélifiées ou épaissies) et les aliments déconseillés (liquides, aliments filandreux ou granuleux). Nous relevons donc une assimilation de la texture à l'aliment alors qu'un aliment peut avoir diverses textures : le riz en grain n'aura pas la même texture s'il est préparé « à l'eau » (dispersible) ou en riz au lait ou risotto (crémeux). Des indications vont aussi être données sur les aliments à texture semi-solide, pâteuse homogène, liquide et comment les modifier en cas de dysphagie (liants, gélifiants). L'IDDSI n'est intégré qu'à un seul support de formation et n'a été cité dans aucun entretien. La compréhension de l'IDDSI fait l'objet de Travaux Dirigés (TD) dans l'IFAS où intervient l'orthophoniste. Les étudiants sont

encouragés à utiliser le test d'écoulement à la seringue afin d'adapter des liquides (carnet de bord du 16 novembre 2022).

Mme Martin nous a précisé que « *tant que le soin de santé orale peut-être fait par le patient, qui ne nécessite que d'être guidé, il faut privilégier cet axe là et ça, c'est vrai pour tout, l'habillement, la prise de repas etc.* » ce qui implique que les étudiants sont incités à laisser le patient faire le plus en autonomie les actes de la vie quotidienne. L'autonomie aidée rentre dans ce cadre et n'a été citée que par cette formatrice et n'a été indiquée que dans un support de formation. Dans le support de formation, ce principe est décrit par le fait de ne pas faire à la place du patient et de l'encourager à porter lui-même la nourriture ou le verre à sa bouche. De plus, les technique de *hand over hand* et du *hand under hand* de Mélissa Batchelor Murphy sont présentées par l'orthophoniste intervenant en IFAS et faites par les étudiants lors de mises en situations en binôme (carnet de bord du 16 novembre 2022).

Les EAS ont une présentation des adaptations liées à l'environnement du patient. Dans tous les IFAS de l'étude, le positionnement du patient a été expliqué et repris en TD pour certains et l'accent a été mis sur un environnement calme au moment du repas. Pour les adaptations au niveau des textures, les supports de formation décrivent des propositions de modifications de texture mais un seul cite l'IDDSI. Les étudiants sont aussi sensibilisés au maintien de l'autonomie du patient dans l'acte alimentaire mais cela n'est pas ressorti pour l'ensemble des participants. Un seul IFAS propose l'explication et la mise en œuvre des techniques de Mélissa Batchelor Murphy.

3.1.6 Équipe pluridisciplinaire

En EHPAD, l'équipe pluridisciplinaire va jouer un rôle important dans la prise en charge des patients dysphagiques. Nous avons donc demandé aux interviewés ce qui était dit à ce sujet aux EAS. Les professionnels sont souvent cités lors des entretiens mais leur rôle n'est pas forcément détaillé :

- Les masseurs-kinésithérapeutes sont cités quatre fois en lien avec le positionnement de la personne ;
- Les ergothérapeutes sont cités cinq fois en lien avec les aides techniques qui peuvent être apportées au patient et son installation ;
- Les diététiciens sont cités quatre fois en lien avec la mise en place des textures et de l'évaluation des apports nutritionnels ;

- Les infirmiers sont cités quatre fois en lien avec le fait que les AS doivent les alerter s'ils repèrent un risque de dysphagie ;
- Les médecins sont cités quatre fois car ce sont eux qui font les prescriptions des évaluations et des textures ;
- L'orthophoniste est cité cinq fois en lien avec l'évaluation et la rééducation de la déglutition et de la mastication.

Dans les supports de formation, un seul mentionne l'équipe de professionnels qui interagit autour du patient dysphagique. Y sont cités avec leur rôle l'AS, l'IDE, le médecin, le diététicien, le masseur-kinésithérapeute, l'Agent de Service Hospitalier (ASH), le cuisinier, l'ergothérapeute, le pharmacien, le dentiste, le psychologue et enfin, l'orthophoniste. M. Dubois nous précise que « *c'est abordé à l'oral seulement* [en parlant du rôle des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire]. *Tout ce qui est ergothérapeute, kiné, diététicienne c'est à l'oral. Ce n'est pas noté mais cela vient souvent dans les conversations avec les étudiants car on a beaucoup d'élèves en formation continue, des ASH faisant fonction d'AS, qui connaissent bien le milieu du soin et qui font partager leurs expériences.* »

Mmes Durand et Rousseau nous ont rapporté que concernant l'équipe pluridisciplinaire évoluant en EHPAD autour du patient dysphagique, il était demandé aux étudiants d'être acteurs de leur formation et de se rapprocher, lors des stages, des différents professionnels : « *ils partent en stage, et on insiste sur le fait que le patient dans un service, n'aura pas affaire qu'à un seul professionnel. Donc on leur demande de s'adresser à tous les professionnels de santé qui auront un rôle à jouer auprès de patients. C'est essentiel* » (Mme Rousseau). Cependant, Mme Durand reconnaît « *qu'en stage ils voient et questionnent le professionnel et donc s'approprient une partie du savoir-faire pour continuer. Mais tout le monde ne rencontre pas d'orthophoniste en stage c'est ça le souci* » ce qui montre que les étudiants ne vont pas rencontrer l'ensemble des professionnels et donc, connaître leur rôle auprès du patient dysphagique.

Le rôle de l'équipe pluridisciplinaire peut aussi se retrouver dans les évaluations avec la création d'un patient pour lequel les étudiants devront « *organiser sur une journée, l'ensemble des soins que peut avoir ce patient. Et là, on évalue leurs compétences à organiser leurs propres soins auprès du patient mais aussi à s'organiser dans une équipe pluridisciplinaire* » (Mme Rousseau).

L'équipe pluridisciplinaire est toujours présentée lors des interventions en lien avec la dysphagie. Nous noterons que ces notions sont surtout abordées à l'oral lors des

cours et ne font pas l'objet d'un support écrit pour les étudiants. De plus, il est demandé aux étudiants eux-mêmes d'aller rencontrer les équipes pluridisciplinaires lors de stages ce qui met en avant une disparité dans la mesure où tous les professionnels ne sont pas présents dans certaines structures. Aussi, l'ensemble des acteurs n'est pas toujours cité comme les psychologues, le personnel de cuisine ou le directeur d'établissement.

3.1.7 La communication avec le patient lors des repas

Mmes Durand et Leconte précisent que « *quelqu'un qui est à risque de fausse de route, on le stimule pas à la parole pendant le repas* » (Mme Durand) et qu'« *il ne faut pas parler pendant que le patient mange* » (Mme Leconte). De plus M. Dubois nous a confié que « *pendant la prise alimentaire non, car si on parle au patient et qu'il répond, il fait plusieurs choses en même temps et cela peut amener à des fausses routes* ». Souvent, la communication orale avec le patient durant le repas est indiquée comme délétère et constitue un risque. Sur l'ensemble des entretiens que nous avons faits et des supports de formation que nous avons récoltés, seuls deux supports de formation explicitent de ne pas parler au patient tant qu'il n'a pas avalé mais qu'entre les bouchées cela peut être fait. Nous retrouvons une certaine ambiguïté quant à ce point.

La communication avec le patient peut être entravée en cas de comportements difficiles avec notamment le refus de s'alimenter. Pour Mme Rousseau, « *on ne peut pas obliger une personne à manger. En revanche, on peut lui proposer autre chose. Là aussi c'est le cœur du métier ! Si le mixé ce n'est pas possible, on peut palier avec des produits protéinés et du sucré par exemple. Toujours en fonction du patient bien évidemment. On appelle ça de l'alimentation plaisir* ». Ce discours est revenu pour cinq des interviewés (lors d'un entretien, ce sujet n'a pas été abordé et pour un autre, il était centré sur les soins bucco-dentaires). M. Dubois, nous parle de dignité du patient dans ces moments-là « *là il y a le respect de la dignité de la personne. La personne, on va pas la forcer à manger un truc qu'elle n'aime pas, on va pas lui faire manger quelque chose avec une texture qui nous convient à nous sans lui demander si ça lui convient à elle* ».

Les EAS ont une vision imprécise de la communication avec les patients lors du repas car il peut leur être enseigné de ne pas parler avec eux durant l'ensemble du repas ou d'échanger seulement entre les bouchées. Cependant, pour la majorité des interviewés, la communication reste le cœur du métier de l'AS.

3.1.8 Une place particulière donnée aux soins bucco-dentaires

Pour les soins bucco-dentaires, dans l'ensemble des IFAS où nous sommes allées, les EAS avaient un cours spécifique sur cette thématique. Ces cours peuvent être donnés par des infirmiers ou des dentistes. Mme Durand nous a confié qu'« *on a renforcé cette année l'hygiène bucco-dentaire car ça compte dans le risque de fausse route. Avant, on y consacrait pas beaucoup de temps* » et M. Dubois nous a dit qu'« *on parle beaucoup, beaucoup de l'hygiène bucco-dentaire* ». Ce renforcement est en lien avec l'impulsion des Agences Régionales de Santé (ARS), en collaboration avec l'association Santé Orale, Handicap, Dépendance Et Vulnérabilité (SOHDEV), qui proposent des formations aux formateurs d'IFAS concernant les soins bucco-dentaires comme nous le précisent Mmes Martin et Dupont : « *cette formation a été faite par l'ARS, c'était une formation sur la santé orale et l'hygiène bucco-dentaire sur le constat qu'auprès des personnes fragiles, ces soins ne sont pas suffisamment investis. Donc il se trouve que j'ai assisté à une formation avec deux autres collègues de la formation des infirmiers sur deux journées. Du coup j'ai remanié la formation sur cette thématique-là, à la lumière de ce qui nous a été demandé de propulser par la région* » (Mme Martin) ; « *on a une collègue à nous qui a fait une sensibilisation, une formation sur deux jours sur tout ce qui est lié au bucco-dentaire* » (Mme Dupont).

Au cours de notre phase d'entretiens, nous avons pu rencontrer une formatrice qui dispense les cours sur les soins bucco-dentaires dans un IFAS, Mme Martin. Elle a pu nous détailler ce qui était présenté aux EAS et comment. Tout d'abord, les étudiants ont un travail préparatoire avec une lecture d'articles en lien avec les soins bucco-dentaires, puis, l'accent est mis, en cours magistral, « *sur le fait que la santé orale fait partie de la santé générale et que la déprécier, l'oublier, la négliger ça peut avoir un impact sur la santé de ces personnes vulnérables notamment les personnes âgées* » (Mme Martin) mais aussi sur le constat que les résidents d'EHPAD ont un réel besoin de soins bucco-dentaires. Et enfin, une journée est faite avec les étudiants infirmiers pour que chaque promotion partage autour de ce sujet. Les notions précisées aux étudiants sont diverses :

- Les risques qu'engendre la non prise en compte des pathologies bucco-dentaires (multiplication des affections dentaires, aggravations des pathologies bucco-dentaires, dénutrition, troubles de la mastication et de la déglutition, douleurs, broncho-pneumopathies) ;
- Les personnes à risques (personnes âgées et handicapées). À ce sujet, Mme Martin précise que « *s'il y a troubles de la déglutition, en fait c'est la porte ouverte à une broncho-pneumopathie. Il faudrait donc que les élèves et les professionnels*

comprennent que le soin bucco-dentaire est encore plus à privilégier pour ces gens-là » ;

- Comment entretenir la santé orale (privilégier le brossage autonome tant que c'est possible puis aider lorsque cela devient nécessaire) ;
- Le brossage dentaire (fréquence, durée) ;
- Les outils d'évaluation et de suivi de la santé bucco-dentaire (Grille d'Observation en Santé Orale-GOSO) ;
- Cas clinique.

Concernant le brossage dentaire, Mme Martin conseille qu'« *il faudrait que ça soit fait après une prise alimentaire. C'est logique. Dans la théorie, il faudrait que ça soit fait au moins trois fois par jour à non, au moins deux fois par jour. Mais, il faut coller à la réalité et donc, le message oral il va être au moins une fois par jour et si y'en a un à privilégier c'est celui avant le coucher parce qu'on sait que sinon les débris alimentaires vont aller plus s'incruster pendant la nuit* ». Dans le contexte de l'EHPAD, « *il y a une aide à l'installation pour l'endormissement, pour la bonne nuit, pour la qualité du sommeil etc., pourquoi ça ne serait pas faire ce moment-là ?* ». Nous relevons donc un décalage entre la théorie donnée aux EAS et la réalité du terrain qui leur est aussi présentée.

Aujourd'hui, le soin bucco-dentaire tient une place privilégiée dans la formation initiale des AS face à l'impulsion des ARS proposant des formations aux formateurs sur ce sujet. Le soin bucco-dentaire est donc présenté dans un cours propre et peut être mis en lien avec la dysphagie au travers des personnes à risques mais aussi des complications d'une mauvaise gestion de ces derniers au regard des contraintes institutionnelles. Le soin bucco-dentaire, souvent considéré comme une tâche de routine, doit être perçu comme une action en lien avec une problématique spécifique plutôt que comme une simple étape de la toilette quotidienne.

3.2 Le contexte de l'EHPAD

Ce qui a été rapporté lors des entretiens est qu'il n'y pas de cours propres parlant de l'EHPAD : « *Non il n'y a rien de spécifique à l'EHPAD* » (Mme Moreau). Mais l'ensemble des interviewés s'accordent sur le fait que la personne âgée est au cœur de la formation des AS comme ont pu nous le dire Mmes Moreau et Rousseau : « *de toute façon, vous savez, les aides-soignants travaillent quasiment qu'auprès de personnes âgées donc la problématique*

du vieillissement est bien développée » ; « en fait, la personne âgée est au cœur de notre enseignement. La personne âgée, c'est le cœur du métier de l'aide-soignant ». De plus nous noterons que dans tous les entretiens, les interviewés ont précisé qu'au moins un stage en EHPAD est obligatoire durant la formation d'AS et que c'est à ce moment-là que les étudiants vont réellement découvrir le contexte de l'EHPAD.

Les notions sur l'EHPAD transmises aux EAS dans la formation et que nous avons relevées dans les entretiens sont les suivantes :

- La personnalisation de l'accompagnement : « autour de l'EHPAD [...], on travaille énormément sur la personnalisation de l'accompagnement » (Mme Moreau) ; « Nous on leur dit surtout qu'il faut avoir une bonne connaissance de la personne pour que la prise en soin soit spécifique à chacun » (Mme Leconte) ;
- La difficulté d'accessibilité aux soins : « La difficulté que l'on retrouve en EHPAD, c'est que souvent, ils n'ont pas ou ils ont moins les professionnels à portée de main [...]. On manque d'orthophoniste, donc un orthophoniste en EHPAD, c'est compliqué. Les dentistes, c'est pareil [...]. Après, le travail est beaucoup plus complexe du coup en EHPAD car il n'y a pas cette accessibilité à l'équipe pluridisciplinaire. Souvent, c'est l'infirmière et le médecin » (Mme Durand) ;
- L'importance de l'hygiène bucco-dentaire : « on parle beaucoup, beaucoup de l'hygiène bucco-dentaire » (M. Dubois) ; « là où on insiste, c'est quand même que l'accès aux soins dentaires est quand même plus compliqué [...]. Et ça c'est problématique car vous le savez-bien, que si les soins sont pas faits cela va engendrer des complications » (Mme Durand) ;
- Le refus de s'alimenter et l'alimentation plaisir : « là il y a le respect de la dignité de la personne. La personne, on va pas la forcer à manger un truc qu'elle n'aime pas, on va pas lui faire manger quelque chose avec une texture qui nous convient à nous sans lui demander si ça lui convient à elle ... On peut aussi garder l'alimentation plaisir pour un patient qui refuse de s'alimenter » (M. Dubois) ; « Il faut le consentement du patient pour pouvoir faire le soin. Donc l'alimentation, c'est un soin, il faut donc le consentement. Et on parle aussi de l'alimentation plaisir dans le refus de s'alimenter avec la possibilité, pour ces gens, de manger ce qui leur plaît » (Mme Leconte) ;
- Les stages en EHPAD comme source d'illustration des cours théoriques : « on se focalise beaucoup plus sur l'EHPAD car nous avons des promotions où des étudiants sont en apprentissage chez les employeurs la plupart du temps et leurs employeurs

c'est souvent un EHPAD. Donc pour illustrer nos propos du cours magistral, on prend des exemples de patients qui vivent un EHPAD » (Mme Dupont).

- L'autonomie du patient : *« tant que le soin de santé orale peut-être fait par le patient, qui ne nécessite que d'être guidé, il faut privilégier cet axe là et ça, c'est vrai pour tout, l'habillement, la prise de repas etc. » (Mme Martin).*

4. Les apports du nouveau référentiel de formation

4.1 La place de la dysphagie dans le nouveau référentiel

Nous avons déjà précisé, à travers les propos de Mme Moreau que *« dans le nouveau référentiel, les troubles de la déglutition ne sont pas mentionnés »*. Lors de nos entretiens, l'ensemble des interviewés nous ont indiqué que les cours en lien avec la dysphagie, qu'ils soient spécifiques ou non, étaient rattachés en priorité au bloc 1 du référentiel s'intitulant *« Accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale »* et ce, que ce soit dans les modules 1 ou 2. D'autres blocs et modules de compétences sont cités, en plus des précédents, par les interviewés :

- Mme Durand : *« Et après, donc ça c'est le bloc de compétences 1 module 1, même le module 2, les risques. Et le bloc de compétences 2 module 3 pour les pathologies et les soins adaptés au module 4 » ;*
- Mme Leconte : *« Bloc 1 module 1. Et quand c'est traité avec l'AVC, c'est bloc 2 module 3 » ;*
- Mme Moreau : *« Si on prend le bloc 2 avec le module 3, c'est l'évaluation de l'état clinique d'une personne. Ç'en fait forcément partie là aussi. Ça rentre aussi dans le module 4 « mettre en œuvre des soins adaptés », c'est pareil [...] après le 10 c'est tout ce qui est transmission donc évidemment à travers les transmissions si on a un patient qui présente ces troubles là on va en parler ».*

Dans le guide d'entretien, nous avons proposé un thème en lien avec la fragilité à questionner si des cours spécifiques n'étaient pas faits dans les IFAS. Cette notion, explicitement énoncée dans le référentiel dans le bloc 1 module 1 peut servir de levier à la mise en place de cours propres à la dysphagie ce qui est confirmé par les propos de Mme Moreau *« ces deux notions vont ensemble, en lien avec les risques. Donc oui ça peut être traité dans le même bloc. Et comme je vous l'ai dit tout à l'heure, dans le bloc 1 on parle des risques et c'est là qu'on donne principalement des informations sur les troubles de la déglutition ».*

La dysphagie est aussi abordée dans le cadre de l'Attestation de Formation aux Gestes de Soins d'Urgence (AFGSU) se situant dans le bloc 2 « Évaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration ». Ici, cela fait référence aux « *obstructions partielles ou totales* » (M. Dubois).

Nous pouvons donc dire que le terme de « dysphagie » n'est pas présent dans le référentiel de formation. Cette notion est présentée dans le bloc 1 en majorité, mais aussi en lien avec d'autres modules de compétences relatifs aux pathologies (neuro-vasculaires, neurodégénératives), aux transmissions et aux gestes d'urgences.

4.2 Une nouvelle pédagogie

4.2.1 Les cours théoriques

Toutes les personnes interrogées s'accordent sur le fait que la mise en place du nouveau référentiel n'a pas amené de changement dans la présentation des cours théoriques sur la dysphagie. En effet, Mme Rousseau souligne que « *les cours étaient déjà là avant, il n'y a pas eu de changement particulier* » ce que confirme M. Dubois « *ça a pas évolué* ». Le nouveau référentiel de formation n'a donc pas eu d'impact sur le contenu des cours théoriques liés la dysphagie.

4.2.2 Les évaluations

Un des changements majeurs rapporté par les interviewés est la façon d'évaluer les étudiants comme nous le précisent Mmes Dupont et Durand : « *ça en fait ça a changé par rapport à l'ancien référentiel, oui voilà l'évaluation des connaissances, c'est différent* » ; « *l'évaluation, c'est une évaluation commune, une situation clinique [...]. En fait, c'est un raisonnement clinique où ils doivent détailler ce qu'ils font en lien avec les données du texte* ». Avec le nouveau référentiel, les EAS sont évalués à partir d'analyses de situations qui permettent un raisonnement clinique global autour du patient. Pour Mme Martin, « *ce sont des savoirs, mais pas des savoirs livresques qui doivent être appris et recrachés pour avoir une bonne note à l'évaluation. Ce sont des savoirs qui doivent être mobilisés sur le terrain à la lumière de la réflexion* ».

Malgré tout, la dysphagie n'est pas forcément présentée dans ces analyses comme le souligne Mme Leconte « *[l'évaluation] c'est au décours de la situation qu'ils ont choisie [en stage]. Et en fonction de la pathologie y'aura les troubles de la déglutition ou pas* ». Mais, M.

Dubois précise qu'un oral peut être couplé à l'analyse de situation faite à l'écrit et là, « *même si le cas clinique ne fait pas intervenir de troubles de la déglutition, en fonction du cas, on va questionner sur la faisabilité d'une prise alimentaire [...] à partir d'une situation qui ne fait pas intervenir en premier jet la fausse route, on les fait réfléchir quand même dessus* ».

4.2.3 La valorisation des TD

Cinq interviewés nous ont fait part du fait que dans leur IFAS, des TD étaient faits en rapport avec la dysphagie. Mme Durand précise qu'« *on limite les cours magistraux parce qu'on sait très bien qu'ils ne retiennent [les étudiants] même pas 10 % de ce qui est dit. Donc le TD, c'est la meilleure façon. On a accentué le nombre des TD depuis le nouveau référentiel d'ailleurs* ». Mme Moreau confirme cette idée en disant qu'« *ils [les étudiants] ont des cours de pratiques de soins et où on va aussi un moment donné faire un atelier petit-déjeuner, les étudiants entre eux se font prendre un petit-déjeuner. C'est abordé dans le module 7 sur la fonction d'encadrement qui est nouveau* » ce qui montre l'impulsion donnée par le nouveau référentiel concernant la mise en pratique des notions vues en cours magistraux. Cependant les TD ne sont pas toujours présents comme nous le précise M. Dubois qui semble démuni quant à l'organisation et l'accueil des étudiants concernant un TD sur la dysphagie : « *Non, et ça consisterait à quoi ? Il faudrait un mannequin à haute-fidélité pour les simulations, un mannequin qui déglutit tout ça et je ne sais pas si ça existe pour la déglutition. On a des mannequins hyper fidèles pour faire beaucoup de choses mais pour la déglutition nous n'avons pas. Le faire sur une personne, entre eux pendant un TD, je pense qu'ils seraient assez réticents. Mais c'est quand même à creuser* ».

Lors de ces TD, il sera demandé aux EAS de se mettre en binômes et de se donner à manger l'un à l'autre afin qu'ils se rendent compte du positionnement à avoir vis-à-vis du patient, du rythme de la prise alimentaire, mais aussi un travail sur les textures des aliments et la viscosité des boissons pourra être proposé :

- Mme Leconte : « *On fait un TD alimentation c'est-à-dire que les étudiants se donnent à manger et à boire entre eux pour qu'ils se rendent compte du rythme notamment et on parle de l'installation de la personne par rapport aux troubles de la déglutition* » ;
- Mme Rousseau : « *Elle [la formatrice] amène tout ce qu'il faut, elle fait goûter, elle fait faire des exercices : si une personne ne voit pas, comment la faire manger ? Comment elle peut se tenir ? Et si elle est comme ça (mimant une personne voûtée), comment on fait etc. Elle amène les textures, les élèves travaillent en binômes et voient vraiment ce qu'est le risque de fausse route* ».

4.2.4 La proposition de cours interfilières

Au cours d'un de nos entretiens, une interviewée nous a expliqué que le nouveau référentiel avait donné une réelle impulsion à la formation des AS et que cela l'avait incité à mettre en place des cours interfilières avec les étudiants infirmiers et ce malgré le travail important que cela demandait en termes d'organisation. Mme Martin nous a détaillé le déroulement de ce cours qui est en lien avec les soins bucco-dentaires : *« on mixe les promotions en petits groupes, 8 petits groupes. Les étudiants infirmiers vont travailler sur les représentations qu'ils se font de la santé bucco-dentaire à travers leurs représentations mais aussi leur premier stage, leur première pratique. Et les élèves aides-soignants, eux, vont devoir se remémorer le cours qu'ils ont eu en septembre et ils vont devoir réaliser un support [...] représentatif des points clés qu'il souhaiterait transmettre à leurs collègues étudiants infirmiers »*. L'objectif est de permettre à ces deux populations d'apprenants, qui vont être amenés à travailler ensemble plus tard, d'échanger, de se questionner ensemble et de mettre en évidence les enjeux et les mesures favorables à la santé bucco-dentaire.

Même si le nouveau référentiel n'a pas apporté de nouvelles notions à dispenser en cours magistraux, nous retrouvons une nouvelle impulsion via les évaluations qui sont centrées sur des analyses de situations permettant d'inscrire le patient dans une situation de prise en soin globale. De plus, les TD et les interventions interfilières, recommandées dans le référentiel, sont de plus en plus privilégiés.

5. L'orthophoniste et la dysphagie en IFAS

5.1 Le rôle de l'orthophoniste peu présenté

Au cours de nos entretiens, deux interviewés nous ont confié ne pas parler du rôle de l'orthophoniste lorsque le sujet de la dysphagie était abordé ou seulement succinctement à l'oral :

- M. Dubois : *« alors non, j'avoue que je n'en parle pas »* ;
- Mme Rousseau : *« alors justement, non ! [...] Parce que ça l'a jamais été et que très honnêtement quand j'ai étudié le nouveau référentiel nulle part c'est noté et j'y ai pas pensé »* ;

Les autres enquêtés ont mentionné en parler en lien avec le test de l'eau, le « travail » sur la bouche et la mastication comme le montrent les propos de Mmes Leconte et Dupont : Mme Leconte : *« l'orthophoniste fait le test de l'eau et après elle peut faire un travail sur la*

bouche, sur la déglutition » ; Mme Dupont : « l'orthophoniste va plutôt avoir un rôle d'éducation et de rééducation dans la déglutition et la mastication [...] on part plutôt d'un exemple, d'une personne qui a fait un AVC et qui a des troubles de la déglutition et là on met en avant l'importance de faire intervenir l'orthophoniste pour travailler la déglutition et donc éviter les fausses routes ».

Le rôle de l'orthophoniste est donné, en majorité, à l'oral et n'apparaît pas sur les supports de formation transmis aux EAS : *« alors sur le rôle là aussi, c'est pas du tout inscrit sur les diapositives, mais on en parle à l'oral »* (Mme Leconte). Le rôle de l'orthophoniste est cité dans deux des trois supports de formations que nous avons récoltés. Dans le premier support, il est noté que l'orthophoniste effectue les « tests d'évaluation de la déglutition ». Dans le second support, diffusé aux EAS de l'IFAS où intervient l'orthophoniste, son rôle est plus détaillé avec :

- La prévention et la formation des personnels soignants et hôteliers ;
- L'évaluation ;
- La mise en place de stratégies d'adaptations, manœuvres, postures spécifiques ;
- L'information au patient et de son entourage sur la dysphagie et ses conséquences ;
- La mise en place de l'éducation thérapeutique de patient ;
- *« L'orthophoniste va faire des essais alimentaires pour déterminer la texture adaptée »* (Carnet de bord du 16 novembre 2022).

Deux interviewés ont mis en avant leur manque de connaissances quant au rôle de l'orthophoniste dans la dysphagie en mentionnant que lorsqu'ils travaillaient en tant qu'infirmiers, il n'y avait pas d'orthophoniste pour assurer l'évaluation et la prise en charge des patients dysphagiques :

- Mme Moreau : *« je pense qu'on n'avait pas d'orthophonistes à l'époque qui étaient associés dans les services de soins pour apporter leurs compétences ».*
- M. Dubois : *« Mais je vous avoue que franchement je sais que l'orthophoniste intervient dans ce cadre [la dysphagie] que depuis que je suis formateur ici. Même en ayant été aide-soignant, je me souviens pas qu'on avait appris ça en cours, c'était l'infirmière qui devait gérer tout ça. Et quand j'étais aide-soignant ou infirmier en gériatrie, ce n'était pas l'orthophoniste qui s'en occupait. C'était le médecin surtout car souvent il n'y avait pas d'orthophoniste dans les services. Et puis c'est dur de prendre un rendez-vous chez l'orthophoniste rapidement ».*

Le rôle de l'orthophoniste n'est que peu cité dans les interventions en lien avec la dysphagie et la plupart des formateurs en IFAS ne connaissent pas ce rôle car ils se basent principalement sur leurs expériences en tant que soignants pour préparer leurs cours.

5.2 La place de l'orthophoniste dans la formation initiale des aides-soignants

Selon l'ensemble des interviewés, l'orthophoniste a un rôle à jouer dans la formation initiale des AS et ce à deux titres.

D'une part, les enquêtés sont favorables à l'intervention d'orthophonistes au sein des IFAS pour présenter le métier de façon globale car c'est un métier qui est souvent assimilé aux enfants comme le précise Mme Leconte : *« donner plus d'importance à ce métier auprès de la personne âgée puisqu'on aurait plutôt tendance à penser que l'orthophoniste va intervenir auprès des enfants qui ont des difficultés »*. Le métier d'orthophoniste gagne aussi à être connu des étudiants pour une meilleure prise en charge des patients ce que précise Mme Moreau pour qui, l'orthophoniste devrait *« présenter [son] travail parce que je pense, que c'est pas forcément connu par les élèves aides-soignants en tout cas. Et je pense que ça pourrait les aider et apporter un appui le jour où ils vont être diplômés et être sur le terrain et que par exemple ils auront besoin de l'appui d'une orthophoniste pour régler les problèmes de leurs patients »*.

D'autre part, une intervention sur la dysphagie faite par les orthophonistes apporterait des notions plus précises sur ce trouble car l'expertise de l'orthophoniste dans ce domaine est reconnue :

- Mme Leconte : *« cela permettrait sûrement d'avoir des connaissances plus précises et un apport d'expérience par rapport aux troubles de la déglutition. Même si nous, en tant qu'infirmier, on est confronté à ces problématiques, moi dans mon parcours j'ai eu ces problématiques. Je pense que votre intérêt et vos connaissances sur, vraiment, le fonctionnement de la déglutition doit être bien plus poussé que les nôtres »* ;
- Mme Durand : *« partager leur expertise sur la prévention, sur les situations à risque, même si nous on en cite mais peut-être qu'on en oublie. Comme c'est votre cœur de métier, c'est amener un maximum d'informations, transmettre vos connaissances, votre savoir-faire pour qu'en fait, au quotidien, les aides-soignants puissent le reproduire avec un maximum de patients »*.

Enfin, au cours des entretiens, il a été mis en évidence que les responsables pédagogiques valorisaient les interventions de professionnels de terrain comme a pu nous le confier M. Dubois : « *c'est très prisé dans la formation, de faire venir des professionnels de chaque domaine pour expliquer aux étudiants la problématique. Et les élèves apprécient ce genre d'intervention* ». Ceci montre que les équipes pédagogiques des IFAS sont prêtes à accueillir les orthophonistes pour dispenser des cours.

L'expertise de l'orthophoniste en termes de dysphagie est reconnue par l'ensemble des interviewés. Ces derniers sont favorables à l'intervention des orthophonistes au sein des IFAS afin d'apporter une formation plus précise aux EAS concernant la dysphagie mais aussi faire connaître leur métier auprès de cette future population de soignants amenés à collaborer avec eux.

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux de la formation initiale des aides-soignants concernant la dysphagie en EHPAD. Nous avons donc cherché à savoir si la formation initiale des aides-soignants pouvait limiter la prise en charge de la dysphagie en EHPAD. De plus, nous nous sommes interrogés sur la connaissance du rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la dysphagie pour ces futurs professionnels du soin. Pour cela, nous sommes allés à la rencontre de responsables pédagogiques ou de formateurs en IFAS et nous avons échangé avec eux par le biais d'entretiens semi-directifs.

Dans cette partie, nous proposerons d'abord un retour sur les résultats présentés dans la partie précédente nous permettant de valider ou non nos hypothèses puis, nous présenterons les limites de l'étude et enfin, les questions soulevées par l'étude ainsi que ses perspectives.

1. Retour sur les résultats et les hypothèses de l'étude

1.1 La dysphagie en EHPAD (hypothèse 1)

1.1.1 Une notion absente du référentiel de formation

La dysphagie est une notion qui est abordée en IFAS, elle est même reconnue comme indispensable car en lien avec un risque que les AS peuvent rencontrer au quotidien dans leur pratique. Cependant, nous avons pu constater que la dysphagie n'était pas présente dans le référentiel de formation. En effet, ce concept se rapporte à plusieurs blocs de compétences (1, 2, 3 et 5) avec une préférence pour le bloc de compétences 1 relatif à « l'accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale ». Le fait que la dysphagie puisse être traitée dans plusieurs blocs de compétences et en lien avec plusieurs thématiques, en fait une notion transversale dont les contours sont difficiles à définir et dont les responsables pédagogiques des IFAS ont parfois du mal à se saisir. Le concept de fragilité, quant à lui présent dans ce nouveau référentiel, est reconnu comme un levier pour définir la notion de dysphagie et la mettre en lien avec la population des EHPAD.

1.1.2 Une disparité manifeste dans l'enseignement

Nous avons relevé un manque d'uniformisation dans la formation des AS concernant la dysphagie. Sur les thèmes que la littérature définit comme nécessaires à connaître

(étiologies, signes d'alerte, complications, adaptations, communication, soins bucco-dentaires), chaque IFAS a sa propre façon de les traiter. L'ensemble des thèmes est abordé mais en fonction des IFAS ils étaient plus ou moins approfondis :

- Les étiologies sont régulièrement limitées aux troubles neurologiques ;
- La toux est citée comme le symptôme premier de la dysphagie mais les symptômes dits non-spécifiques sont moins cités ;
- La complication de la dysphagie la plus abordée est la complication respiratoire obstructive alors que la fausse route silencieuse ou la pneumopathie le sont moins. De plus, les complications nutritionnelles et psycho-sociales sont moins présentées voire omises ;
- L'adaptation de l'environnement est présentée en lien avec l'installation du patient et l'environnement calme ;
- Les adaptations alimentaires sont proposées soit en cours magistral soit en TD mais un seul formateur aborde la classification IDDSI ;
- Les EAS ont une sensibilisation à l'autonomie du patient sans que celle-ci ne soit ressortie dans l'ensemble des entretiens. Les EAS sont encouragés à laisser le patient réaliser le plus possible les actes de la vie quotidienne mais cela n'a été cité que dans le support de formation de l'orthophoniste et un autre formateur ;
- L'équipe pluridisciplinaire a toujours été présentée cependant elle est restreinte avec certains professionnels cités systématiquement (médecin, IDE, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien et orthophoniste) et d'autres qui le sont moins voire jamais (psychologue, personnel de cuisine, ASH et directeur d'établissement). De plus, elle est seulement abordée à l'oral et les EAS doivent eux-mêmes, sur leurs terrains de stages se renseigner sur les autres professionnels intervenants autour du patient ce qui amène à une disparité dans les informations recueillies ;
- La notion de soin bucco-dentaire fait l'objet de cours spécifiques sous forme de cours magistral, de TD ou de TD interfilières car elle est reconnue comme essentielle pour une bonne santé du patient. Les EAS apprennent aussi à évaluer et à suivre la santé bucco-dentaire des patients via la grille GOSO (paragraphe 3.1.8 p.47). Cette grille permet d'évaluer les besoins en santé orale des personnes âgées en utilisant des illustrations pour aider les professionnels à décrire précisément chaque élément en fonction de son degré de gravité. Là aussi nous retrouvons une disparité dans les enseignements du fait de la formation faite aux formateurs. En effet, certains

formateurs ont pu bénéficier, avec le soutien de l'ARS et de la SOHDEV de formations spécifiques visant à améliorer l'enseignement des pratiques d'hygiène bucco-dentaire dans les programmes de formation initiale (SOHDEV, 2023) ;

- Durant les stages, les notions ne sont toujours pas expliquées aux EAS et ils reproduisent par mimétisme en étant dans le « comment » de la recommandation et non pas dans le « pourquoi ». Or, ces situations de mimétismes ne permettent pas aux EAS d'être en position d'apprentissage. En stage, il est attendu que les étudiants apprennent en étant confrontés à des expériences cliniques, mais cela ne suffit pas à garantir un apprentissage (Pelaccia, 2018). La possibilité de réfléchir aux actions entreprises pour pouvoir transférer les apprentissages à de nouvelles situations doit être donnée à l'étudiant. Cette réflexion et l'ajustement des pratiques ne peuvent avoir lieu que si les encadrants fournissent un retour à l'étudiant (Pelaccia, 2018). Par conséquent, se contenter de reproduire des actions par mimétisme ne permet pas cette réflexion critique et peut entraîner une incompréhension des actions de soins par les soignants conduisant à une non-application des recommandations (Rosenvinge & Starke, 2005).

Ces résultats confirment les données que nous avons pu lire dans la littérature selon lesquelles, les soignants ne sont pas assez formés sur la dysphagie (Rosenvinge & Starke, 2005 ; Lesourd, 2006 ; Baijens et al. 2016 ; Mangeney et al. 2017 ; McGinnis et al. 2019). Malgré tout, ces résultats sont à considérer avec prudence car la disparité dans la formation des EAS est bien présente : certains EAS auront donc des notions plus détaillées que d'autres en fonction des IFAS dans lesquels ils sont formés. De plus, les entretiens, le carnet de bord et l'analyse des supports de formation, ont mis en exergue que l'expérience des formateurs joue un rôle dans les notions transmises sur la dysphagie. En effet, la transmission des connaissances et des expériences est différente selon que le formateur a eu une expérience professionnelle en lien avec la personne âgée ou non.

1.1.3 Une assimilation EHPAD/vieillesse

Bien que le référentiel de formation des AS mentionne de prendre en compte, en lien avec une problématique, les différents lieux d'exercice de ces professionnels, la question de l'EHPAD en tant que structure d'accueil pour les personnes âgées est peu abordée. Aussi, nous avons retrouvé une assimilation EHPAD/vieillesse liant le statut de la personne à son lieu de vie. Selon l'OMS, le vieillissement peut être biologique avec la détérioration des capacités physiques et mentales mais aussi social, avec des changements de vie qui peuvent survenir

tels que le départ en retraite, le changement de lieu de vie ou le décès d'un proche (OMS, 2022).

Lors de nos entretiens, les interviewés ont systématiquement répondu à la question de la présence d'un cours spécifique à l'EHPAD qu'il n'y en avait pas mais que la personne âgée et la problématique du vieillissement étaient abordées fréquemment dans les enseignements. Or, comme nous avons pu le voir avec la définition du vieillissement, le vieillissement ne correspond pas seulement au contexte de l'EHPAD pour la personne âgée, le vieillissement est la résultante d'un ensemble de facteurs incluant le changement de lieu de vie. Nous relevons donc une assimilation entre deux notions qui ne sont pas comparables : l'EHPAD ce n'est pas le vieillissement et le vieillissement ce n'est pas l'EHPAD.

Le vieillissement n'est pas seulement pathologique. Rowe et Khan définissent trois types de vieillissement (Rowe & Kahn, 1987 ; Rowe & Kahn, 1997) :

- Le vieillissement réussi avec un maintien des capacités fonctionnelles, une absence de pathologies invalidantes et un engagement actif dans la vie ;
- Le vieillissement pathologique avec différentes morbidités telles que la dépression, la dénutrition ou les infections cardio-vasculaires entraînant une perte d'autonomie ;
- Le vieillissement usuel avec différentes atteintes qui entraînent une réduction des capacités adaptatives avec un risque de dépendance en cas de survenue d'un événement aigu. Ceci correspond au syndrome de fragilité.

Les résidents entrent en EHPAD lorsqu'ils sont en état de fragilité avancé et tendent vers le vieillissement pathologique. De ce fait, le vieillissement ne se retrouve pas seulement en EHPAD. Il est possible de vieillir chez soi. Selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2019, 1% des femmes et 2% des hommes ayant 65 ans vivent en EHPAD, les autres étant toujours à domicile (INSEE, 2019). Ces chiffres augmentent avec l'avancement dans l'âge pour atteindre 55% chez les femmes et 35% chez les hommes de 100 ans (INSEE, 2019).

Hypothèse 1 : La formation initiale des EAS limite la prise en charge de la dysphagie en EHPAD.

D'après les propos recueillis auprès des formateurs en IFAS, il ressort que les informations transmises aux EAS ne leur permettent pas d'avoir les connaissances nécessaires à la prise en charge de la dysphagie en EHPAD. Notre hypothèse est donc validée. Les thèmes définis dans la littérature reconnus comme essentiels à la compréhension du phénomène de dysphagie sont abordés dans une grande majorité des

IFAS mais ne sont pas toujours approfondis : une disparité est présente dans la présentation de ces thèmes et ce en fonction de l'expérience professionnelle du formateur. De plus, les EAS ne sont pas toujours en capacité d'exprimer le « pourquoi » de la mise en place d'une recommandation impliquant qu'ils n'en comprennent pas forcément le sens.

Le principal obstacle à la transmission des connaissances et compétences sur la dysphagie dans les EHPAD est que cette problématique n'est pas incluse dans le programme de formation. En conséquence, les responsables pédagogiques doivent délibérément choisir un sujet en rapport avec la dysphagie et y inclure un cours dédié ou non pour que les EAS puissent acquérir les compétences nécessaires sur ce sujet.

Le contexte de l'EHPAD n'est que peu abordé lors des cours théoriques : la formation initiale délègue aux lieux de stage la découverte et la compréhension de ce lieu d'exercice. Or, il est difficile de savoir qui forme les EAS sur le terrain, si la problématique de la dysphagie est bien abordée et si un retour est fait par l'encadrant. Cette situation engendre des comportements par mimétisme et non pas par compréhension de la situation.

L'expérience professionnelle de chaque formateur est aussi un obstacle. En effet, des formateurs ayant évolué dans des services en lien avec les personnes âgées, auront des connaissances plus précises à transmettre aux EAS comparé à ceux qui ont moins d'expérience dans ces milieux.

1.2 Une évolution de la pédagogie avec le nouveau référentiel (hypothèse 2)

Le nouveau référentiel de formation n'a pas amené de changement quant au contenu théorique de la formation en lien avec la dysphagie : les notions transmises sont les mêmes. Cependant, les TD sont privilégiés afin que les EAS puissent développer leur posture professionnelle mais aussi se mettre à la place du patient en situation de repas. De plus, le référentiel met en avant des évaluations par analyses de situations et non plus des questions/réponses par écrit. Ceci montre que les EAS doivent analyser une situation dans sa globalité, en extraire des hypothèses, définir une problématique et mettre en œuvre des moyens pour y répondre. Nous avons aussi retrouvé la proposition de cours interfilières entre des EAS et des étudiants en soins infirmiers en lien avec les soins bucco-dentaires.

Tous ces éléments relèvent d'une pédagogie dite de l'apprentissage par résolution de problèmes. Dans cette pédagogie, les étudiants sont engagés dans les processus

d'apprentissages ou des discussions : « *l'étudiant construit lui-même ses connaissances par ses interactions avec l'environnement et autres partenaires de la relation pédagogique, enseignants et étudiants* » (Lebrun, 2007). Des recherches autour des pédagogies par résolution de problèmes ont montré qu'elles apportaient aux étudiants :

- Des connaissances qualitatives meilleures ;
- Une autonomie, une motivation et une prise de responsabilités plus grandes dans le cadre des études mais aussi dans le cadre professionnel ;
- « *Une démarche de recherche et de résolution de problèmes plus assurée* ».

(Lebrun, 2007).

Dans la littérature, les cours interfilières ont fait l'objet d'une étude concernant la dysphagie (Desrosiers et al., 2019). Cette collaboration, faite avec des étudiants en nutrition, ergothérapie et orthophonie au Québec, a permis aux étudiants de mieux connaître le rôle de chaque professionnel dans la prise en charge de la dysphagie mais aussi leur complémentarité dans une démarche globale autour du patient. De plus, les étudiants ont mentionné que cette expérience avait été un facteur de développement de leur confiance professionnelle. En France, une formation interprofessionnelle a été mise en place, dans le cadre d'une étude, à l'université de Rennes entre divers étudiants en santé (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens, ergothérapeutes, pharmaciens, podologues et sages-femmes). Cette étude avait pour objectif d'analyser les perceptions des étudiants vis-à-vis de cette formation et l'impact qu'elle pourrait avoir dans leur future pratique professionnelle (Fiquet et al., 2015). Les étudiants ont mis en exergue une volonté de développer le travail collaboratif ce qui s'est retrouvé, trois ans plus tard, dans leur pratique professionnelle. Ils ont aussi souligné que de telles formations devaient être encouragées. D'après les étudiants, les formations interprofessionnelles ont de nombreux objectifs comme la rencontre d'autres professionnels, la découverte des compétences de chacun et le développement de relations plus égalitaires entre les acteurs de santé.

Au sein des Centres de Formation Universitaires en Orthophonie (CFUO), une pratique similaire tend à se développer. C'est notamment le cas à l'ILFOMER (Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Rééducation) où les étudiants en orthophonie, kinésithérapie, ergothérapie et orthoptie ont des cours mutualisés répartis tout au long du cursus. Des TD sont proposés durant lesquels les étudiants des différentes filières sont amenés à travailler ensemble autour d'un sujet afin de mettre en avant les spécificités des différents métiers mais aussi amorcer une pratique pluridisciplinaire.

Hypothèse 2 : Le référentiel de formation du 10 Juin 2021 a eu un impact sur la façon de transmettre les notions relatives à la dysphagie en EHPAD.

Grâce à son approche pédagogique basée sur la résolution de problèmes complexes rencontrés dans la vie professionnelle, le référentiel de formation du 10 juin 2021 a entraîné une modification dans la transmission des connaissances relatives à la dysphagie en EHPAD. Cet apprentissage se fait, dans les IFAS, par le biais des TD, des cours interfilières mais aussi autour de l'évaluation par analyses de situations. Ces éléments de pédagogie sont reconnus comme développant l'autonomie et la confiance en soi en tant que professionnel. Ceci valide notre hypothèse.

1.3 Le manque d'orthophoniste dans les structures comme manque de connaissance du métier (hypothèse 3)

Au cours des entretiens, nous avons relevé que le rôle de l'orthophoniste était méconnu des formateurs en IFAS. Ces derniers nous ont expliqué que cela venait du fait qu'étant infirmier de terrain dans le milieu hospitalier avant d'être formateurs, ils se basaient essentiellement sur leurs propres expériences professionnelles pour créer leurs supports de formation. Or, plusieurs nous ont rapporté qu'ils n'avaient pas eu l'occasion de travailler avec des orthophonistes dans le cadre de la prise en charge de la dysphagie. En effet, en 2019, 18,5% des orthophonistes sont salariés dont 7,3% en milieu hospitalier (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2019). Dans la mesure où le rôle de l'orthophoniste est peu connu des formateurs en IFAS, ces derniers n'en transmettent pas aux EAS des connaissances précises. Les formateurs auraient la possibilité de se baser, en plus de leurs expériences, sur des écrits tels que des livres ou des articles scientifiques afin d'avoir les informations nécessaires sur le rôle de l'orthophoniste en lien avec la dysphagie et sur la connaissance plus générale du métier pour le transmettre à leurs étudiants. Dans leur mémoire, Marine Veniat et Marie Vialatte ont montré, à partir d'une moyenne sur 15 questions posées concernant la profession d'orthophoniste, que les AS faisaient partie des professionnels de santé connaissant le moins le métier d'orthophoniste (Veniat et Vialatte, 2021).

Hypothèse 3 : Le rôle de l'orthophoniste est méconnu par les AS en formation initiale dans la prise en charge pluridisciplinaire de la dysphagie en EHPAD.

Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la dysphagie est méconnu des formateurs en IFAS ce qui ne leur permet pas de transmettre ces notions aux EAS. Le manque d'orthophoniste en structure représente un frein quant à la diffusion de son rôle. De ce fait, nous pouvons valider notre hypothèse selon laquelle les EAS ont peu d'informations sur le rôle de l'orthophoniste ce qui pourra avoir une influence dans le cadre d'une collaboration autour d'un patient dysphagique.

1.4 La valorisation des intervenants extérieurs (hypothèse 4)

Les intervenants extérieurs, dans les formations, sont des intervenants choisis par les équipes pédagogiques pour leur expertise dans un domaine spécifique et exerçant une activité professionnelle principale en dehors de leur rôle de chargé d'enseignement. Leur rôle est d'apporter une expertise pratique et des connaissances actualisées aux étudiants en lien avec leur expérience professionnelle et les recherches scientifiques.

Les entretiens ont mis en avant que les responsables pédagogiques des IFAS appréciaient la venue d'intervenants extérieurs pour les EAS. En effet, des dentistes peuvent intervenir sur les soins bucco-dentaires, des directeurs d'EHPAD pour expliquer le concept de fragilité, des gériatres pour le vieillissement etc. Dans les IFAS que nous avons contactés, les responsables pédagogiques considèrent que l'expertise des orthophonistes est précieuse pour l'enseignement des notions en lien avec la dysphagie et ces derniers peuvent être considérés comme des partenaires de choix pour les transmettre. Cependant, dans notre étude, un seul IFAS fait intervenir un orthophoniste pour des cours sur ce sujet.

Hypothèse 4 : Les responsables pédagogiques des IFAS souhaitent l'intervention d'orthophonistes pour dispenser des cours spécifiques sur la dysphagie.

Les responsables pédagogiques et formateurs d'IFAS valorisent l'intervention de professionnels extérieurs pour les EAS et reconnaissent l'expertise de l'orthophoniste dans le domaine de la dysphagie. De plus, les EAS apprécient ces interventions faites par des professionnels car elles sont plus concrètes et reflètent la réalité du terrain. Ces éléments permettent de confirmer notre hypothèse selon laquelle les responsables pédagogiques des IFAS sont favorables à l'intervention des orthophonistes dans le domaine de la dysphagie auprès des EAS.

2. Critiques et limites méthodologiques de l'étude

2.1 Critiques de l'étude

2.1.1 Le guide d'entretien

Au cours des différents entretiens, nous avons pu mettre en avant que certaines questions n'étaient pas posées avec les termes qui convenaient. En effet, nous avons pu demander si « les postures » étaient abordées. Nous nous sommes rendu compte que le terme de « posture » ne signifiait pas la même chose pour les formateurs que nous interrogeons. Pour eux, le terme de « posture » renvoyait aux techniques de manutentions à savoir la mobilisation des patients sans risque de blessure pour le soignant et non pas à la posture d'antéflexion de la tête par exemple. Nous devons donc préciser ce que nous entendions par « posture ».

2.1.2 Un manque dans l'équipe pluridisciplinaire

Dans la partie « Problématique » de ce mémoire, nous avons défini l'équipe pluridisciplinaire qui évolue autour du patient dysphagique en EHPAD (paragraphe 2.2 p13). Dans cette présentation, nous n'avons pas parlé des ASH qui sont aussi au contact des résidents au cours des repas. En effet, ces professionnels participent à la mise en place de la salle à manger en EHPAD mais aussi au service des repas et à l'aide au moment du repas.

Nous avons aussi omis d'intégrer à cette équipe pluridisciplinaire le cadre de santé qui n'est pas cité dans la littérature. Selon le Code de la santé publique, le cadre de santé agit en étroite collaboration avec le chef d'établissement et est associé aux projets d'établissement, de management et d'évolution de l'organisation interne de l'établissement (Code de la santé publique, 2021). Le cadre de santé fait le lien entre la direction de l'établissement et les équipes tout en vérifiant la bonne mise en application du projet d'établissement. Son rôle de coordination entre les différents professionnels intervenants en EHPAD, qu'ils soient internes ou externes, en fait un partenaire de choix pour les orthophonistes dans la mise en place des recommandations en lien avec la dysphagie.

2.2 Limites méthodologiques

2.2.1 Le recrutement de la population

Le recrutement de la population a été fait par l'envoi de mail aux secrétariats des IFAS. Cette technique dite indirecte ne nous a pas permis d'être en contact direct avec les interlocuteurs que nous souhaitions avoir, à savoir les formateurs dispensant les cours en lien

avec la dysphagie. En utilisant un tiers, en l'occurrence l'institution, cela a pu influencer la décision de la population ciblée quant à leur participation ou non à l'étude. Ce biais de sélection a eu un impact dans notre démarche dans la mesure où certains entretiens n'ont pas pu être approfondis car les interlocuteurs n'étaient pas les formateurs donnant les cours sur la dysphagie ou en lien avec ceux-ci. Certains participants n'étaient donc pas représentatifs de la population cible et des entretiens ont pu être menés avec des personnes qui étaient à distance de la problématique de la dysphagie.

Il aurait été intéressant de préciser dans le mail transmis aux IFAS que souhaitions être en contact seulement avec des formateurs qui étaient amenés à présenter la dysphagie dans leur cours aux EAS. Cette démarche aurait pu nous permettre d'avoir des réponses plus précises sur les notions abordées mais aussi d'avoir une réelle vue d'ensemble de la présentation de la dysphagie aux EAS.

Aussi, via la technique de « proche en proche », nous avons pu avoir un biais de recommandation. En effet, les participants initiaux peuvent recommander des personnes qui leur sont similaires ou qui partagent des points de vue similaires entraînant une homogénéité dans les données recueillies. Cela peut réduire la diversité des perspectives et limiter la validité et la généralisabilité des résultats.

De plus concernant le recrutement de la population, nous avons décidé de nous restreindre à un périmètre géographique donné afin de privilégier les entretiens en présentiel. Toutefois, ce mode de recrutement a eu un impact sur le nombre de participants à l'étude. Afin d'augmenter notre échantillon, nous aurions pu proposer dès le début de l'étude la possibilité de faire des entretiens en distanciel.

Enfin, au fil des entretiens nous avons pu relever que le thème de l'EHPAD, peu décrit en lien avec les cours sur la dysphagie, était traité plus en profondeur dans les cours en lien avec la gériatrie. Il aurait donc été intéressant de pouvoir interroger les formateurs dispensant les cours sur la gériatrie pour connaître les informations transmises aux EAS sur ce lieu de vie de la personne âgée.

2.2.2 Une enquêtrice non formée

Comme précisé dans la méthodologie, nous avons nous-mêmes fait passer les entretiens semi-directifs. Cependant, nous n'avons pas été formées à la passation d'entretiens semi-directifs et malgré une recherche sur la méthodologie des études qualitatives, le manque d'expérience et de formation à ce sujet de notre part a pu être la cause d'un biais d'entretien. De plus, ce manque de formation a pu engendrer une technique de passation peu adaptée car

nous n'avions pas les compétences nécessaires en termes d'écoute active amenant à un discours basé sur les questions/réponses. Ceci a donc pu influencer le déroulement de la conversation entre les enquêtés et l'enquêteur.

Pour réduire ce biais, il aurait été bénéfique de pouvoir mener des entretiens préalables qui nous auraient permis de nous entraîner à la passation d'entretiens. Malheureusement, cela ne nous a pas été possible du fait du peu de réponses positives que nous avons eu de la part des IFAS contactés.

2.2.3 Un état des lieux d'une autre formation

Bien que les personnes interrogées aient affirmé s'exprimer librement, notre présentation en tant qu'étudiantes en orthophonie cherchant à comprendre les modalités d'enseignement d'une formation d'autres professionnels de santé, les AS, a pu influencer le déroulement de l'entretien. Cela peut avoir créé un biais d'entretien qui a affecté les réponses obtenues. En effet, les participants ont pu modifier leur réponse en raison du simple fait d'être observés ou interrogés. Ils ont donc pu répondre de manière plus positive à une question en modifiant la réalité.

Nous aurions pu inclure dans le guide d'entretien une formalisation claire de nos intentions pour ce projet, à savoir comprendre comment la formation des AS était structurée autour de la dysphagie afin d'améliorer la prise en charge du patient en EHPAD. Cela aurait rassuré les participants sur le fait que leurs réponses n'allaient pas être utilisées pour les juger ou les évaluer. En faisant cela, nous aurions pu clarifier nos intentions et minimiser le risque de biais d'entretien.

2.2.4 Limites bibliographiques

Nous n'avons pas pu avoir accès à certains articles car ils n'étaient pas disponibles en libre accès et ce malgré les autorisations qui nous sont données par notre université. De plus, la plupart des données scientifiques utilisées étaient en anglais engendrant un biais linguistique. Nous avons pu effectuer une traduction inexacte générant des conclusions erronées ou des incompréhensions. Aussi, une majorité d'études ont été faites dans des pays étrangers impliquant un biais culturel ne permettant pas d'appliquer leurs conclusions au système français.

3. Questions soulevées par l'étude

Dans cette partie, nous aborderons des points qui nous ont interpellés au cours des différents entretiens que nous avons pu faire passer. Ces notions nous amènent, à la fois, à nous questionner au regard de l'étude en cours sur la formation des aides-soignants mais aussi, de façon plus globale, sur la structure d'accueil qu'est l'EHPAD. Nous proposerons des ouvertures, à partir de ces thèmes, pour des recherches à venir.

3.1 Des équivalences de blocs de compétences

La formation d'AS s'adresse à tous les publics sans condition de diplômes. Une limite d'âge est tout de même présente pour entrer en formation : il faut être âgé de 18 ans au 31 décembre de l'année d'entrée en formation. Les titulaires de certains diplômes bénéficient d'allègements de formation ou de dispenses pour devenir AS. C'est le cas notamment pour les titulaires des baccalauréats professionnels Service à la Personne et Aux Territoires (SAPAT) et Accompagnement, Soins et Service à la Personne (ASSP). Les détenteurs de ces deux diplômes peuvent être dispensés de certains blocs ou modules de compétences et notamment du bloc de compétences 1 (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023). Or, c'est dans ce bloc que se retrouvent les cours en lien avec la dysphagie et la fragilité mais aussi ceux en lien avec les soins bucco-dentaires. De plus les EAS ayant un baccalauréat professionnel ASSP se trouvent aussi dispensés du module 10 relatif au travail en équipe pluridisciplinaire qui joue un rôle clé dans la prise en charge de la personne dysphagique en EHPAD.

Dans le référentiel de formation du baccalauréat SAPAT, les termes de « dysphagie », « trouble de la déglutition » ou « fausse route » ne sont pas présents. La fragilité est citée en lien avec l'ajustement de l'intervention (Ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire, 2023). Pour le baccalauréat ASSP, le terme « fausse route » est cité dans l'accompagnement de la prise des repas (Légifrance, 2022). Il est noté que lors de cet accompagnement, l'étudiant doit prendre en compte la prévention des fausses routes. Selon le référentiel, une définition des fausses routes sera proposée ainsi que les moyens de prévention à mettre en œuvre au moment des repas. Pour ce même bac, dans les indicateurs d'évaluation des compétences, nous retrouvons les signes de repérage de fragilité physique et psychologique ainsi que l'identification du statut et des compétences des différents membres de l'équipe.

Il serait donc intéressant de s'interroger sur la présence ou non de cours spécifiques sur la dysphagie pour le baccalauréat SAPAT et la façon dont est présentée la notion de fausse route pour le bac ASSP afin de pallier le fait que ces notions ne soient pas présentées en formation AS du fait des équivalences.

3.2 Les aides-soignants et leurs représentations

Durant la journée de formation que nous avons suivie dans un IFAS, l'orthophoniste intervenante a fait un tour de table en demandant aux EAS de donner des mots en rapport à l'alimentation. Les mots donnés étaient relatifs au plaisir, à la convivialité ou à l'échange mais aussi à la qualité nutritionnelle. Ceci les amène à s'interroger sur les représentations qu'ils se font de l'alimentation. Mais qu'en est-il de leurs représentations face à la l'alimentation administrée à un patient et face à la dysphagie ? Les représentations des EAS, et des AS plus largement, vont être construites autour de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs valeurs liées à l'alimentation et influencer leurs pratiques (Pelletier, 2005). De plus, dans son étude, faite aux Etats-Unis, Cathy Pelletier met en avant deux catégories de *certified nurse assistant* : les « *social feeders* » et les « *technical feeders* ». Les « *social feeders* » estiment qu'il est tout aussi important de répondre aux besoins psychosociaux du résident que de lui fournir une alimentation adéquate alors que les « *technical feeders* » reconnaissent la valeur de la socialisation, mais leur tâche principale consiste à nourrir le résident. Si nous reprenons les termes employés par les EAS lors de notre observation, nous retrouvons des termes pouvant se situer dans chaque catégorie. Nous avons pu relever des mots tels que « communication », « relation », « attention » se rapportant aux « *social feeders* » et des mots tels que « quantité », « installation », « protéines » se rapportant aux « *technical feeders* ». De plus, au cours de la même intervention, il a été demandé aux EAS de s'exprimer sur leurs ressentis face aux troubles de la déglutition. Dans ce cas, le mot « peur » est revenu plusieurs fois ainsi qu'« angoisse ». Les AS peuvent donc ressentir de la peur ou de l'anxiété lorsqu'ils s'occupent de patients atteints de dysphagie, car ils peuvent craindre de mal gérer la situation et de causer des dommages aux patients. De ce fait, de mauvaises expériences en lien avec la dysphagie pourraient accroître ce ressenti de peur et d'angoisse décrit. Ceci est confirmé par une étude faite à Taiwan montrant que les *nursing aides* étaient stressés et nerveux lorsqu'ils devaient donner à manger aux résidents dysphagiques (Chiang & Hwu, 2018). Cependant, la comparaison avec le système français est

à prendre avec précaution car à Taiwan, les *nursing aides* n'ont pas, dans leur formation initiale, des notions pour appréhender la dysphagie.

Au cours de notre mémoire, nous avons aussi abordé la dimension éthique dans la prise en charge de la dysphagie en EHPAD afin de savoir si les EAS étaient sensibilisés aux questions éthiques soulevées par la problématique de la dysphagie. Pour un IFAS, il nous a été rapporté que durant les interventions en lien avec la dysphagie, les EAS étaient amenés à se questionner sur leur positionnement en tant que soignants mais aussi en tant que personne face à la dysphagie. Même si ce questionnement était en lien avec le choix du patient de s'alimenter ou non, les EAS ont pu se positionner aux travers de leurs valeurs et de leurs expériences. Ceci met en évidence l'importance d'aborder dès la formation initiale la position que les EAS peuvent adopter en tant que futurs professionnels face à ce trouble, afin qu'ils puissent connaître, comprendre et remettre en question leurs propres représentations de l'alimentation et se familiariser à cette problématique de la dysphagie pour l'appréhender plus sereinement.

N'ayant pas trouvé d'étude sur ce sujet en France, il serait intéressant de se questionner sur les représentations des AS face à la dysphagie et d'en déterminer l'influence sur leurs pratiques afin d'adapter un programme de formation que ce soit en formation initiale ou en formation continue.

3.3 La nécessité de la formation continue

Au cours des entretiens, il nous a été plusieurs fois mentionné que la formation des EAS était courte. Pour rappel, cette formation s'étale sur 44 semaines et le regret des formateurs et que ce temps réduit ne permet pas d'approfondir les thèmes du référentiel de compétences qui est dense. Ceci implique que les EAS ont des connaissances qui ne sont pas assez approfondies et qui peuvent être parfois difficiles à remobiliser dans la vie professionnelle. Afin que ces connaissances soient revues par les EAS, une fois diplômés, ils pourront participer à des sessions de formation continue. La Haute Autorité de Santé (HAS, 2002) préconise la formation continue comme élément fondamental pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire de qualité (HAS, 2002). Une étude au Royaume-Uni précise que la formation continue est plus efficace lorsqu'elle est intégrée à un projet d'établissement (Rosenvinge & Starke, 2005).

Les formations peuvent se faire via des organismes de formations indépendants mais aussi en interne dans les structures. Comme précisé précédemment, la formation continue est considérée comme un levier dans la prise en charge lorsqu'elle est intégrée à l'établissement. Dans ce cas, les établissements peuvent s'appuyer sur les orthophonistes en collaboration avec des diététiciens, des médecins ou des masseurs-kinésithérapeutes pour proposer des programmes de formation destinés à l'ensemble des professionnels en lien avec la dysphagie : le personnel de soin et le personnel de restauration. Ces formations doivent être réitérées afin qu'elles amènent à des changements de pratiques de la part des professionnels. De plus, les établissements peuvent aussi s'appuyer sur les Comités de Liaison en Alimentation et en Nutrition (CLAN) qui œuvrent pour l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients tout en s'adaptant aux problématiques de chaque établissement. Les CLAN proposent aussi des actions de formation continue pour le personnel des établissements. Il est possible pour les EHPAD de rejoindre les CLAN régionaux ou ceux des hôpitaux proches. Les EHPAD peuvent aussi se regrouper pour former leur propre CLAN, comme cela a été fait dans l'Oise par le biais du réseau Régies 95 (Ministère chargé de l'agriculture, 2014).

Aujourd'hui, l'offre de formation continue concernant la prise en charge de la dysphagie est importante. Divers organismes de formations proposent ce type de formation. Nous n'en citerons que quelques uns :

- Simusanté : <https://simusante.com/formation/patients-troubles-deglutition/> ;
- Diaconat : <https://www.diaconat-formation.fr/formations-continues-catalogue-des-formations-continues/item/126-les-troubles-de-la-deglutition> ;
- Formation EHPAD : <https://www.formation-ehpad.fr/formation/7-les-troubles-de-la-deglutition-chez-la-personne-agee> ;
- ForAvenir : <https://www.formavenir-performances.fr/nos-formations/prise-en-charge-du-patient/formation-troubles-de-deglutition/>.

Ces formations vont se dérouler sur deux jours en moyenne soit 14h. Elles sont à destination des AS et infirmiers diplômés d'état. Certaines sont aussi accessibles aux personnels de cuisines et aux ASH. Au niveau des intervenants, les orthophonistes sont formateurs dans 3 des 4 formations citées ci-dessus. Pour la quatrième c'est une diététicienne diplômée en gériatrie et formée aux troubles de la déglutition qui assure la formation. Les orthophonistes peuvent intervenir en collaboration avec d'autres formateurs tels que des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des diététiciens et des gériatres. Nous retrouvons une forte présence des orthophonistes dans la formation continue auprès des soignants. Les objectifs de ces formations sont divers mais différents thèmes vont être récurrents :

- Connaître et comprendre la physiologie de la déglutition ;
- Connaître les risques liés aux troubles de la déglutition ;
- Empêcher l'apparition des complications ;
- Identifier et prendre en charge les patients présentant des troubles de la déglutition au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Une seule formation cite la maîtrise des indications des différentes textures avec la présentation de l'IDDSI.

Sur le terrain, nous retrouvons des orthophonistes indépendants, intervenants en EHPAD qui proposent des formations au sein même des établissements dans lesquels ils évoluent.

3.4 Le rôle de l'institution

Dans notre carnet de bord du 16 novembre 2022, suite à notre participation à l'intervention de l'orthophoniste dans un IFAS, nous avons noté que l'institution jouait un rôle dans la prise en charge de la dysphagie. Les contraintes temporelles imposées aux équipes lors des repas amène à un paradoxe de la gestion du temps résidant dans le fait que, d'une part, les équipes doivent suivre des horaires stricts, et d'autre part, les personnes âgées ont besoin de temps pour leurs soins mais aussi pour leur socialisation. Lorsqu'il s'agit de la prise alimentaire, le patient peut éprouver des difficultés s'il est nourri trop rapidement avec notamment des encombrements. Il est donc important de lui accorder suffisamment de temps entre chaque bouchée. Des formateurs nous ont rapporté qu'il en était de même concernant les soins bucco-dentaires, qui ne sont pas systématiquement faits après chaque repas : la cadence temporelle imposée par l'institution ne le permet pas. Les AS, même s'ils possèdent des connaissances sur la dysphagie et les manières de prévenir ses conséquences ne sont donc pas en mesure de les mettre en pratique sur leur lieu de travail à cause de la pression institutionnelle.

Le rôle des directeurs d'EHPAD semble donc primordial pour travailler sur un projet commun en lien avec la dysphagie. Fédérer les équipes autour du projet d'établissement est un levier de motivation pour les professionnels (Parmantier, 2022). L'article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et Familiale stipule que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. [...]* Ce

projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation » (Légifrance, 2023). Le projet d'établissement a deux objectifs principaux. D'une part, indiquer les évolutions en termes de public et de missions, et d'autre part, fournir des points de référence pour les professionnels dans l'exercice de leur activité et encourager l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble (HAS, 2010). Inscrire la problématique de la dysphagie dans le projet d'établissement impliquerait que l'institution considère la dysphagie comme un risque majeur pour les résidents et que, les moyens soient donnés aux professionnels de la prendre en charge dans les meilleures conditions (notamment autour de l'organisation du service mais aussi de la formation des professionnels). Mais pour ce faire, il faudrait que les directeurs d'EHPAD soient sensibilisés à la problématique de la dysphagie et en connaissent les enjeux. Au vu du rôle du cadre de santé dans les EHPAD, il nous semble aussi judicieux de les intégrer au rôle de l'institution dans la prise en charge de la dysphagie.

Il serait donc pertinent de réaliser une étude similaire à la nôtre au sein des établissements formant les futurs directeurs d'EHPAD et les cadres de santé. Cette étude permettrait d'évaluer la sensibilisation de ces futurs professionnels à la dysphagie et de mettre en évidence la manière dont sa prise en charge peut être intégrée dans les projets d'établissements.

3.5 Le fonctionnement de la restauration en EHPAD

Dans notre carnet de bord du 15 décembre 2022, nous avons noté le fonctionnement de la restauration au sein de cette structure. Comme cela a été mentionné dans la littérature, notamment avec l'étude de Rosenvinge et Starke (Rosenvinge & Starke, 2005), les repas proposés aux patients dysphagiques ne respectent pas les recommandations de l'orthophoniste en raison d'une méconnaissance de ces dernières. Or, c'est aux personnels de cuisine qu'il incombe d'adapter les textures des aliments en fonction des recommandations. Ceci nous a amené à nous questionner sur un éventuel rôle des différentes modalités de gestion de la restauration sur la prise en charge de la dysphagie.

La gestion directe et la gestion concédée sont deux modalités de gestion qui permettent d'assurer le fonctionnement de services des EHPAD comme la restauration (Carnet de bord du 15 décembre 2022). La gestion directe est assurée par l'établissement lui-même, qui emploie son propre personnel et utilise ses propres locaux. L'établissement peut donc

garder une maîtrise complète de l'organisation du service restauration. De plus, pour une qualité de service, le personnel doit être compétent et formé par la structure elle-même. La gestion concédée, quant à elle, est confiée à un prestataire extérieur, souvent une entreprise de restauration collective, qui prend en charge le service restauration moyennant une rémunération. Dans ce cas, soit l'établissement possède une cuisine et le sous-traitant investit les lieux pour préparer les repas sur place, soit l'établissement ne possède pas d'infrastructures engendrant une préparation des repas externalisée et une livraison des repas à l'établissement. Les productions peuvent donc être faites sur site ou externalisées. Le choix entre les deux méthodes dépendra des objectifs de l'établissement en termes de coûts et de fonctionnement de la restauration souhaitée.

De plus, les EHPAD doivent répondre à des réglementations d'hygiène alimentaire avec notamment la méthode HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points) qui est largement utilisée dans l'industrie alimentaire pour garantir la sécurité sanitaire des aliments. La mise en place de la méthode HACCP est obligatoire pour tous les établissements de restauration collective, y compris les EHPAD. Les professionnels de la restauration dans les EHPAD doivent suivre une formation spécifique pour mettre en place et suivre un plan HACCP, et des inspections sanitaires sont régulièrement menées pour s'assurer que les établissements respectent les normes de sécurité sanitaire en matière d'alimentation (ANESM, 2018). En termes de réglementation législative nous retrouvons aussi la loi EGalim (pour "Équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous"), adoptée en 2018, visant à rééquilibrer les relations commerciales entre agriculteurs, transformateurs, distributeurs et consommateurs (Loi EGalim, 2018). En EHPAD, cette loi permet donc d'améliorer la prestation servie aux résidents tout en préservant la production française.

Aussi, la gestion du personnel dans le domaine de la restauration devient de plus en plus difficile, tant en termes de recrutement que de management. L'instabilité de l'organisation de la cuisine peut rapidement devenir une source importante de dysfonctionnements pour l'établissement, ainsi qu'une cause de mécontentement pour les résidents (Dassonville, 2010). De ce fait, les équipes se doivent d'être accompagnées par les directions des établissements afin de maintenir des prestations de qualité au travers de la formation du personnel. Pour Dassonville (2010), « *il s'agit de respecter les saveurs, de restituer des aspects visuels engageants et non stigmatisants, et d'adapter les textures aux capacités de déglutition des personnes, sans les installer dans la dépendance.* ». Tous ces éléments passent aussi par une forte sensibilisation des équipes de restauration à la classification IDDSI pour valoriser un

langage commun entre tous les professionnels évoluant autour des résidents pour les différentes textures et viscosités des aliments et boissons.

Il serait donc pertinent de s'interroger sur l'organisation des services de cuisine en EHPAD autour de l'ensemble de ces contraintes organisationnelles et législatives et de mesurer l'impact de la restauration directe versus la restauration différée. Nous pourrions aussi nous questionner sur les formations du personnel de cuisine aux recommandations de l'IDDSI afin de favoriser un langage commun autour des modifications de textures et de viscosités ainsi que leur lien avec les orthophonistes.

3.6 Les contraintes de recrutement sur le terrain

Durant l'entretien avec Mme Martin, celle-ci nous a précisé que le manque de personnel en EHPAD pouvait être source de manque de temps pour réaliser des soins auprès des résidents.

L'enquête auprès des Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) vise à recueillir des informations sur l'activité des établissements mais aussi sur le personnel y travaillant et les résidents y vivant. Nous pourrions retrouver des données telles que les effectifs, les qualifications du personnel, l'âge et le niveau de dépendance des résidents ainsi que sur le confort, l'accessibilité et la sécurité du bâtiment (DREES, 2020). Les enquêtes EHPA ont lieu tous les quatre ans. La dernière en date est celle de 2019. Son objectif visait à dresser un portrait des EHPA en France. Concernant le personnel global des établissements au 31 décembre 2019, le taux d'encadrement relevé par cette enquête est de 62,3 Équivalent Temps Plein (ETP) (DREES, 2022). Le taux d'encadrement est une mesure utilisée dans les structures d'accueil pour déterminer le nombre de professionnels nécessaires par rapport au nombre de résidents. Nous avons donc environ 0,6 professionnel en EHPAD pour 1 résident. Ce taux d'encadrement s'est maintenu depuis la dernière enquête EHPA de 2015 où il était de 62,8 ETP (Bazin & Muller, 2018). Cependant, il ne semble pas suffisant dans la mesure où 44% des EHPAD déclarent rencontrer des difficultés de recrutement (Bazin & Muller, 2018). Ceci amène à ce que du personnel faisant fonction d'AS, non diplômé, travaille en EHPAD comme AS. La loi ne définit pas de taux d'encadrement minimum en EHPAD. Cependant, en janvier 2023, la Défenseure des droits, a publié le « *suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD* » (Défenseur des Droits, 2023). Dans ce suivi, il est notifié que le ratio minimal d'encadrement reste à définir et

que l'objectif serait de 0,8 pour 1 résident afin de permettre une amélioration de la prise en charge des résidents.

Au cours de ce mémoire, nous nous sommes focalisés sur la formation initiale des AS mais selon l'enquête EHPA 2019, l'ensemble du personnel d'EHPAD exerçant au poste d'AS ne passe pas par la formation initiale. Ces « faisant fonction » viennent combler un manque d'AS. En effet, 16% des EHPAD ont des postes d'AS non-pourvus (Bazin & Muller, 2018). Selon Arborio, « *«faire fonction» peut se définir comme l'exercice régulier des fonctions professionnelles habituellement associées à un titre, alors qu'on ne détient pas ce titre* » (Arborio, 2019). Il y a donc la mise en place de stratégies, au sein des EHPAD, pour que les résidents puissent avoir une continuité de services et de soin. Dans ce cadre, le rôle des ASH est amené à être valorisé et ce sont souvent eux qui font office de ces « faisant fonction ». Les établissements proposent de former ces professionnels afin qu'ils deviennent AS. Il existe des accès à la formation pour ces professionnels notamment la Validation d'Acquis d'Expériences (VAE). Pour la VAE, une formation est nécessaire, elle est financée par l'établissement et est essentiellement composée d'un stage de 6 mois. De plus, l'expérience professionnelle en tant qu'ASH peut être valorisée et prise en compte lors d'une demande d'inscription à la formation d'AS. En effet, certains établissements de formation peuvent prendre en considération les compétences acquises par l'ASH dans le domaine de l'hygiène, de la relation aux patients et de la participation à la vie de l'équipe soignante.

Afin de connaître les causes de ces difficultés de recrutement, nous pourrions, dans une future recherche, nous demander quelles peuvent-être les perceptions des professionnels sur le travail en EHPAD. Un autre thème en lien avec l'orthophonie pourrait aussi être étudié en s'interrogeant sur les facteurs influençant les orthophonistes à travailler dans les EHPAD.

3.7 Les aidants en EHPAD

Au cours de nos entretiens, il a été plusieurs fois mentionné que les soignants se doivent de communiquer avec les familles des résidents concernant les difficultés d'alimentation avec des explications données sur les recommandations faites en termes de textures par exemple. Ceci nous amène à nous demander quelle est la place des aidants dans un EHPAD.

L'aidant non-professionnel est « *la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non.* » (Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux, 2011). Depuis le 1^{er} Janvier 2023, en application du décret n° 2022-688 du 25 Avril 2022², la participation des résidents et de leur famille au sein du Conseil de la Vie Sociale (CVS) des EHPAD a été renforcée. Le CVS est constitué de membres élus parmi les résidents, les familles et le personnel de l'EHPAD. Cette instance a pour mission de donner son avis et de faire des propositions concernant le fonctionnement de l'établissement. La direction peut prendre en compte les recommandations du CVS, mais elle conserve son autorité et son pouvoir décisionnel en ce qui concerne la gestion globale de l'établissement (Service public de l'autonomie, 2023). Cette nouvelle législation met bien en avant que les aidants des résidents tendent à être de plus en plus intégrés dans les décisions des établissements.

L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) a créé des livrets de recommandations et de bonnes pratiques professionnelles sur la qualité de vie en EHPAD. Dans ces livrets les établissements trouvent des indications pour intégrer les aidants dans la structure et ce dès l'entrée du résident en garantissant aux proches qu'ils pourront maintenir leur rôle spécifique dans l'accompagnement de leur parent au sein de l'établissement (ANESM, 2011). À partir de l'entrée en EHPAD, une relation tripartite complexe va se mettre en place entre l'établissement, le résident et son entourage. En effet, dans certaines actions et activités, l'EHPAD assumera la responsabilité et le rôle de la famille ce qui en modifie la dynamique : les aidants doivent repenser leur place d'aidant à l'entrée en EHPAD de leur proche. Les aidants, pour minimiser cet impact, se doivent d'être accueillis et considérés comme des acteurs clés dans l'accompagnement de leur parent en collaboration avec les professionnels (ANESM, 2011).

Les aidants peuvent participer à des formations pour mieux appréhender leur rôle au sein de l'EHPAD. L'association française des aidants propose des ateliers sur le thème suivant : « Aidant en EHPAD : « Quelle est ma place ? » » (Association Française des aidants, 2017). Les thèmes abordés lors de cette formation faite par des professionnels de santé spécialisés en gériatrie sont les suivants :

² Décret N° 2022-688 Du 25 Avril 2022 Portant Modification Du Conseil de La Vie Sociale et Autres Formes de Participation, 2022. Ce décret a pour objectif de renforcer la participation globale des personnes accompagnées et de leurs proches, ainsi que le rôle des conseils de la vie sociale.

- Les maladies de la mémoire : une réalité en EHPAD ;
- Les enjeux psychologiques de l'entrée en institution ;
- L'alimentation : diversité et risques ;
- Le fonctionnement d'une institution : «Vis ma vie de résident » ;
- Jusqu'au bout de la vie : les moyens d'un meilleur accompagnement.

Nous relèverons qu'un module spécifique à l'alimentation est présent ce qui pourrait être un levier pour inclure les aidants dans la prévention de la dysphagie en EHPAD.

Les aidants sont donc présents dans le processus d'institutionnalisation de leurs proches et les recommandations nationales tendent à demander aux établissements de les inclure de plus en plus dans leur projet. Dans le cadre d'une future recherche, il serait donc pertinent de consulter les aidants des patients dysphagiques afin de déterminer leurs représentations face à ce trouble et proposer une formation en lien avec l'alimentation mais aussi de voir comment les EAS sont formés à l'accompagnement des proches-aidants.

4. Apports de l'étude

4.1 Apports pour la pratique orthophonique

Une partie de notre question de recherche portait sur l'attente des responsables pédagogiques concernant l'intervention d'orthophonistes sur le sujet de la dysphagie en IFAS. Nous avons recueilli des témoignages de formateurs en IFAS qui ont affirmé que l'expertise de l'orthophoniste était précieuse pour la formation initiale des AS. Ainsi, par cette recherche, nous avons souhaité mettre en évidence le rôle que peuvent jouer les orthophonistes en tant que formateurs dans les IFAS. L'intervention d'orthophonistes aurait pour but de sensibiliser les EAS à la dysphagie, une problématique à laquelle ils seront régulièrement confrontés dans leur pratique en EHPAD, et avec lesquels l'orthophoniste sera amené à collaborer.

En outre, grâce à notre protocole, nous avons pu entrer en contact direct avec les acteurs de la formation des aides-soignants, ce qui a permis une meilleure sensibilisation à notre rôle en tant qu'orthophoniste auprès de ces professionnels. En conséquence, ces professionnels pourront partager des informations sur le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge des troubles de la déglutition chez les personnes âgées en EHPAD. De plus, les EAS ainsi sensibilisés par leurs formateurs seront plus enclins, une fois diplômés, à solliciter les orthophonistes sur le terrain pour la prise en charge de la dysphagie. Cela pourrait

contribuer à la mise en place d'un projet d'équipe pluridisciplinaire et à une pratique professionnelle plus efficaces.

4.2 Apports personnels

La réalisation de ce mémoire nous a permis de développer nos compétences en matière de recherche bibliographique et de méthodologie de recherche. Nous avons appris à utiliser des bases de données en ligne et à trier les informations en fonction de leurs pertinences par rapport à notre sujet de recherche. Ces compétences nous seront nécessaires en tant qu'orthophoniste afin de rester à jour des dernières avancées scientifiques dans notre domaine et d'améliorer notre pratique clinique.

Aussi, ce mémoire nous a permis d'enrichir nos connaissances sur la dysphagie et ses conséquences sur la santé des personnes âgées. Nous avons, au fil de nos lectures, de notre rédaction et de nos rencontres, reconsidéré sa prise en charge en EHPAD en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire. En effet, nos expériences de stages ne nous avaient pas permis de mesurer cet aspect de la prise en charge car d'une part nos stages en EHPAD étaient de courte durée et d'autre part, les orthophonistes que nous y avons croisés ne semblaient pas « intégrés » à l'équipe. Notre vision de la prise en charge de la dysphagie dans une équipe pluridisciplinaire a donc évolué vers une approche plus globale et collaborative mettant l'accent sur la coordination entre les membres de l'équipe incluant les soignants mais aussi les équipes de cuisine et la direction de l'établissement.

Enfin, les rencontres avec différents professionnels, nous ont permis d'obtenir une compréhension plus fine du fonctionnement des EHPAD, en particulier en ce qui concerne la mise en place d'un projet d'établissement. Nous avons ainsi pu prendre conscience des différentes contraintes organisationnelles de ces structures.

CONCLUSION

Dans ce mémoire, nous avons voulu établir un état des lieux de la formation initiale des AS concernant la dysphagie en EHPAD. Au moyen d'entretiens semi-directifs, menés auprès de 7 responsables pédagogiques et/ou formateurs en IFAS, nous avons recherché les éléments présentés aux EAS sur la dysphagie en EHPAD et ce au regard du nouveau référentiel de formation. Nous avons également cherché à déterminer si le rôle de l'orthophoniste était abordé lors des interventions en IFAS en lien avec la dysphagie en EHPAD. Enfin, nous avons souhaité connaître quel pourrait être le rôle de l'orthophoniste dans la formation initiale des AS.

Conformément à nos hypothèses de départ et en interprétant avec prudence les résultats obtenus au vu des biais cités, nous avons constaté un manque dans la présentation des thèmes définis comme essentiels dans la littérature concernant la dysphagie. Cependant, nous pouvons nuancer ce résultat car ce manque ne se retrouve pas dans l'ensemble des IFAS qui nous ont reçus mettant en évidence une disparité des connaissances transmises aux EAS en fonction du lieu de formation. De plus, nous avons observé que le nouveau référentiel de formation a eu un impact sur l'évaluation des connaissances par le biais d'analyses de situations permettant aux EAS d'avoir une approche globale de la prise en charge des résidents. Aussi, le rôle de l'orthophoniste est peu présenté aux EAS par un manque de connaissance des formateurs sur ce professionnel qu'ils n'ont que très peu rencontré dans les structures dans lesquelles ils travaillaient lorsqu'ils étaient professionnels de terrain. Enfin, nous avons pu constater que les formateurs en IFAS reconnaissent l'orthophoniste comme le professionnel le plus compétent pour présenter le sujet de la dysphagie aux EAS.

Les résultats de cet état des lieux soulignent la nécessité de renforcer la formation initiale des AS en la matière et d'inclure davantage de connaissances sur le rôle de l'orthophoniste. Ce manque dans la formation initiale peut avoir des conséquences néfastes sur la qualité des soins prodigués aux résidents. En effet, la dysphagie peut entraîner des complications graves telles que la dénutrition, la déshydratation ou la pneumopathie en plus de conséquences sociales et psychologiques. Une meilleure compréhension de la dysphagie et de sa prise en charge en EHPAD est essentielle pour garantir des soins et un accompagnement de qualité pour les résidents. La formation des AS devrait donc inclure des connaissances spécifiques sur les signes et les conséquences de la dysphagie, les techniques de prévention des complications, la communication avec les résidents lors de la prise alimentaire, ainsi que sur le rôle de l'orthophoniste.

Pour de futures recherches, en plus de celles citées dans la partie « Questions soulevées par l'étude » (p.67), une étude complémentaire à la nôtre pourrait être réalisée auprès d'un plus grand nombre d'IFAS en interviewant l'ensemble des formateurs dispensant des cours en lien avec la dysphagie afin d'avoir une vision plus précise de la formation initiale des EAS sur la dysphagie en EHPAD. Il pourrait aussi être intéressant d'étudier l'impact, auprès des EAS, des formateurs et des maîtres des stages, de l'inclusion d'un orthophoniste dans la formation initiale des AS sur la prise en charge de la dysphagie en EHPAD.

BIBLIOGRAPHIE

- Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (2014). Personnes âgées et troubles de la déglutition : Une approche pluridisciplinaire. *Rev Med Liège*, 8.
- ANAES. (2002). *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral*.
- ANESM. (2011). Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement. *Agence Nationale de l'évaluation et de La Qualité Des Établissements et Services Sociaux et Medico-Sociaux*.
- ANESM. (2018). Sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP. *Agence Nationale de l'évaluation et de La Qualité Des Établissements et Services Sociaux et Medico-Sociaux*.
- Arborio, A.-M. (2016). Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d'aide-soignante. *Revue française des affaires sociales*, 3, 241–262. <https://doi.org/10.3917/rfas.163.0241>
- Arborio, A.-M. (2019, August 27). *Les "faisant fonction" d'aide-soignante face à la validation des acquis de l'expérience (VAE) : au risque de l'invalidation par d'autres professionnels*. Congrès de l'Association française de sociologie 'Classer, déclasser, reclasser'. <https://shs.hal.science/halshs-02280743>
- Arborio, A.-M. (2021). Retour sur la genèse du métier d'aide-soignante. *Soins Aides Soignantes - ISSN : 1770-9857, n°100*, 10–12. <https://www.em-premium.com/article/1442727>
- Association Française des aidants. (2017, March 29). Aidant en EHPAD 'Quelle est ma place?' *Association Française des aidants*. <https://www.aidants.fr/aidant-en-ehpad-quelle-est-ma-place/>
- Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G., Leners, J. C., Masiero, S., Mateos del Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders & European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging, Volume 11*, 1403–1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Batchelor-Murphy, M., & Crowgey, S. (2017, September 16). Mealtime Difficulties in Dementia. *Nurse Key*. <https://nursekey.com/mealtime-difficulties-in-dementia/>
- Batchelor-Murphy, M. K., McConnell, E. S., Amella, E. J., Anderson, R. A., Bales, C. W., Silva, S., Barnes, A., Beck, C., & Colon-Emeric, C. S. (2017). Experimental Comparison of Efficacy for Three Handfeeding Techniques in Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 65(4), e89–e94. <https://doi.org/10.1111/jgs.14728>

- Bazin, M., & Muller, M. (2018). *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad*.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-personnel-et-les-difficultes-de-recrutement-dans-les-ehpad>
- Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *The Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology*, 117(12), 919–924. <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>
- Benaroyo, L. (2010). *L'émergence de la bioéthique*. Érès. <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/traitement-de-bioethique-1--9782749213057-page-95.htm>
- Berthier, N. (2006). *Les techniques d'enquête en sciences sociales: méthodes et exercices corrigés / Nicole Berthier* (3e édition). A. Colin.
- Blanchet Alain, Gotman Anne, & Singly François de. (2007). *L'entretien / Alain Blanchet, Anne Gotman ; sous la direction de François de Singly* (2e édition refondue). Armand Colin.
- Bourdair-Mignot, C. (2021, July 16). [Actes de colloques] L'accès aux soins des personnes âgées dépendantes : de la difficulté d'adapter sans exclure. *Lexbase Social, juillet 2021*. <https://www.lexbase.fr/article-juridique/69908806-cite-dans-la-rubrique-b-social-general-b-titre-nbsp-il-acces-aux-soins-des-personnes-agees-dependante>
- Bulletin Officiel N°32. (2013). *Référentiel d'activités*.
- Capet, C., Delaunay, O., Idrissi, F., Landrin, I., & Kadri, N. (2007). *Troubles de la déglutition de la personne âgée : bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce*. 9.
- Chadwick, D. D., Jolliffe, J., & Goldbart, J. (2003). Adherence to Eating and Drinking Guidelines for Adults With Intellectual Disabilities and Dysphagia. *American Journal on Mental Retardation*, 108(3), 202. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2003\)108<0202:ATEADG>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2003)108<0202:ATEADG>2.0.CO;2)
- Chiang, C.-K., & Hwu, Y.-J. (2018). Feeding experiences of nursing aides for residents with dysphagia. *Geriatric Nursing (New York)*, 39(4), 436–442. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.12.016>
- Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 32(2), 293–314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>

- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, 27(6), 806–815. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011>
- Code de la santé publique. (2021). *Article L6146-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043422769
- Code de la santé publique (2021). *Articles R4311-1 à D4311-15-2. Code de la santé publique - Légifrance*. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190610/>
- Cohen, C., Tabarly, P., Hourcade, S., Kirchner-Bianchi, C., & Hennequin, M. (2006). Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution? *La Presse Médicale*, 35(11, Part 1), 1639–1648. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(06\)74872-2](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(06)74872-2)
- Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux. (2011). *Manifeste du CIAFF pour la défense de l'aidant non-professionnel*.
- Cormary, X., & Tannou, Y. (2013). La prévention des troubles de la déglutition en EHPAD. *En Pratique*, 166.
- Cottet, I., Marion, G., & Dreyer, P. (2010). Plaisir de manger et refus d'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gerontologie et société*, 33(3), 207–215. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2010-3-page-207.htm>
- Dassonville, C. (2010). Alimentation en EHPAD : approche économique de secteur. *Gerontologie et société*, 33(3), 217–223. <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/revue-gerontologie-et-societe-2010-3-page-217.htm>
- Défenseur des Droits. (2023). *Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2023/01/suivi-des-recommandations-du-rapport-sur-les-droits-fondamentaux-en-ehpad>
- DePippo, K. L., Holas, M. A., & Reding, M. J. (1992). Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Archives of Neurology*, 49(12), 1259–1261. <https://doi.org/10.1001/archneur.1992.00530360057018>
- Derycke, B., Ruglio, V., Jean, C., Augé, C., Miserotti, V., Menasria, F., D'Andréa, C., Houdain, C., Erger, A., & Lafaille-Roncoroni, V. (2011). *Détection et prise en charge des troubles de la déglutition chez le sujet âgé hospitalisé - Recommandations de bonne pratique. Commission Gériatrique du CLAN Central AP-HP*.
- Desport, J.-C., Fayemendy, P., Jésus, P., & Salle, J.-Y. (2014). Conduite à tenir devant des troubles de la déglutition. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28(3), 221–224. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2014.06.001>

- Desrosiers, T., Gaudreau, É., Martel-Sauvageau, V., & Rajotte, É. (2019). Collaboration interprofessionnelle à l'Université Laval : trois programmes réunis autour d'un cas clinique de dysphagie. *Nutrition Science en évolution: La revue de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec*, 17(2), 25. <https://doi.org/10.7202/1066312ar>
- DREES. (2020). *L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees>
- DREES. (2022). *L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)*. https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/587_l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139–146. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>
- Eloi, M., & Martin, P. (2016). Ethique et individualisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement : Règles, pratiques et représentations. *Rapport de Recherche Université de Bordeaux*.
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2019). *L'orthophonie en chiffres* – <https://www.fno.fr/lorthophonie/lorthophonie-en-chiffres/>
- Ferry, M., Mischlich, D., & Et al. (2002). *Nutrition de la personne âgée*. <https://docplayer.fr/45666979-Nutrition-de-la-personne-agee.html>
- Fiquet, L., Hugué, S., Annezo, F., Chapron, A., Allory, E., & Renaut, P. (2015). Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*, 16(2), 105–117. <https://doi.org/10.1051/pmed/2015018>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146–M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Gentil, C., Pêcheur-Peytel, G., Navarro, P., Guilhermet, Y., & Krolak-Salmon, P. (2021). Les troubles de la déglutition chez le patient âgé : les dépister, les évaluer, les prendre en soin. *Pratique Neurologique - FMC*, 12(1), 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.praneu.2021.02.003>
- Gibowski, C. (2012). Vécu institutionnel en ehpad : une place pour chacun, chacun à sa place. *Cliniques*, 3(1), 84–95. <https://doi.org/10.3917/clini.003.0084>

- Gouno, S. (2018). *La mise en place du manger-main dans un EHPAD du sud-est lyonnais: Apports thérapeutiques, enjeux et limites.*
- Groher, M. E., & McKaig, T. N. (1995). Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 528–532. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb06100.x>
- Guérin, L. (2018). L'essentiel est qu'il(s) mange(nt). Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD. *Participations*, 22(3), 159–183. <https://doi.org/10.3917/parti.022.0159>
- HAS. (2002). *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - aspects médicaux.* Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272249/fr/prise-en-charge-initiale-des-patients-adultes-atteints-d-accident-vasculaire-cerebral-aspects-medicaux
- HAS. (2010). *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service.* Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835410/fr/elaboration-redaction-et-animation-du-projet-d-etablissement-ou-de-service
- HAS. (2018). *Le projet personnalisé: une dynamique de parcours d'accompagnement (volet Ehpads).* Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2873864/fr/le-projet-personnalise-une-dynamique-de-parcours-d-accompagnement-volet-ehpad
- Heelan, M., Prieto, J., Roberts, H., Gallant, N., Barnes, C., & Green, S. (2020). The use of finger foods in care settings: an integrative review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 33(2), 187–197. <https://doi.org/10.1111/jhn.12725>
- INSEE. (2019). *Seniors – France, portrait social* | Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>
- INSEE. (2020). *Population par âge – Tableaux de l'économie française* | Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
- INSEE. (2023). *Population par sexe et groupe d'âges* | Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
- Journal officiel. (2007). https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=kDk_64zBQH-DFALu-vkzo_uR4YzxM7bQhUHS4PgSTK8=
- Junius-Walker, U., Onder, G., Soleymani, D., Wiese, B., Albaina, O., Bernabei, R., & Marzetti, E. (2018). The essence of frailty: A systematic review and qualitative synthesis on frailty concepts and definitions. *European Journal of Internal Medicine*, 56, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.04.023>
- Kaltenbach, G., & Berthel, M. (2005). Missions et fonctions du médecin coordonnateur en EHPAD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 5(26), 28–31. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(05\)82562-0](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(05)82562-0)

- Kerlan, M. (2016). *L'éthique en orthophonie: le sens de la clinique / Mireille Kerlan ; [préface du Pr. Régis Aubry,...].* De Boeck supérieur.
- Landrin, I., Capet, C., & Menager, C. (2016). Fausses routes: Dépistage des troubles de la déglutition et prévention des pneumopathies d'inhalation. In C. Trivalle (Ed.), *Gérontologie Préventive (Troisième Édition)* (pp. 317–330). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74614-7.00021-0>
- Lang, C., & Frontier, H. (2017). GUGGING SWALLOWING SCREEN. <https://gussgroupinternational.wordpress.com/guss-sheets/>
- Langmore, S., Terpenning, M., Schork, A., Chen, Y., Murray, J., Lopatin, D., & Loesche, W. (1998). Predictors of Aspiration Pneumonia: How Important Is Dysphagia? *Dysphagia*, 13, 69–81. <https://doi.org/10.1007/PL00009559>
- Lebrun, M. (2007). Chapitre 3. Quelques méthodes pédagogiques actives. In *Théories et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre: Vol. 2e éd.* (pp. 123–168). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/theories-et-methodes-pedagogiques-pour-enseigner-e--9782804154110-p-123.htm>
- Lechien, J. R., Cavelier, G., Thill, M.-P., Huet, K., Harmegnies, B., Bousard, L., Blecic, S., Vanderwegen, J., Rodriguez, A., & Dequanter, D. (2019). Validity and reliability of the French version of Eating Assessment Tool (EAT-10). *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 276(6), 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05429-1>
- Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation, 2022-688 (2022).
- Légifrance. (1995). Arrêté du 23 janvier 1956 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant et d'aide soignante dans les hôpitaux et hospices publics ou privés. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006105095>
- Légifrance. (2022). Arrêté du 2 février 2022 portant création de la spécialité « Accompagnement, soins et services à la personne » de baccalauréat professionnel et fixant ses modalités de délivrance.
- Légifrance. (2023). Code de l'action sociale et des familles. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069/
- Lesourd, B. (2006). La dysphagie des sujets âgés. *Acta Endoscopica*, 36, p.623-638.
- Levard, H., Blain, A., & Gayet, B. (2005). Diverticules de l'œsophage. *EMC - Pneumologie*, 2(3), 165–176. <https://doi.org/10.1016/j.emcpn.2005.06.001>

- Loi EGAlim. (2018, October 30). *LOI n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous (1)*.
- Maeda, K., & Akagi, J. (2015). Decreased tongue pressure is associated with sarcopenia and sarcopenic dysphagia in the elderly. *Dysphagia*, 30(1), 80–87. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9577-y>
- Malerba, G., Pop, A., Rivasseau-Jonveaux, T., Mouchotte, S., Fabbro, J., N'Guyen, A., Schmitt, A., & Quilliot, D. (2015). Nourrir un patient atteint de troubles neurocognitifs à l'hôpital et à domicile ? Le manger-mains: aspects pratiques. *Nutrition clinique et métabolisme*, 29(3), 197–201. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2015.06.001>
- Mangeney, K., Barthélémy, H., Vogel, T., Rappin, B., Sokolakis, S., & Lang, P.-O. (2017). La santé buccodentaire en Ehpad : état des lieux et suivi des recommandations de soins. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(98), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.04.003>
- Manoukian, A. (2001). *Les soignants et les personnes âgées* / A. Manoukian (2e édition). Lamarre.
- Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D. L., & Diamant, N. E. (2009). *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) | Stroke*. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/strokeaha.107.510370>
- McGinnis, C. M., Homan, K., Solomon, M., Taylor, J., Staebell, K., Erger, D., & Raut, N. (2019). Dysphagia: Interprofessional Management, Impact, and Patient-Centered Care. *Nutrition in Clinical Practice*, 34(1), 80–95. <https://doi.org/10.1002/ncp.10239>
- Ministère chargé de l'agriculture. (2014). *Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées*. Ministère chargé de l'agriculture. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf
- Ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire. (2023). *Bac pro - Services aux personnes et animation des territoires*. <https://chlorofil.fr/diplomes/seconde/bac-pro/1re-tle/sapat/sapat-2023>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023, April 20). *La formation au métier d'aide-soignant*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-formations-aux-metiers-de-la-sante/article/la-formation-au-metier-d-aide-soignant>
- Morley, J. E. (2001). Decreased food intake with aging. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56 Spec No 2(Supplement 2), 81–88. https://doi.org/10.1093/gerona/56.suppl_2.81
- Morley, J. E., Vellas, B., Kan, G. A. van, Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W. C., Doehner, W., Evans, J., Fried, L. P., Guralnik, J. M., Katz, P. R., Malmstrom, T. K., McCarter, R. J., Robledo, L. M. G., Rockwood, K., Haehling, S. von, Vandewoude, M. F., & Walston, J. (2013). Frailty Consensus: A Call to

- Action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
- Nishida, T., Yamabe, K., & Honda, S. (2021). The Influence of Dysphagia on Nutritional and Frailty Status among Community-Dwelling Older Adults. *Nutrients*, 13(2), 512. <https://doi.org/10.3390/nu13020512>
- OMS. (2022). *Vieillesse et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Parmantier, A. (2022). Le manager-coach au service de la coopération des équipes en EHPAD. *Projectics / Proyéctica / Projectique, Hors Série(HS)*, 179–203. <https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0179>
- Pelaccia, T. (2018). *Comment mieux superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche ?* De Boeck Supérieur.
- Pelletier, C. A. (2005). Feeding beliefs of certified nurse assistants in the nursing home: a factor influencing practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(7), 5–10. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20050701-04>
- Pelletier, C. A. (2004). What do certified nurse assistants actually know about dysphagia and feeding nursing home residents? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13(2), 99–113. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2004/012\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2004/012))
- Pepersack, T., Maes G, Allègre S, & Praet JP. (2016). *La Dysphagie: Un Syndrome Gériatrique?* 14(4) : 371-6.
doi:10.1684/pnv.2016.0637
- Puisieux, F., d'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., Desrues, B., Ferron, C., Franco, A., Gaillat, J., Guenard, H., Housset, B., Jeandel, C., Jebrak, G., Leymarie-Selles, A., Orvoen-Frija, E., Piette, F., Pinganaud, G., Salle, J.-Y., ... Weil-Engerer, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue des Maladies Respiratoires*, 26(6), 587–605.
[https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(09\)74690-X](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(09)74690-X)
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *The Journals of Gerontology: Series A*, 62(7), 722–727. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489–495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- Rolland, Y., Benetos, A., Gentric, A., Ankri, J., Blanchard, F., Bonnefoy, M., Decker, L. de, Ferry, M., Gonthier, R., Hanon, O., Jeandel, C., Nourhashemi, F., Perret-Guillaume, C., Retornaz, F., Bouvier, H., Ruault, G., & Berrut, G. (2011). La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et

- gérontologie. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 9(4), 387–390.
<https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0311>
- Rosenvinge, S. K., & Starke, I. D. (2005). Improving care for patients with dysphagia. *Age and Ageing*, 34(6), 587–593. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi187>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human Aging: Usual and Successful. *Science*, 237(4811), 143–149.
<https://www.jstor.org/stable/1699814>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Ruglio, V. (2017). Dysphagies neurogériatriques, oralités et presbyphagie. *Rééducation Orthophonique*, N°271, p 359-383.
- Sakai, K., Nakayama, E., Tohara, H., Maeda, T., Sugimoto, M., Takehisa, T., Takehisa, Y., & Ueda, K. (2017). Tongue Strength is Associated with Grip Strength and Nutritional Status in Older Adult Inpatients of a Rehabilitation Hospital. *Dysphagia*, 32. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9751-5>
- Seedat, J., & Strime, N. (2021). 'Finishing that plate of food ...' The role of the nurse caring for the patient with dysphagia. *The South African Journal of Clinical Nutrition*, ahead-of-print(ahead-of-print), 1–5.
<https://doi.org/10.1080/16070658.2021.1940717>
- Sella-Weiss, O. (2021). Association between swallowing function, malnutrition and frailty in community dwelling older people. *Clinical Nutrition ESPEN*, 45, 476–485. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.06.028>
- Serra-Prat, M., Palomera, M., Gomez, C., Sar-Shalom, D., Saiz, A., Montoya, J. G., Navajas, M., Palomera, E., & Clavé, P. (2012). Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age and Ageing*, 41(3), 376–381.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afs006>
- Service public de l'autonomie (2023). *A quoi sert le conseil de la vie sociale ?* <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/droits-en-ehpad/a-quoi-sert-le-conseil-de-la-vie-sociale>
- Service public de l'autonomie. (2021). *L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)*. Mon Parcours Handicap.
<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
- Silbergleit, A. K., Schultz, L., Jacobson, B. H., Beardsley, T., & Johnson, A. F. (2012). The Dysphagia handicap index: development and validation. *Dysphagia*, 27(1), 46–52. <https://doi.org/10.1007/s00455-011-9336-2>
- SOHDEV. (2023). Formation Dépendance. *SOHDEV*. <https://sohdev.org/formation-dependance-2/>

- Speyer, R., Cordier, R., Farneti, D., Nascimento, W., Pilz, W., Verin, E., Walshe, M., & Woisard, V. (2022). White Paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and Non-instrumental Assessment for Dysphagia in Adults. *Dysphagia*, 37(2), 333–349. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10283-7>
- Sulmont-Rossé, C., Daulaine, A.-L., Kone, A., Ferrari, N., Neves, F., Ahouanmagnagahou, R., Cauchy, G., & Guillon, F. (2022). Former les professionnels à l'alimentation des personnes âgées : revue critique des formations en France. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2022.05.003>
- Sulmont-Rossé, C., & Van Wymelbeke, V. (2019). Les déterminants d'un apport protidique faible chez les personnes âgées dépendantes. *Cahiers de nutrition et de diététique*, 54(3), 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2019.02.003>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- Veniat, M., & Vialatte, M. (2021). *État des lieux et comparaison des connaissances des professionnels de santé hospitaliers sur la profession d'orthophoniste : réflexion sur la pertinence d'une formation ajustée*. 146. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03695664>
- Verdonschot, R. J. C. G., Baijens, L. W. J., Vanbelle, S., van de Kolk, I., Kremer, B., & Leue, C. (2017). Affective symptoms in patients with oropharyngeal dysphagia: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.006>
- Vermeulen, A., Boutemy, S., Florent, V., & Iliski, A. (2018). Les troubles de la déglutition du diagnostic à la prise en charge. *Information Diététique*, 1, 16–24. https://www.researchgate.net/profile/Vincent-Florent/publication/324485159_Les_troubles_de_la_deglutition_du_diagnostic_a_la_prise_en_charge/links/5acf a1c5a6fdcc8784118953/Les-troubles-de-la-deglutition-du-diagnostic-a-la-prise-en-charge.pdf
- Visscher, A., Battjes-Fries, M. C., van de Rest, O., Patijn, O. N., van der Lee, M., Wijma-Idsinga, N., Pot, G. K., & Voshol, P. (2020). Fingerfoods: a feasibility study to enhance fruit and vegetable consumption in Dutch patients with dementia in a nursing home. *BMC Geriatrics*, 20(1), 423–423. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01792-5>
- Vogel, T., Schmitt, E., Kaltenbach, G., & Lang, P.-O. (2014). La fragilité : un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 14(79), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2013.08.004>
- Vucea, V., Keller, H., Morisson, J., Duizer, L., Duncan, A., Carrier, N., Lengye, C., Slaughter, S., & Steele. (2018). Modified Texture Food Use is Associated with Malnutrition in Long Term Care: An Analysis of Making the

- Most of Mealtimes (M3) Project. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(8).
<https://doi.org/10.1007/s12603-018-1016-6>
- Wang, T., Zhao, Y., & Guo, A. (2020). Association of swallowing problems with frailty in Chinese hospitalized older patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 408–412.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.005>
- Weijenberg, R. A. F., Scherder, E. J. A., & Lobbezoo, F. (2011). Mastication for the mind—The relationship between mastication and cognition in ageing and dementia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 483–497. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.06.002>
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S., Leischker, A. H., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 189–208.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S97481>
- Woisard, V., & Puech, M. (2011). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte: le point sur la prise en charge fonctionnelle* / Virginie Woisard-Bassols, Michèle Puech (2e édition revue et augmentée). Solal.
- Yang, R.-Y., Yang, A.-Y., Chen, Y.-C., Lee, S.-D., Lee, S.-H., & Chen, J.-W. (2022). Association between Dysphagia and Frailty in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 14(9), 1812.
<https://doi.org/10.3390/nu14091812>

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Étiologies et facteurs de risques de la dysphagie chez le sujet âgé

Annexe 2 : Index de fragilité de Rockwood

Annexe 3 : Les tests et échelles pour le dépistage de la dysphagie

Annexe 4 : IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative)

Annexe 5 : Les techniques *hand-over-hand* et *hand-under-hand*

Annexe 6 : Le référentiel de formation des aides-soignants

Annexe 7 : Mail de contact IFAS

Annexe 8 : Guide d'entretien

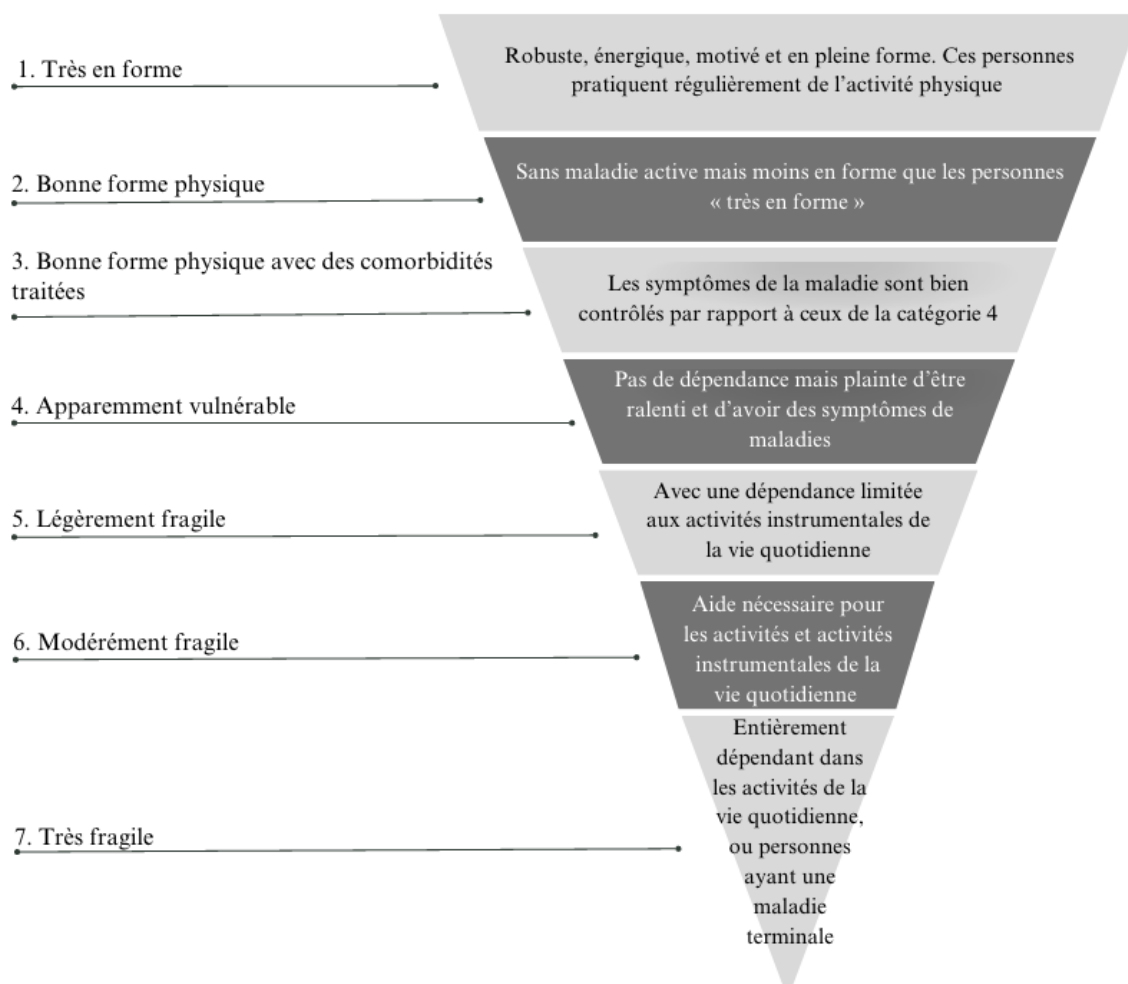
Annexe 9 : Documents d'autorisation de captation de la voix et de protection des données

Annexe 1 : Etiologies et facteurs de risques de la dysphagie chez le sujet âgée (Landrin et al 2016)

Affections stomatologiques	- Infections buccales dont candidose - Prothèse dentaire mal adaptée - Édentation - Mauvais état bucco-dentaire (caries, parodontopathies) - Xérostomie induite par médicaments (anticholinergiques, diurétiques, etc.), respiration bouche ouverte, radiothérapie, déshydratation, diabète, maladie auto-immune (Sjögren), insuffisance rénale, dysthyroïdie
Affections neurologiques	- Accident vasculaire cérébral - Maladie de Parkinson et syndromes extrapyramidaux - Maladie d'Alzheimer au stade sévère - Sclérose latérale amyotrophique - Tumeurs du système nerveux central - Traumatismes crâniens et leurs séquelles – Syndrome de Guillain-Barré – Chorée de Huntington et ataxie cérébelleuse – Neuropathies périphériques
Affections de la sphère ORL	- Tumeurs - Diverticules de Zenker - Compressions extrinsèques : thyroïde, adénopathies, ostéophyte cervical, etc.
Iatrogénie	- Médicaments : neuroleptiques, anticholinergiques, diurétiques, antihistaminiques, inhibiteurs calciques, etc. - Sonde nasogastrique - Sonde d'intubation trachéale - Radiothérapie cervicale - Séquelles de chirurgie cervicale : thyroïde, œsophage, voies aéro-digestives supérieures, rachis cervical par voie antérieure
Affections musculaires	- Myasthénie - Myosites et myopathies
Divers	- Déshydratation - Dénutrition - Fin de vie - Affections psychiatriques - Troubles de la vigilance - Installation inadéquate pour les repas - Aide aux repas – Matériel inadapté (verre « canard »)

Annexe 2 : Index de fragilité de Rockwood

Les sept catégories définissant l'index de fragilité selon Rockwood sont les suivantes :



Annexe 3 : Les tests et échelles pour le dépistage de la dysphagie

TOR-BSST (Toronto Bedside Swallowing Screening Test) (Martino et al., 2009)

Le TOR-BSST est un test de dépistage s'effectuant en une dizaine de minutes par un personnel formé. Ce test est validé pour une population ayant subi un AVC et administrable dans la phase aiguë comme dans la phase de récupération. Le TOR-BSST est composé de quatre items permettant une meilleure prédiction du risque de dysphagie :

- Voix avant le test de déglutition ;
- Mouvement de la langue ;
- Déglutition d'eau ;
- Voix après le test de déglutition.

GUSS (Gugging Swallowing Screen) (Trapl et al., 2007)

Ce test, validé pour une population en phase aiguë post-AVC, est divisé en deux parties :

- L'évaluation de déglutition préliminaire où l'attention sera portée sur la vigilance, la toux volontaire, la déglutition de la salive, la bave et la modification de la voix. Cette partie correspond à une déglutition de salive. Si elle est réussie, la deuxième partie du test peut être effectuée ;
- Le test de déglutition directe où l'attention sera portée sur la déglutition, la toux involontaire, la bave et le changement de voix. Cette partie de test est composée de trois subtests (essai de déglutition avec des textures semi-solides, puis liquides et enfin solides).

GUSS
(Gugging Swallowing Screen)

Nom : _____
Date : _____
Heure : _____

1. Recherche préliminaire / Test de déglutition indirecte

	oui	non
Vigilance (le patient doit être vigilant pour au moins 15 minutes)	1 ☐	0 ☐
Toux et / ou éclaircissement de la gorge (toux volontaire) (le patient doit tousser ou s'éclaircir la gorge deux fois)	1 ☐	0 ☐
Déglutition de la salive	1 ☐	0 ☐
• Déglutition réussie		
• Bavage	0 ☐	1 ☐
• Changement de la voix (rauque, gargouillements, voilée, faible)	0 ☐	1 ☐
RESUME	(5)	
	1 – 4 = exploration complémentaire ¹ 5 = continuer avec la partie 2	

2. Test de déglutition directe (Matériel : eau, cuillère, gobelet, compote, pain)

Dans l'ordre suivant	1 → SEMISOLIDE*	2 → LIQUIDE**	3 → SOLIDE***
DEGLUTITION			
• Déglutition impossible	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Déglutition retardée (>2 sec.) (Textures solides > 10 sec.)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
• Déglutition réussie	2 ☐	2 ☐	2 ☐
TOUX (Involontaire) (Avant, pendant, ou après la déglutition – jusqu'à 3 minutes après)			
• Oui	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Non	1 ☐	1 ☐	1 ☐
BAVAGE			
• Oui	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Non	1 ☐	1 ☐	1 ☐
CHANGEMENT DE LA VOIX (Écoutez la voix avant et après la déglutition – le patient devra dire « O »)			
• Oui	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Non	1 ☐	1 ☐	1 ☐
RESUME	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = exploration complémentaire ¹ 5 = Continuer avec Liquide	1 – 4 = exploration complémentaire ¹ 5 = Continuer avec Solide	1 – 4 = exploration complémentaire ¹ 5 = Normal
RESUME : (Test de déglutition directe ET indirecte) _____ (20)			
* 1/3 à 1/2 d'une cuillerée de compote. S'il n'y a pas de symptôme, donner 3 à 5 cuillerées. Evaluer après la cinquième cuillerée. ** 3, 5, 10, 20 ml d'eau. S'il n'y a pas de symptôme, continuer avec 50 ml d'eau (Daniels et al. 2000 ; Gottlieb et al. 1996). Evaluer et arrêter le test quand un des critères est observé ! *** Clinique : pain sec ; NFS. Pain sec trempé dans du liquide coloré. ¹ Utiliser les tests fonctionnels tels que Vidéoradioscopie (VRS), Nasofibrosopie (NFS)			

GUSS
(Gugging Swallowing Screen)

GUSS – EVALUATION

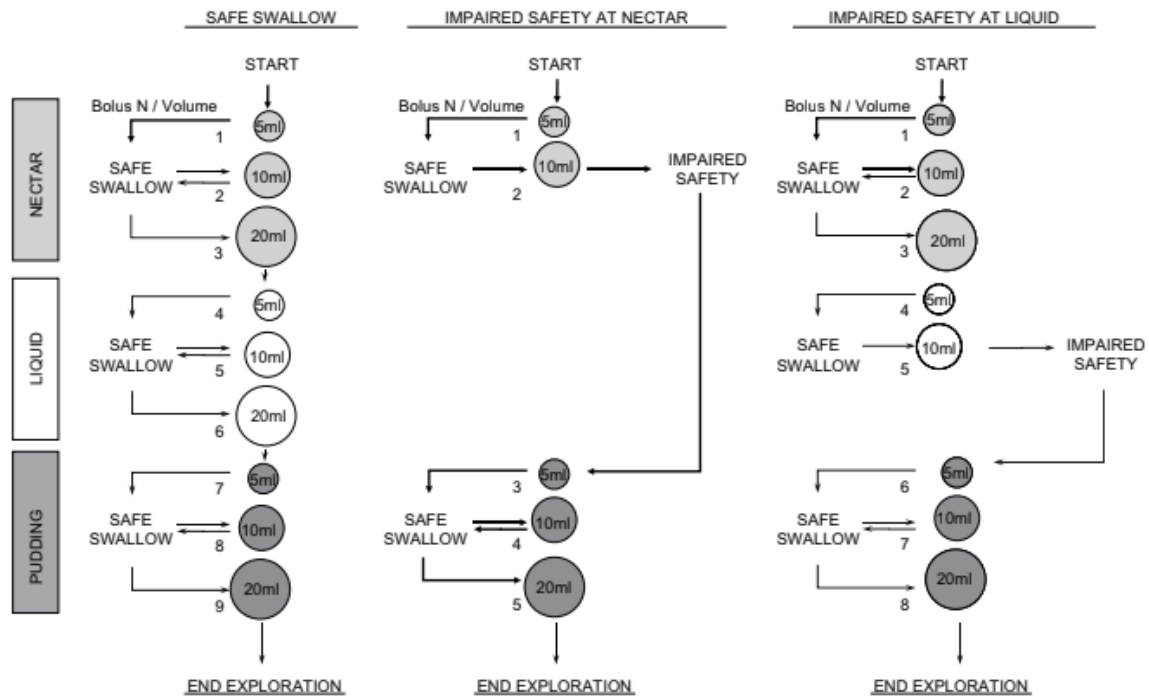
	RESULTATS	CODE DE SEVERITE	RECOMMANDATIONS
20	Texture semi-solide, liquide et solide réussie	Léger / Pas de dysphagie, risque minimal d'aspiration	- Régime normal - Liquides autorisés (la 1^{ère} fois sous la supervision d'un(e) orthophoniste ou d'une infirmière formée aux AVC)
15-19	Texture semi-solide et liquide réussie et texture solide non réussie	Légère dysphagie avec un petit risque d'aspiration	- Régime pour dysphagie (nourriture molle et en purée) - Liquides très lentement, une gorgée à la fois. - Évaluation de la déglutition fonctionnelle tels que Nasofibrosopie (NFS) ou Vidéoradioscopie (VRS) - Se référer à un(e) orthophoniste
10-14	Déglutition de texture semi-solide réussie et liquide non réussie	Dysphagie modérée avec risque d'aspiration	- Textures semi-solides telles que la nourriture pour bébé et des compléments alimentaires parentérales. - Tous les liquides doivent être épaissis ! - Les pilules doivent être broyées et mélangées avec du liquide épaissi. - Pas de médicament sous forme de liquide ! - Évaluations de la déglutition fonctionnelle complémentaires (NFS, VRS). - Se référer à un(e) orthophoniste
0-9	Test préliminaire non réussi ou déglutition de texture semi-solide non réussie	Dysphagie sévère avec un haut risque d'aspiration	- NPO (non per os = rien par la bouche) - Évaluations de la déglutition fonctionnelle complémentaires (NFS, VRS). - Se référer à un(e) orthophoniste

Supplément avec tube naso-gastrique ou parentérale

<https://gussgroupinternational.files.wordpress.com/2017/01/guss-french.pdf>

V-VST (Volume-Viscosity Swallow) (Clavé et al., 2008)

Ce test propose des essais de déglutition selon différentes viscosités (nectar, pudding et liquides) et différentes quantités (5mL, 10mL et 20mL). Dans leur analyse, les auteurs ont pris en compte, entre autres, une population gériatrique avec des pathologies vasculaires et neurodégénératives. Le V-VST répond à l'algorithme suivant :



(Clavé et al., 2008)

EAT 10 (Eating Assessment Tool 10)

EAT-10: Outil d'évaluation de la déglutition

Nestlé
Nutrition Institute

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

SEXE

ÂGE

DATE

OBJECTIF :

EAT-10 aide à évaluer les difficultés de déglutition.

Nous vous recommandons de vous adresser à votre médecin pour tout traitement de vos symptômes.

A. INSTRUCTIONS :

Répondez à chaque question en indiquant le nombre de points dans les cases.

Dans quelle mesure rencontrez-vous les problèmes suivants ?

1 Mon problème de déglutition m'a fait perdre du poids.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

6 Avaler est douloureux.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

2 Mon problème de déglutition retentit sur ma capacité à prendre mes repas à l'extérieur.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

7 Le plaisir de manger est affecté par mes problèmes de déglutition.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

3 Avaler des liquides me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

8 Lorsque j'avale, des aliments se bloquent dans ma gorge.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

4 Avaler des aliments solides me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

9 Je tousse quand je mange.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

5 Avaler des comprimés me demande un effort supplémentaire.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

10 Cela me stresse d'avaler.

0 = aucun problème

1

2

3

4 = de sérieux problèmes

B. SCORE :

Additionnez le nombre de points et indiquez votre score total dans les cases.

Score total (max. 40 points)

C. LA PROCHAINE ÉTAPE :

Si le score EAT-10 est supérieur ou égal à 3, il est possible que vous ayez des problèmes pour avaler efficacement et en toute sécurité. Nous vous recommandons d'en discuter avec votre médecin.

Référence : La validité et la fiabilité du EAT-10 ont été éprouvées.

Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008;117(12):919-924.

© Nestec 2009

www.nestlenutrition-institute.org

<https://www.nestlehealthscience.nl/fr/services/depistage-denutrition/eat-10>

DHI (Dysphagia Handicap Index) (Silbergleit et al., 2012)

Please place a check in the box that describes your swallowing difficulty.

		NORMAL		MODERATE PROBLEM			SEVERE PROBLEM	
		1	2	3	4	5	6	7
1F	I avoid some foods because of my swallowing problem.							
2F	I have changed the way I swallow to make it easier to eat.							
1E	I'm embarrassed to eat in public.							
3F	It takes me longer to eat a meal than it used to.							
4F	I eat smaller meals more often due to my swallowing problem.							
6P	I have to swallow again before food will go down.							
2E	I feel depressed because I can't eat what I want.							
3E	I don't enjoy eating as much as I used to.							
5F	I don't socialize as much due to my swallowing problem.							
6F	I avoid eating because of my swallowing problem.							
7F	I eat less because of my swallowing problem.							
4E	I am nervous because of my swallowing problem.							
5E	I feel handicapped because of my swallowing problem.							
6E	I get angry at myself because of my swallowing problem.							
7P	I choke when I take my medication.							
7E	I'm afraid that I'll choke and stop breathing because of my swallowing problem.							
8F	I must eat another way (e.g., feeding tube) because of my swallowing problem.							
9F	I've changed my diet due to my swallowing problem							
8P	I feel a strangling sensation when I swallow.							
9P	I cough up food after I swallow.							

Please circle the number that matches the severity of your swallowing difficulty (1 = no difficulty at all; 4 = somewhat of a problem; 7 = the worse problem you could have)

Annexe 4 : IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative)

La classification de l'IDDSI comprend un continuum de 8 niveaux (0 à 7), où les boissons sont mesurées à partir des niveaux 0 à 4, tandis que les aliments sont mesurés à partir des niveaux 3 à 7. Le cadre de l'IDDSI fournit une terminologie commune pour décrire les textures alimentaires et la consistance des boissons.

Chaque grade a été caractérisé selon les méthodes de la fourchette et de la seringue :

- **Utilisation d'une seringue** pour évaluer la vitesse d'écoulement des produits « liquides » à « très épais », soit des grades 0 à 4
- **Utilisation d'une Fourchette**, cuillère, baguettes ou encore des doigts pour évaluer les textures des produits des grades 4 à 7

<https://www.nutrisens.com/vitalites/iddsi-standardisation-internationale-des-textures/>

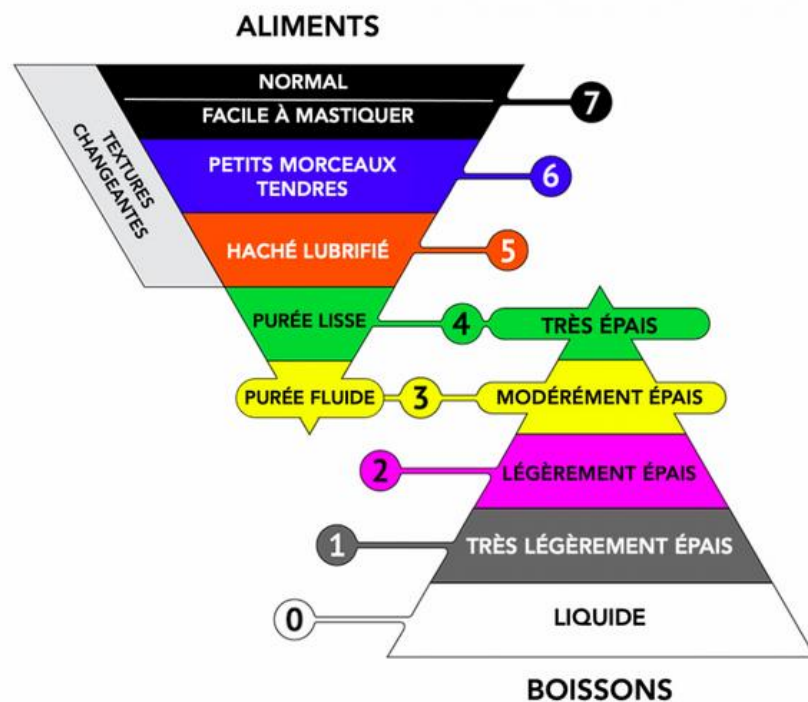


Diagramme IDDSI – www.iddsi.com

Annexe 5 : Les techniques *hand-over-hand* et *hand-under-hand* (Batchelor Murphy, 2017)

Le soignant positionne sa main sur celle du patient et accompagne ou initie le geste de mise en bouche



Over Hand (OH)

Le soignant tient le couvert tout en plaçant sa main sous celle du patient et effectuera la mise en bouche.



Under Hand (UH) Feeding

Des vidéos sont en accès libre sur youtube expliquant le fonctionnement de chaque technique
https://www.youtube.com/watch?v=eN_PMpqmtt0

Annexe 6 : Le référentiel de formation des aides-soignants (10 Juin 2021)

Diplôme d'Etat Aide-soignant – Référentiel de formation

1 - Correspondance entre le référentiel de certification et les modules de formation

Blocs de compétences	Compétences	Modules de formation	Modalités d'évaluation du bloc de compétences
Bloc 1 - Accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale	1 - Accompagner les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne et de la vie sociale, personnaliser cet accompagnement à partir de l'évaluation de leur situation personnelle et contextuelle et apporter les réajustements nécessaires	Module 1. - Accompagnement d'une personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale <i>Module spécifique AS</i>	Etude de situation Evaluation des compétences en milieu professionnel
	2 – Identifier les situations à risque lors de l'accompagnement de la personne, mettre en œuvre les actions de prévention adéquates et les évaluer	Module 2. Repérage et prévention des situations à risque <i>Module spécifique AS</i>	
Bloc 2 - Evaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration	3- Evaluer l'état clinique d'une personne à tout âge de la vie pour adapter sa prise en soins	Module 3. - Evaluation de l'état clinique d'une personne <i>Module spécifique AS</i>	Etude de situation en lien avec les modules 3 et 4 Evaluation comportant une pratique simulée en lien avec le module 5 Evaluation des compétences en milieu professionnel Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2
	4- Mettre en œuvre des soins adaptés à l'état clinique de la personne	Module 4. - Mise en œuvre de soins adaptés, évaluation et réajustement <i>Module spécifique AS</i>	
	5 – Accompagner la personne dans son installation et ses déplacements en mobilisant ses ressources et en utilisant les techniques préventives de mobilisation	Module 5. - Accompagnement de la mobilité de la personne aidée	
Bloc 3 - Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants	6- Etablir une communication adaptée pour informer et accompagner la personne et son entourage	Module 6. - Relation et communication avec les personnes et leur entourage	Etude de situations relationnelles pouvant comporter une pratique simulée Evaluation des compétences en milieu professionnel
	7 – Informer et former les pairs, les personnes en formation et les autres professionnels	Module 7. – Accompagnement des personnes en formation et communication avec les pairs	
Bloc 4 - Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention	8- Utiliser des techniques d'entretien des locaux et du matériel adaptées en prenant en compte la prévention des risques associés	Module 8. – Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés	Evaluation à partir d'une situation d'hygiène identifiée en milieu professionnel Evaluation des compétences en milieu professionnel
	9 - Repérer et traiter les anomalies et dysfonctionnements en lien avec l'entretien des locaux et des matériels liés aux activités de soins		
Bloc 5 - Travail en équipe pluri-professionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité/gestion des risques	10 - Rechercher, traiter et transmettre, quels que soient l'outil et les modalités de communication, les données pertinentes pour assurer la continuité et la traçabilité des soins et des activités	Module 9. – Traitement des informations	Etude de situation pouvant comporter une pratique simulée Evaluation des compétences en milieu professionnel
	11- Organiser son activité, coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle et améliorer sa pratique dans le cadre d'une démarche qualité / gestion des risques	Module 10. – Travail en équipe pluri professionnelle, qualité et gestion des risques	

2 - Organisation de la formation

La formation comporte 44 semaines de formation théorique et clinique soit 1540 heures, se répartissant en 770 heures (22 semaines) de formation théorique et 770 heures (22 semaines) de formation clinique.

Organisation de la formation théorique :

• Accompagnement Pédagogique Individualisé (API)	35h (dans les trois premiers mois de la formation)
• Suivi pédagogique individualisé des apprenants	7h (réparties tout au long de la formation)
• Travaux personnels guidés (TPG)	35 h (réparties au sein des différents modules)
• Module 1. - Accompagnement d'une personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale (<i>Module spécifique AS</i>)	147 h
• Module 2. Repérage et prévention des situations à risque (<i>Module spécifique AS</i>)	21 h
• Module 3. - Evaluation de l'état clinique d'une personne (<i>Module spécifique AS</i>)	77 h
• Module 4. - Mise en œuvre de soins adaptés, évaluation et réajustement (<i>Module spécifique AS</i>)	182 h
• Module 5. - Accompagnement de la mobilité de la personne aidée	35 h
• Module 6. - Relation et communication avec les personnes et leur entourage	70 h
• Module 7. – Accompagnement des personnes en formation et communication avec les pairs	21 h
• Module 8. – Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés	35 h
• Module 9. – Traitement des informations	35 h
• Module 10. – Travail en équipe pluri professionnelle, qualité et gestion des risques	70 h

Organisation de la formation clinique :

Quatre périodes en milieu professionnel doivent être réalisées :

- Période A de 5 semaines
- Période B de 5 semaines
- Période C de 5 semaines
- Période D de 7 semaines : en fin de formation, période intégrative en milieu professionnel, correspondant au projet professionnel et/ou permettant le renforcement des compétences afin de valider l'ensemble des blocs de compétences

L'ordre dans lequel les 3 périodes cliniques de 5 semaines sont réalisées est laissé à l'appréciation de chaque équipe pédagogique.

Dans le cadre de la formation par la voie de l'apprentissage, ces périodes sont effectuées au sein ou en dehors de la structure employeur et sont complétées par un exercice en milieu professionnel, dont l'objet est également de développer les compétences afin de valider l'ensemble des blocs de compétences.

Période	Durée de la période	Contexte de la période	Missions de l'aide-soignant explorées	Blocs de compétences concernés
A	5 semaines	Les périodes A, B et C doivent permettre, dans leur ensemble, d'aborder différents contextes : - Prise en soins d'une personne dont l'état de santé altéré est en phase aiguë - Prise en soins d'une personne dont l'état de santé altéré est stabilisé	Les périodes A, B et C doivent permettre d'explorer les 3 missions, une période donnée pouvant être centrée sur une ou plusieurs missions :	Chacune des périodes A, B, C doit porter sur tout ou partie des 5 blocs de compétences, l'ensemble des blocs devant être abordés sur l'ensemble des 3 périodes. ▮ Bloc 1 : Accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale ▮ Bloc 2 : Evaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration ▮ Bloc 3 : Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants ▮ Bloc 4 : Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention ▮ Bloc 5 : Travail en équipe pluri-professionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité/gestion des risques
B	5 semaines		Mission 1 : Accompagner la personne dans les activités de sa vie quotidienne et sociale dans le respect de son projet de vie	
C	5 semaines		Mission 2 : Collaborer aux projets de soins personnalisés dans son champ de compétences Mission 3 : Contribuer à la prévention des risques et au raisonnement clinique interprofessionnel	
D	7 semaines	Période intégrative en milieu professionnel, en fin de formation, correspondant au projet professionnel et/ou permettant le renforcement des compétences afin de valider l'ensemble des blocs de compétences	La période D doit porter sur les 3 missions de l'AS	La période D doit porter sur les 5 blocs de compétences de l'AS : ▮ Bloc 1 : Accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale ▮ Bloc 2 : Evaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration ▮ Bloc 3 : Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants ▮ Bloc 4 : Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention ▮ Bloc 5 : Travail en équipe pluri-professionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité/gestion des risques

Au moins une période clinique doit être effectuée auprès de personnes en situation de handicap physique ou psychique et une période auprès de personnes âgées.

3 – Contenu des modules de formation en lien avec le référentiel de certification

En fonction de l'évolution technologique, sociétale et sanitaire, le contenu des modules de formation doit être actualisé en continu par les instituts de formation.

Bloc 1 - Accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale

Compétences	Modules de formation
1 - Accompagner les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne et de la vie sociale, personnaliser cet accompagnement à partir de l'évaluation de leur situation personnelle et contextuelle et apporter les réajustements nécessaires - Rechercher et analyser les informations sur les habitudes de la vie quotidienne et sociale, la culture, les choix de la personne et le cas échéant ceux de son entourage - Evaluer le degré d'autonomie, les fragilités et /ou les handicaps, les ressources, les capacités physiques et psychiques de la personne - Identifier et évaluer les besoins de la personne en tenant compte de sa situation singulière, de ses réactions et ajuster continuellement son intervention - Mettre en œuvre l'accompagnement personnalisé dans les actes essentiels de la vie quotidienne - Mettre en œuvre les activités d'accompagnement à la vie sociale à destination d'une personne ou d'un groupe en prenant en compte les réactions, choix et expressions de la personne - Mobiliser les ressources de la personne dans les activités réalisées et, en collaboration avec l'infirmier, les autres professionnels, les aidants, adapter son accompagnement pour développer et maintenir ses capacités - Adapter la communication avec la personne, les aidants et les autres professionnels pendant les activités en fonction de chaque situation - Aider, accompagner et conforter les aidants dans leur rôle de collaboration aux actes essentiels de la vie quotidienne Critères d'évaluation : - Pertinence de l'analyse de la situation de la personne - Pertinence de l'adaptation de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne au regard de la situation de la personne - Respect des bonnes pratiques dans l'accompagnement - Pertinence des activités d'accompagnement à la vie sociale - Pertinence dans l'accompagnement des aidants	Module 1. - Accompagnement d'une personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale Objectifs de formation - Identifier le rôle de l'aide-soignant dans les situations de soins de la vie quotidienne - Rechercher et analyser l'ensemble des éléments permettant d'évaluer la situation et les besoins de la personne - Mettre en œuvre un accompagnement personnalisé à partir de l'évaluation de la situation - Evaluer l'accompagnement mis en œuvre et le réajuster Éléments de contenu Raisonnement et démarche clinique : la recherche des informations, l'évaluation du degré d'autonomie, des fragilités et ressources, des capacités physiques et psychiques de la personne, de ses besoins. L'évaluation de la situation et des besoins d'une personne : - La personne et ses besoins, les cycles de vie, le développement psycho-social de l'homme à tous les âges de la vie, les groupes d'appartenance. - Les formes de l'autonomie (physique, psychique, sociale et juridique) ; droits des patients ; dépendance, déficience et handicap ; le concept de fragilité. La santé : santé publique : données démographiques, politique de santé et actualités sur les plans de santé publique, introduction à la santé environnement : impact des facteurs environnementaux (chimiques, physiques, biologiques) sur la santé humaine ; le système de santé français, le parcours de soins. Les principales situations de vie : - Maternité : conception, grossesse, accouchement, suites de couches, nouveau-né. - Handicap : politique du handicap, analyse des besoins et capacités, recommandations de bonnes pratiques, les structures d'accueil, accompagnement à la rééducation et l'insertion sociales et professionnelle, rôles des professionnels, place de la famille. - Vieillesse : démographie et place de la personne âgée dans la société. - Fin de vie : aspects culturels de la mort, notions législatives et réglementaires. Rôle de l'aide-soignant auprès d'une personne dans les principales situations de vie, y compris auprès d'une personne en situation de handicap, vieillissante ou atteinte d'une pathologie mentale notamment de troubles du neuro développement et du spectre autistique. La réalisation des soins de la vie quotidienne : réalisation, évaluation et réajustement (approche théorique et pratique) :

	- La conception du soin : définition des soins de la vie quotidienne ; l'état de santé stable et constants, distinction avec les soins en situation aiguë. - L'accompagnement, la personnalisation de l'accompagnement à partir de l'évaluation de la situation et du projet individuel de la personne. - La relation pendant les soins. - La réalisation des soins de la vie quotidienne : - o Hygiène des mains et application des recommandations et bonnes pratiques - o Aide aux gestes de la vie quotidienne dans le cadre du maintien de l'hygiène de vie (alimentation, sommeil, élimination, hygiène corporelle, mobilisation) et de l'administration de thérapeutiques - Qualité et sécurité des soins : règles d'hygiène, de sécurité et de confort dans les soins, prévention de la douleur, prévention des risques durant le soin, protocoles et procédures, ... • Les activités d'accompagnement à la vie sociale : réalisation, évaluation et réajustement - Mise en place d'activités d'accompagnement et/ou de maintien du lien social. - Aide aux repères dans le temps et dans l'espace. - Socialisation et inscription dans la vie citoyenne. - Les différentes dimensions d'accessibilité. - La famille et l'entourage. - Vie collective, dynamique de groupe, gestion des relations et des conflits. - Activités collectives. - Outils d'évaluation. • L'accompagnement des aidants : place de l'aidant, les réseaux territoriaux et associatifs. Recommandations pédagogiques : Les connaissances acquises et évaluées sont reliées aux activités et soins de la vie quotidienne d'une personne. L'apprentissage de l'analyse de situation permet d'identifier et de hiérarchiser les besoins, les ressources et les difficultés de la personne, et de proposer un accompagnement personnalisé. Le rôle et la place de l'aide-soignant dans l'accompagnement d'une personne sont abordés dans le cadre d'un travail en équipe interprofessionnelle. Les différents lieux d'exercice sont abordés : domicile, établissement hospitalier, EPHAD, ... Différents outils numériques (réalité virtuelle, MOOC, serious game, ...) peuvent être utilisés.
2 – Identifier les situations à risque lors de l'accompagnement de la personne, mettre en œuvre les actions de prévention adéquates et les évaluer 1. Identifier les signes pouvant évoquer des fragilités potentielles ou des vulnérabilités dans les différents domaines de la vie quotidienne et transmettre les informations nécessaires 2. Repérer les situations à risque, en particulier de maltraitance, pour la personne, pour les intervenants et alerter 3. Proposer des mesures de prévention dans le champ d'intervention et dans le cadre d'une coopération pluri-professionnelle	Module 2. Repérage et prévention des situations à risque Objectifs de formation - Identifier et analyser les situations à risque lors de l'accompagnement de la personne - Mettre en œuvre les actions de prévention adéquates - Evaluer ces actions et les réajuster Éléments de contenu • L'identification et l'analyse des situations à risques et des fragilités, les mesures préventives et leur évaluation : - Les situations à risque et de maltraitance (notamment les violences faites aux femmes), les différents types de fragilités, l'analyse des signes de fragilités, les mesures de prévention, la transmission des informations et l'alerte, les situations à risque liées à l'environnement.

4. Evaluer les mesures mises en œuvre et les réajuster le cas échéant Critères d'évaluation : 1 - Pertinence de l'analyse des signes de fragilités ou vulnérabilités 2 – Repérage des situations à risque 3 – Pertinence des mesures de prévention proposées 4 – Pertinence de l'évaluation des mesures mises en œuvre	- Les actions de prévention. Recommandations pédagogiques : Les connaissances acquises et évaluées sont reliées aux activités et soins de la vie quotidienne d'une personne. Le rôle et la place de l'aide-soignant dans le repérage et la prévention des risques sont abordés dans le cadre d'un travail en équipe interprofessionnelle. Les différents lieux d'exercice sont abordés : domicile, établissement hospitalier, EPHAD, ... Différents outils numériques (réalité virtuelle, MOOC, serious game, ...) peuvent être utilisés.
Modalités d'évaluation du bloc de compétence • Etude de situation • Evaluation des compétences en milieu professionnel Critères d'évaluation : 1 - Pertinence de l'analyse de la situation de la personne 2 – Pertinence de l'adaptation de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne au regard de la situation de la personne 3 – Respect des bonnes pratiques dans l'accompagnement 4 – Pertinence des activités d'accompagnement à la vie sociale 5 – Pertinence dans l'accompagnement des aidants 6 - Pertinence de l'analyse des signes de fragilités ou vulnérabilités 7 – Repérage des situations à risque 8 – Pertinence des mesures de prévention proposées 9 – Pertinence de l'évaluation des mesures mises en œuvre	

Bloc 2 - Evaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration

Compétences	Modules de formation
3- Evaluer l'état clinique d'une personne à tout âge de la vie pour adapter sa prise en soins - Rechercher et analyser les informations pertinentes et utiles permettant d'identifier l'état général de la personne, d'adapter sa prise en soins en fonction de son âge et de son évolution - Identifier les signes permettant d'apprécier les changements de l'état clinique de la personne en fonction des observations réalisées et des informations recueillies - Evaluer la douleur, mesurer les paramètres vitaux ainsi que les données de surveillance en utilisant les outils adaptés - Evaluer l'état clinique d'une personne à partir de l'analyse de l'ensemble de ces informations en mettant en œuvre un raisonnement clinique - Transmettre à l'oral et à l'écrit les informations utiles et nécessaires pour l'adaptation de la prise en soins de la personne par l'équipe pluri-professionnelle - Discerner le caractère urgent d'une situation et alerter Critères d'évaluation : - Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée - Conformité des modalités de recueil des données - Pertinence de l'analyse des informations recueillies, de l'identification des risques et du caractère potentiellement urgent	Module 3 - Evaluation de l'état clinique d'une personne Objectifs de formation - Identifier, rechercher et analyser l'ensemble des éléments permettant d'évaluer l'état clinique de la personne - Identifier les signes permettant d'apprécier les changements de l'état clinique de la personne et le caractère urgent d'une situation - Relever et analyser une donnée par rapport à des normes, alerter en cas d'écart et tracer la donnée avec exactitude - Identifier, rechercher et analyser l'ensemble des informations permettant d'organiser et mettre en œuvre l'activité de soin Eléments de contenu Notions sur les pathologies prévalentes : - Concept de maladie : lien entre santé et maladie ; maladie somatique et maladie psychique ; les processus pathologiques. - Concept de soin. - Vocabulaire professionnel : signes, symptômes, syndrome, diagnostic, maladie. - Anatomie, physiologie des appareils et systèmes. - Physiopathologie et sémiologie des pathologies prévalentes. - La douleur physique et psychique. - Pathologies du vieillissement. - Pathologies prévalentes en santé mentale et psychiatrie ; les conduites à risques à tout âge de la vie. - Troubles du spectre autistique et troubles du neuro-développement. Evaluation de l'état clinique d'une personne, des changements de cet état clinique - Méthodologie du raisonnement clinique partagé : recherche d'informations au regard de la situation, recueil des données, surveillance des signes cliniques liés aux différentes fonctions du corps humain, analyse des informations recueillies. - Identification d'une donnée anormale ou d'un risque, alerte et mise en œuvre d'actions de prévention, en collaboration avec l'infirmier et dans le cadre d'un travail en équipe pluri professionnelle. - Mesure quantitative et qualitative des paramètres permettant d'apprécier l'état de santé de l'adulte et de l'enfant (mesure de la température, des pulsations, de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire, des mensurations, du volume urinaire ; observation de la respiration, de la conscience ; recueil de la saturation en oxygène, recueil de glycémie par captation capillaire ou par lecture instantanée transdermique, mesure du périmètre crânien, calcul de l'IMC à l'aide d'un outil paramétré, lecture instantanée des données biologiques urinaires...), règles d'hygiène et de sécurité, traçabilité et transcription. - Réalisation de prélèvements non stériles (selles, urines, expectorations). - Observation et participation à l'évaluation de la douleur et du comportement.

	Observation et évaluation du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau, notamment les escarres. Recommandations pédagogiques L'enseignement en anatomie et physiologie doit être suffisant pour appréhender le fonctionnement général du corps humain et permettre une compréhension globale. Les connaissances relatives aux paramètres vitaux doivent viser l'exactitude de leur mesure. L'identification des signes et des seuils d'alerte est approfondie et comprise en liaison avec les situations à risque. Les modalités de signalement de l'alerte en cas de risques sont développées. Les connaissances concernant les pathologies prévalentes sont en lien avec les soins à réaliser. La contribution de l'aide-soignant au raisonnement clinique partagé est traitée. L'actualisation des recommandations en matière de règles d'hygiène, de sécurité et de confort est intégrée aux enseignements. Les différents lieux d'exercice sont abordés : domicile, établissement hospitalier, EPHAD, ... Différents outils numériques (réalité virtuelle, MOOC, serious game, ...) peuvent être utilisés.
4- Mettre en œuvre des soins adaptés à l'état clinique de la personne - Rechercher les informations sur les précautions particulières à respecter lors du soin - Analyser les informations recueillies et prioriser les activités de soin dans son champ de compétences - Identifier et appliquer les règles de bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre des soins - Organiser l'activité de soin et adapter les modalités de réalisation de celui-ci en fonction de l'état clinique et de la situation de la personne et en prévenant la douleur - Mettre en œuvre des soins personnalisés en collaboration avec l'infirmier(ère) et en lien avec l'équipe pluri-professionnelle à partir de l'évaluation de la situation - Expliquer le soin réalisé et l'objectif du geste de manière adaptée à la situation - Evaluer la qualité du soin réalisé et réajuster son intervention Critères d'évaluation : - Pertinence des informations recherchées au regard des soins à réaliser - Conformité des modalités de réalisation des soins aux règles de bonnes pratiques - Pertinence de la personnalisation des soins à partir de l'évaluation de la situation - Analyse de la qualité du soin réalisé	Module 4 - Mise en œuvre des soins adaptés, évaluation et réajustement Objectifs de formation - Mettre en œuvre des soins personnalisés à partir de l'évaluation de la situation - Evaluer la qualité d'un soin et identifier les éléments à réajuster Eléments de contenu FGSU niveau 2 Notions de pharmacologie : - Les principales classes médicamenteuses, concept d'iatrogénie, modes d'administration des médicaments et conséquences de la prise sur l'organisme. - Notions sur l'oxygénothérapie. Les soins en situation aigüe (approche théorique et pratique) : - Cadre réglementaire permettant la réalisation de soins en situation aigüe. - Le rôle de l'AS dans les situations de soins aigües. - Définition, identification de modification de l'état de santé, évaluation de la situation clinique durant le soin. - Qualité et sécurité des soins réalisés en phase aigüe : règles d'hygiène et de sécurité, prévention de la douleur. - Prise en compte des interactions avec les différents acteurs. - La notion de parcours de soins. - Réalisation des soins : - Soins d'hygiène et de confort en phase aigüe ; - Prise en charge d'une personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale ou non-invasive en collaboration avec l'infirmière ; - Soins palliatifs, soins d'hygiène et de confort des personnes en fin de vie. - Réalisation des soins liés aux dispositifs médicaux ou d'appareillage :

	○ Surveillance d'une personne sous moniteur à prise de constantes directes et automatiques ; ○ Observation du patient en assistance respiratoire ; ○ Montage et entretien du matériel et réalisation d'aspiration endotrachéale sur orifice trachéal cicatrisé et non inflammatoire ; ○ Oxygénothérapie : montage et entretien du matériel, surveillance du patient ; ○ Changement de lunette à oxygène courbe avec tubulure sans intervention sur le débitmètre ; ○ Pose et changement de masque pour l'aide à la respiration en situation stable chronique ; ○ Observation des patients sous dialyse ; ○ Observation et surveillance des patients sous perfusion ; ○ Surveillance du patient porteur d'une sonde vésicale et vidange du sac collecteur ; ○ Lecture instantanée de données biologiques urinaires ; recueil aseptique d'urines hors sonde urinaire ; ○ Soins d'hygiène aux patients porteurs d'entérostomies cicatrisées ; renouvellement de poche et de support sur colostomie cicatrisée ; ○ Surveillance de l'alimentation par sonde ; ○ Surveillance et renouvellement d'une vessie de glace et actions pour réchauffer le malade ; ○ Pose de bas de contention ; ○ Immobilisations : observation et surveillance des attelles, plâtres et tractions ; ○ Pose de suppositoire (d'aide à l'élimination) ○ Lavage oculaire et instillation de collyre ○ Renouvellement de collecteur externe non stérile ; ○ Observation des pansements. - Aide aux soins réalisés par l'infirmier : ○ Prise ou aide à la prise de médicaments sous forme non injectable ; application de crème et de pommade ; ○ Soins aux personnes dépendantes : collaboration pour le premier lever ; ○ Soins préventifs des escarres ; ○ Soins de bouche non médicamenteux ; ○ Participation à l'animation d'un groupe à visée thérapeutique ; ○ Soins post-mortem : toilette, habillage, identification. - Evaluation de la qualité des soins et réajustement des soins. Recommandations pédagogiques ; L'enseignement en anatomie et physiologie doit être suffisant pour appréhender le fonctionnement général du corps humain et permettre une compréhension globale. Le rôle et la responsabilité de l'aide-soignant dans l'aide à la prise des médicaments sont traités en lien avec la responsabilité de l'infirmier. L'actualisation des recommandations en matière de règles d'hygiène, de sécurité et de confort est intégrée aux enseignements. Les différents lieux d'exercice sont abordés : domicile, établissement hospitalier, EPHAD, ... Différents outils numériques (réalité virtuelle, MOOC, serious game, ...) peuvent être utilisés.
--	---

5 – Accompagner la personne dans son installation et ses déplacements en mobilisant ses ressources et en utilisant les techniques préventives de mobilisation 1. Evaluer les capacités d'une personne à réaliser les éléments constitutifs d'un déplacement 2. Effectuer une guidance verbale et non verbale et/ou identifier les ressources humaines et matérielles adaptées 3. Aménager un espace sécurisé et sécurisant pour une personne ou un groupe 4. Utiliser les dispositifs d'aide à la mobilisation dans le respect des règles de sécurité et d'ergonomie 5. Identifier les situations à risque pour la personne et pour soi-même, alerter et prendre les mesures appropriées dans son champ de compétences 6. Installer la personne en tenant compte de la singularité de la situation Critères d'évaluation : 1 – Pertinence de l'évaluation des capacités de la personne et des choix effectués pour mobiliser ses ressources 2 - Conformité des modalités d'installation et de mobilisation des personnes 3– Pertinence de l'installation du mobilier et du matériel de la chambre et de l'aménagement de l'espace 4 - Pertinence de l'identification des risques, pour la personne et pour soi-même, et des mesures prises	Module 5. - Accompagnement de la mobilité de la personne aidée Objectifs de formation - Accompagner la personne dans son installation et ses déplacements - Evaluer et mobiliser les ressources de la personne et favoriser son autonomie - Identifier et utiliser les techniques préventives de manutention - Utiliser les aides à la manutention (matériels) - Identifier les situations à risque pour la personne et pour soi-même, et les mesures de prévention appropriées Éléments de contenu • L'installation et le déplacement des personnes - La physiologie du mouvement. - Les éléments constitutifs d'un déplacement : rehaussement au lit, assis-debout, couché-debout ; les différents transferts. - L'évaluation des capacités de la personne à réaliser les éléments constitutifs d'un déplacement. - Le choix et l'utilisation d'un équipement ou la guidance verbale et non verbale adaptés aux capacités de la personne aidée, installation de la personne en fonction de son degré d'autonomie et en tenant compte de ses besoins, de sa pathologie, de son handicap, de sa douleur et des différents appareillages médicaux. - Mobilisation, aide à la marche, déplacements. - Prévention des ankyloses et des attitudes vicieuses. • Les techniques de mobilisation et la prévention des risques pour la personne et pour le professionnel (approche théorique et pratique) - L'identification des risques liés aux mobilisations des personnes et aux manutentions de matériels tant pour la personne aidée que pour le professionnel. - Le port de charge et ses conséquences sur l'anatomie du corps humain. - Principes et règles d'ergonomie concernant la manutention des personnes. - Les accidents dorso-lombaires. - Les différentes techniques de manutention ; Les aides à la manutention. - Techniques de prévention des accidents musculo-squelettiques. - Principes et règles de sécurité concernant les personnes soignées : repérage des positions algiques et antalgiques. - Prévention des chutes. Recommandations pédagogiques Les conséquences du port des charges lourdes sont traitées, lors d'exercices pratiques, les positions et attitudes professionnelles correctes sont identifiées. Le rôle de l'aide-soignant dans l'aide au déplacement et à la mobilisation est précisé en liaison avec les autres professionnels. Les règles de sécurité sont analysées au regard des situations spécifiques. Différents outils numériques permettant un apprentissage (réalité virtuelle, MOOC, serious game, ...) peuvent être utilisés.
--	---

Modalités d'évaluation du bloc de compétence

- Etude de situation en lien avec les modules 3 et 4
- Evaluation comportant une pratique simulée en lien avec le module 5
 - Evaluation des compétences en milieu professionnel
- Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AFGSU 2)

Critères d'évaluation :

- 1 - Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée
- 2 - Conformité des modalités de recueil des données
- 3 - Pertinence de l'analyse des informations recueillies, de l'identification des risques et du caractère potentiellement urgent
- 4 - Pertinence des informations recherchées au regard des soins à réaliser
- 5 - Conformité des modalités de réalisation des soins aux règles de bonnes pratiques
- 6 - Pertinence de la personnalisation des soins à partir de l'évaluation de la situation
- 7 - Analyse de la qualité du soin réalisé
- 8 - Pertinence de l'évaluation des capacités de la personne et des choix effectués pour mobiliser ses ressources
- 9 - Conformité des modalités d'installation et de mobilisation des personnes
- 10 - Pertinence de l'installation du mobilier et du matériel de la chambre et de l'aménagement de l'espace
- 11 - Pertinence de l'identification des risques, pour la personne et pour soi-même, et des mesures prises

Bloc 3 - Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants

Compétences	Modules de formation
6- Etablir une communication adaptée pour informer et accompagner la personne et son entourage 1. Ecouter la personne et son entourage en prenant en compte la communication verbale et non verbale 2. Mettre en œuvre des soins relationnels en adaptant sa communication à des publics diversifiés dans le respect des personnes et des règles de confidentialité 3. Identifier les informations pertinentes à transmettre à la personne et à son entourage en tenant compte de la situation, du projet personnalisé ou collectif et de la réglementation en vigueur, et en collaboration avec l'infirmier(ère) et l'équipe pluri-professionnelle 4. Apporter des conseils à la personne et à l'entourage dans le domaine de l'éducation à la santé, de l'hygiène de la vie courante et de la sécurité domestique 5. Permettre à la personne d'exprimer ses besoins et attentes au regard du soin réalisé, les reformuler et proposer des modalités adaptées de réalisation du soin 6. Apporter des informations pratiques adaptées lors de l'accueil dans le service, la structure, l'institution et dans le cadre du respect du règlement intérieur Critères d'évaluation : 1 - Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle 2 - Qualité des soins relationnels auprès des personnes et de leur entourage 3 - Pertinence des informations et conseils apportés à la personne et à son entourage	Module 6. - Relation et communication avec les personnes et leur entourage Objectifs de formation - Mettre en œuvre des soins relationnels en adaptant sa communication à des publics diversifiés dans le respect de la déontologie et des valeurs professionnelles - Identifier les besoins et les attentes de la personne et de son entourage, les reformuler et proposer des informations adaptées à la situation Eléments de contenu • Information et droits des patients : - Notions législatives et réglementaires ; - Le cadre réglementaire relatif aux droits des patients ; - Le secret médical, le secret professionnel ; - Le consentement des patients ; - Législation et déontologie concernant l'isolement, la contention, la limitation des mouvements et les droits des patients ; - Le rôle de l'aide-soignant dans l'information du patient ; - La bientraitance : identification des facteurs qui contribuent à la bientraitance, prévention, repérage des signes de maltraitance et transmission aux personnes compétentes. • Les techniques de communication (approche théorique et pratique) : - Observation ; - Entretien ; - Ecoute active et reformulation ; - Communication verbale et non verbale ; - Le jeu et l'animation ; - Règles et procédures de communication dans un contexte professionnel ; - Accueil et information de la personne et de son entourage ; - Education à la santé d'une personne pour favoriser ou maintenir son autonomie ; - Participation à l'animation à but thérapeutique en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire ; - Participation à la démarche éthique. • Relation et communication à la personne soignée, à l'entourage et aux aidants : - Le développement psychosociologique de l'homme, les relations humaines, l'insertion dans la société, le lien social ; - Les valeurs et les principes : respect, discrétion, écoute sans jugement, confidentialité ; - Adaptation de la communication et de la relation dans des situations spécifiques : situations de violence, désorientation, situation de handicap, fin de vie, pathologie chronique, urgence, annonce, ... - Concept de mort, soins palliatifs et accompagnement de la personne en fin de vie, démarche éthique.

	• Démarche d'information, d'éducation et de prévention : rôle d'information dans les domaines de l'éducation à la santé, de l'hygiène de vie courante et de la sécurité domestique. Initiation à l'anglais professionnel ou à une autre langue étrangère ou régionale en fonction de la spécificité du territoire d'implantation de l'IFAS. Un approfondissement de la langue française peut également être proposé. Recommandations pédagogiques Les techniques de base de la communication sont développées. Un travail approfondi et personnalisé est réalisé sur le comportement au travail et spécifiquement en relation avec les personnes soignées. Les situations de maltraitance ou présentant des difficultés dans la communication sont analysées. Le cadre réglementaire est actualisé. L'évaluation de l'initiation à une langue n'est pas nécessaire pour la validation du bloc de compétences. Les différents lieux d'exercice sont abordés : domicile, établissement hospitalier, EPHAD, ... Différents outils numériques permettant un apprentissage (réalité virtuelle, MOOC, serious game, ...) peuvent être utilisés.
7 – Informer et former les pairs, les personnes en formation et les autres professionnels 1. Identifier les informations pertinentes à apporter aux personnes en formation et aux professionnels lors de leur accueil dans le service ou la structure 2. Rechercher les informations sur les besoins d'apprentissage en lien avec la personne et avec sa formation 3. Accompagner les activités et le développement des compétences des personnes en formation 4. Identifier les acquis et les écarts dans la réalisation des activités et adapter son encadrement 5. Evaluer les compétences mises en œuvre par les personnes en formation en utilisant les outils de suivi de l'apprentissage 6. Accompagner la personne en formation dans la réflexion sur ses apprentissages Critères d'évaluation : 1- Qualité de l'accueil et de l'accompagnement d'une personne en formation ou d'un professionnel 2- Qualité de la formation délivrée à l'apprenant ou au professionnel	Module 7. – Accompagnement des personnes en formation et communication avec les pairs Objectifs de formation - Sélectionner les informations pertinentes à apporter aux personnes en formation et aux professionnels lors de leur accueil dans le service ou la structure - Accompagner les activités et le développement des compétences des personnes en formation Éléments de contenu • Formation des pairs et accueil de nouveaux professionnels - Transmission d'informations - Projet et objectifs de formation - Tutorat et accompagnement des personnes en formation - Transmission de savoir-faire et réajustement de la transmission - Evaluation des acquis Recommandations pédagogiques Les différents lieux d'exercice sont abordés : domicile, établissement hospitalier, EPHAD, ... Différents outils numériques permettant un apprentissage (réalité virtuelle, MOOC, serious game, ...) peuvent être utilisés.

Modalités d'évaluation du bloc de compétence • Etude de situations relationnelles pouvant comporter une pratique simulée • Evaluation des compétences en milieu professionnel Critères d'évaluation : 1 – Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle 2 – Qualité des soins relationnels auprès des personnes et de leur entourage 3 – Pertinence des informations et conseils apportés à la personne et à son entourage 4 - Qualité de l'accueil et de l'accompagnement d'une personne en formation ou d'un professionnel 5 - Qualité de la formation délivrée à l'apprenant ou au professionnel

Bloc 4 - Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention

Compétences	Modules de formation
8- Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel adaptées en prenant en compte la prévention des risques associés 1. Identifier et choisir le matériel et les produits appropriés, les utiliser en respectant les règles de bonnes pratiques 2. Utiliser les techniques de nettoyage et de désinfection appropriées, pour lutter contre les risques de contamination et les infections associées au soin, en appliquant les règles de bonnes pratiques 3. Appliquer les principes d'hygiène dans les lieux de vie collectifs et à domicile visant à prévenir les infections et leur transmission 4. Respecter les circuits d'entrée-sortie et stockage du linge, des matériels, des dispositifs médicaux et des déchets 5. Respecter les circuits et procédures liés à l'alimentation dans son champ d'activité 6. Adapter ses actions en fonction du lieu d'intervention Critères d'évaluation : 1 – Pertinence de la préparation des opérations d'entretien en fonction de l'analyse de la situation 2 – Pertinence de l'analyse de l'application des règles: - de qualité, d'hygiène, de sécurité, d'ergonomie - de traçabilité - liées aux circuits d'entrée, de sortie, et de stockage du linge, des matériels et des déchets 3 -Conformité du nettoyage, de la pré-désinfection, de la désinfection, de la stérilisation et du conditionnement 9 - Repérer et traiter les anomalies et dysfonctionnements en lien avec l'entretien des locaux et des matériels liés aux activités de soins 1. Evaluer l'efficacité des opérations réalisées, identifier les anomalies et réajuster dans le cadre de ses compétences 2. Repérer les anomalies relatives à l'entretien de l'environnement de la personne et des matériels et alerter 3. Vérifier le bon fonctionnement des matériels liés aux activités de soins Critères d'évaluation : 1 – Pertinence du repérage et du traitement des anomalies 2 – Conformité de la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés 3 - Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'un dysfonctionnement ou d'une situation de travail	Module 8. – Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés Objectifs de formation - Identifier et choisir le matériel et les produits appropriés à différentes situations d'entretien et utiliser les techniques de nettoyage et de désinfection appropriées - Identifier et prendre en compte les risques de contamination et les infections associées aux soins - Identifier et appliquer les règles de bonnes pratiques et les principes d'hygiène dans les lieux de vie collectifs et à domicile - Identifier et prendre en compte les circuits et appliquer les procédures - Repérer les anomalies et dysfonctionnements des locaux et des matériels, les signaler et identifier les mesures appropriées Eléments de contenu • Infection, désinfection et prévention des risques : - Les mécanismes de l'infection ; - Les techniques de nettoyage, de bio nettoyage, de désinfection et de stérilisation ; - Prévention des risques liés à l'infection en milieu ordinaire et en milieu hospitalier : - o Risques d'accident d'exposition au sang - o Risques infectieux dans différents milieux de soins - o Les infections associées aux soins - o Notions sur l'antibiorésistance - Prévention des risques liés à la sécurité en milieu hospitalier : - o Normes d'hygiène publique et de respect de l'environnement - o Risques liés à l'utilisation de produits chimiques et modalités de protection - o Commissions de vigilance - o Formalités de déclaration d'accident - o Rôle du comité d'hygiène et de sécurité • Règles, bonnes pratiques et recommandations : - Règles de bonnes pratiques et recommandations (HAS, sociétés savantes, ...) liées à l'hygiène et la santé environnementale - Les circuits des déchets à l'hôpital : - o Les différents types de déchets et de contenants - o Les obligations légales et réglementaires des établissements - Règles d'identification et d'utilisation des matériels et des produits - Fiches techniques d'utilisation des matériels et des produits - Règles concernant l'isolement des patients - Règles concernant l'élimination des déchets y compris à domicile - Règles concernant le stockage des produits. Principes et règles de rangement selon l'accès et le stockage des produits et matériels

	• Réalisation des opérations d'entretien des locaux et des matériels (approche théorique et pratique) : - Hygiène quotidienne de l'environnement du patient - Nettoyage et désinfection des matériels et de l'environnement direct du malade - Prévention des infections associées aux soins par l'application des techniques d'entretien des locaux et des matériels - Isolement des patients : règles, précautions à respecter - Elimination des déchets hospitaliers solides et liquides résultant des activités de soins et d'hébergement conformément à la réglementation en vigueur : les contenants, les circuits, les délais - Entretien, pré désinfection, nettoyage, désinfection et stérilisation du matériel chirurgical divers et du matériel médico-chirurgical destiné à effectuer des actes aseptiques. ; les opérations et le matériel en unité de stérilisation centrale - Montage, entretien et surveillance du matériel en lien avec les soins aigus, en lien avec le transport des patients ; en lien avec le transport des produits et matériels (le chariot de soins ; le chariot de linge ; ...) - Repérage et traitement des anomalies et dysfonctionnements des locaux et des matériels Recommandations pédagogiques L'évolution des connaissances liées à la santé environnementale est prise en compte. Les différents lieux d'exercice sont abordés : domicile, établissement hospitalier, EPHAD, ... Différents outils numériques (réalité virtuelle, MOOC, serious game, ...) peuvent être utilisés.
Modalités d'évaluation du bloc de compétence • Evaluation à partir d'une situation d'hygiène identifiée en milieu professionnel • Evaluation des compétences en milieu professionnel Critères d'évaluation : 1 – Pertinence de la préparation des opérations d'entretien en fonction de l'analyse de la situation 2 – Conformité de l'application des règles : - o de qualité, d'hygiène, de sécurité, d'ergonomie - o de traçabilité - o liées aux circuits d'entrée, de sortie, et de stockage du linge, des matériels et des déchets 3 - Conformité du nettoyage, de la pré-désinfection, de la désinfection, de la stérilisation et du conditionnement 4 – Pertinence du repérage et du traitement des anomalies 5 – Conformité de la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés 6 - Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'un dysfonctionnement ou d'une situation de travail	

Compétences	Modules de formation
10 - Rechercher, traiter et transmettre, quels que soient l'outil et les modalités de communication, les données pertinentes pour assurer la continuité et la traçabilité des soins et des activités - Rechercher, organiser et hiérarchiser les informations nécessaires à la prise en soins personnalisée - Transcrire les données recueillies, transmettre, par le ou les modalités de communication les plus appropriés, les informations, observations relatives à la personne et à son environnement, à la réalisation d'un soin ou d'une activité - Analyser les situations et relayer des informations pertinentes en lien avec le projet de soins ou de vie construit en équipe pluri-professionnelle Critères d'évaluation : - Fiabilité du recueil des données - Fiabilité et pertinence des données sélectionnées et transmises - Qualité des transmissions	Module 9. – Traitement des informations Objectifs de formation - Rechercher, organiser et hiérarchiser les informations liées aux soins, transcrire et transmettre les données recueillies, - Identifier et utiliser les différentes modalités de communication (écrit, oral, numérique, ...) - Analyser une situation, identifier les informations pertinentes à transmettre et les actions à proposer dans le cadre d'un projet de soins ou de vie Eléments de contenu Techniques de communication écrite Traitement des informations - Information et continuité des soins. - Dossier de soins : composition réglementation, responsabilité, modalités d'utilisation et logiciels dédiés. - Transmissions des données : fonction d'alerte, fonction de surveillance, fonction d'évaluation, analyse des situations et sélection des informations pertinentes - Informatique : notions globales, application à la santé, règlement général sur la protection des données. Recommandations pédagogiques Les différents lieux d'exercice sont abordés : domicile, établissement hospitalier, EPHAD, ... Différents outils numériques permettant un apprentissage (réalité virtuelle, MOOC, serious game, ...) peuvent être utilisés.
11- Organiser son activité, coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle et améliorer sa pratique dans le cadre d'une démarche qualité et gestion des risques - Identifier son propre champ d'intervention au regard des fonctions et activités de chaque professionnel et des lieux et situations d'intervention - Organiser sa propre activité au sein de l'équipe pluri-professionnelle en s'inscrivant dans la planification de l'ensemble des activités et des changements prévisibles - Organiser et prioriser son activité pour répondre aux besoins d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un contexte susceptible de changer - Apporter une contribution au projet de soins, au projet de vie et à tout projet collectif et institutionnel	Module 10. – Travail en équipe pluri professionnelle, traitement des informations, qualité et gestion des risques Objectifs de formation - Identifier son propre champ d'intervention au regard des fonctions et activités de chaque professionnel et des lieux et situations d'intervention - Organiser et prioriser son activité et l'activité d'un groupe de pairs et d'apprenants - Evaluer sa pratique, identifier les axes d'amélioration et ses besoins en formation - Identifier les événements indésirables et les non-conformités - Exercer son activité dans une démarche permanente d'autoévaluation et d'amélioration continue de la qualité de la prise en soins

- Repérer, signaler et déclarer les événements indésirables et les non-conformités et transmettre les informations appropriées - Apporter une contribution à l'évaluation des pratiques en équipe pluri-professionnelle et à la démarche qualité et à la gestion des risques - Evaluer sa pratique, identifier les axes d'amélioration et ses besoins en formation - Proposer des actions d'amélioration contribuant à la qualité et à la gestion des risques et à la prévention des risques professionnels dans son champ de compétences Critères d'évaluation : - Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des acteurs - Pertinence de l'organisation de son activité - Pertinence de la participation à la démarche qualité et gestion des risques - Inscription de ses interventions dans la démarche qualité de la structure - Pertinence de la démarche d'amélioration de sa pratique professionnelle - Pertinence de l'évaluation de ses propres besoins en formation	- Identifier les actions contribuant à la qualité et à la gestion des risques et à la prévention des risques professionnels dans son champ de compétences Eléments de contenu Travail en équipe pluri professionnelle : - La définition de l'équipe de soins et les responsabilités de chaque acteur - La collaboration avec l'IDE et ses modalités dans les soins de la vie quotidienne et les soins aigus - Notions d'organisation du travail, organisation du travail collectif et individuel, législation du travail et du travail posté - Les outils de planification des soins - Organisation des soins au sein d'une équipe pluri professionnelle - Intégration et positionnement au sein d'une équipe de soin pluri professionnelle - Techniques d'organisation et d'animation d'un groupe de pairs et d'apprenants - Projet de soins et projet de vie - Dispositif de coordination des prises en soins, réunions de travail institutionnels et réseaux de soins, groupes projets - Les différentes professions de santé et les limites de leur champ de compétences Démarche qualité et gestion des risques : - Certification des établissements de santé - Démarche et méthodes d'autoévaluation et d'amélioration continue de la qualité de la prise en soins, pour soi-même et en équipe pluriprofessionnelle - Les indicateurs qualité : signification, utilisation - Méthodes et outils d'analyse critique sur les pratiques - Prise en compte de l'éthique, de la bioéthique et de la santé environnementale dans son activité - Les événements indésirables : repérage, procédures, traçabilité, réglementation - Les risques sanitaires - Les différentes ressources d'informations valides indispensables à l'exercice du métier : réglementation, référentiels, recommandations, expertises, ... Recommandations pédagogiques La participation à des actions collectives contribuant à l'amélioration de la qualité des soins (type « chambre des erreurs », ...) est recherchée. Des travaux de groupe avec des étudiants d'autres filières (par exemple, étude de cas en groupe) et la mutualisation des enseignements sont recherchés. Les différents lieux d'exercice sont abordés : domicile, établissement hospitalier, EPHAD, ... Différents outils numériques permettant un apprentissage (réalité virtuelle, MOOC, serious game,...) peuvent être utilisés.
--	---

	Modalités d'évaluation du bloc de compétence • Etude de situation pouvant comporter une pratique simulée • Evaluation des compétences en milieu professionnel
Critères d'évaluation : 1 – Fiabilité du recueil des données 2 - Fiabilité et pertinence des données sélectionnées et transmises 3 – Qualité des transmissions 4 – Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des acteurs 5 - Pertinence de l'organisation de son activité 6 - Pertinence de la participation à la démarche qualité et gestion des risques 7 – Pertinence de la démarche d'amélioration de sa pratique professionnelle 8 - Pertinence de	

4 - Dispositif d'accompagnement des apprenants

L'accompagnement des apprenants s'appuie sur trois modalités d'intervention :

Accompagnement Pédagogique Individualisé (API) : formation)	35h (dans les trois premiers mois de la
Suivi pédagogique individualisé des apprenants :	7h (réparties tout au long de la formation)
Travaux personnels guidés (TPG) : modules)	35 h (réparties au sein des différents

Dispositif d'accompagnement des apprenants
Accompagnement Pédagogique Individualisé (API) Objectifs de formation - Réaliser un accompagnement pédagogique ciblé compte tenu de la diversité des profils et des nouvelles modalités d'accès à la formation Eléments de contenu - Modalités • Positionnement de l'apprenant en lien avec les attendus en termes d'écriture/lecture/compréhension, arithmétique, relations humaines, organisation et outils informatiques • Entretien avec l'apprenant à partir du positionnement : définition des objectifs de l'accompagnement pédagogique individualisé • Accompagnement individualisé pour développer les compétences manquantes et notamment la maîtrise du français • Mise en place, le cas échéant, de dispositifs complémentaires individuels pour renforcer les apprentissages dans un domaine, notamment la maîtrise du français ou de l'arithmétique • Accompagnement à l'explicitation, la formalisation du projet professionnel Recommandations pédagogiques : Ce module obligatoire pour tous les apprenants fait l'objet d'un projet spécifique du projet pédagogique. Les objectifs de ce module seront individualisés en fonction du positionnement au début de la formation. Ce module doit être organisé par l'équipe pédagogique mais peut faire appel à des formateurs spécialisés sur certaines problématiques, comme la maîtrise du français. Le suivi pédagogique prendra le relais de ce dispositif d'accompagnement.
Suivi pédagogique individualisé des apprenants Objectifs de formation - Poursuivre l'accompagnement pédagogique tout au long de la formation Eléments de contenu • Entretiens avec l'apprenant à partir des objectifs de l'accompagnement pédagogique individualisé : points d'étape sur les acquis de l'apprenant et ses difficultés • Apport d'éléments complémentaires, le cas échéant, pour renforcer les acquis de l'apprenant Recommandations pédagogiques : Ce suivi prend le relais du module API.

TPG (travaux personnels guidés)

Objectifs de formation - Accompagner le travail personnel : travail préparatoire en amont des apports, temps de révisions, ... Eléments de contenu • Accompagnement individuel du travail personnel pour les apprenants les plus en difficulté sur cet axe, à partir des objectifs définis en suivi pédagogique individualisé • Guidage collectif du travail personnel : apport de méthodes d'organisation et d'apprentissage, fixation d'objectifs • Apport de méthodes dans le domaine de l'expression orale et écrite et dans le domaine de l'analyse de l'information, afin d'être capable de hiérarchiser et d'interpréter les informations Recommandations pédagogiques : Il s'agit d'un dispositif d'aide à la réussite qui doit être intégré dans le projet pédagogique de l'institut. Ces TPG collectifs ou individuels peuvent s'appuyer sur des supports pédagogiques variés. La durée de 35h peut être répartie au sein de différents modules.
--

Annexe 7 : Mail de contact IFAS

Bonjour,

Je suis actuellement en 5ème année d'étude d'orthophonie, et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'interroge sur la formation initiale des aides-soignants sur les troubles de la déglutition chez la personne âgée.

Pour la partie pratique, je souhaite effectuer des entretiens avec des formateurs de différents IFAS sur ce sujet. C'est pourquoi je vous sollicite afin de savoir s'il est possible de rencontrer un formateur de votre IFAS et d'en discuter avec lui.

Si toutefois, ce sujet n'est pas abordé dans votre contenu théorique, il serait aussi intéressant pour moi de pouvoir échanger avec une personne de l'équipe pédagogique.

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Bien cordialement

Fontas Maéva
5A Orthophonie
Université de Poitiers

Annexe 8 : Guide d'entretien

THEMES	OBJECTIFS	QUESTIONS	RELANCES
INTRODUCTION	<i>Consigne qui pose le cadre de l'entretien</i>	Bonjour, je m'appelle Maéva Fontas et je suis étudiante en cinquième année d'orthophonie et comme je vous l'ai déjà dit par mail, dans le cadre de mon mémoire, je m'interroge sur la formation initiale des aides-soignants concernant les troubles de la déglutition chez la personne âgée en EHPAD. Aujourd'hui, je m'entretiens avec vous car vous êtes formateur en IFAS. Si vous êtes d'accord, je vais enregistrer notre entretien sachant que les données seront détruites à la fin de leur traitement. Cet entretien durera environ 1h et je vais vous poser des questions auxquelles vous pourrez répondre librement. Si je ne me fais pas bien comprendre sur un point, n'hésitez pas à me le dire.	
		Pouvez-vous me parler de votre parcours?	
	<i>Faire connaissance avec l'interlocuteur</i>	Qu'est-ce qui vous a amené à être formateur en IFAS?	
		Pour quelles raisons vous-êtes vous intéressé aux troubles de la déglutition dans la formation des aides-soignants?	
		Depuis combien de temps donnez-vous les cours sur les troubles de la déglutition?	
LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION : LA FORMATION THÉORIQUE	<i>Connaître les modalités de la formation théorique sur les troubles de la déglutition et si le rôle de l'orthophoniste y est présenté</i>		Si non, pour quelles raisons?
		Dans votre IFAS, abordez vous la problématique des troubles de la déglutition?	Est-ce que les troubles de la déglutition sont abordés dans des cours non-spécifiques? Si oui, lesquels et comment sont-ils organisés?
		Dans quel bloc et module de compétences abordez vous la notion des troubles de la déglutition?	
		Selon vous, pour quelles raisons les troubles de la déglutition sont-ils abordés dans la formation initiale des aides-soignants ?	
		Pouvez-vous me dire si le nouveau référentiel de formation a eu un impact sur le traitement des troubles de la déglutition dans la formation?	Si oui, pouvez-vous m'expliquer comment cela se traduit?
		De quelle manière les cours sur les troubles de la déglutition sont-ils abordés dans votre IFAS ?	Combien d'heures sont faites ?
			Comment sont abordés les facteurs de risques des troubles de la déglutition?
			Comment est abordé le dépistage des troubles de la déglutition?
			Comment traitez-vous la prise en charge de ces troubles dans vos cours? (aménagement de l'environnement, soins de bouche, adaptation des aliments)

			Qu'enseignez-vous à vos étudiants sur leurs rôles et missions concernant les troubles de la déglutition?
		Comment la collaboration avec les autres professionnels est-elle abordée dans ces cours ?	De quels types de professionnels parlez-vous lors de ces cours ?
			Que pouvez-vous me dire sur ce qui est dit concernant leurs rôles?
		Parlez-vous du rôle de l'orthophoniste?	Si oui, de quelle manière?
			Si non, pour quelles raisons?
		Dispensez-vous certains cours sous forme de TD?	Oui : Pouvez-vous m'expliquer comment se passent ces TD? (taille du groupe, mise en pratique du cours magistral, positionnement en tant que professionnel évoluant dans une équipe pluridisciplinaire)
Non : Pour quelles raisons?			
	Pouvez-vous me dire de quelle manière sont évalués les cours sur les troubles de la déglutition?	Utilisez-vous des mises en situations pour ces évaluations ?	
LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION : LA FORMATION PRATIQUE	Connaître les modalités de la formation pratique sur les troubles de la déglutition	La gestion des troubles de la déglutition est-elle évaluée en stage ?	Oui : Qu'est-ce qui vous a amené à proposer une telle évaluation?
		Quels sont les critères d'évaluations sur la notion des troubles de la déglutition ?	Non : Pour quelles raisons?
			Quels thèmes en lien avec les troubles de la déglutition sont évalués? (aménagement de l'environnement, soins de bouche, dépistage, adaptation des textures, alerte)
			De quelle manière cette évaluation compte-t-elle dans la validation des stages?
LES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE	Connaître les spécificités enseignées concernant les troubles de la déglutition chez la personne âgée vivant en EHPAD	Dans votre IFAS, abordez vous la problématique des troubles de la déglutition chez la personne âgée ?	Combien d'heures sont faites ?
			Comment sont abordés les facteurs de risques des troubles de la déglutition chez la personne âgée ?
			Comment est abordé le dépistage des troubles de la déglutition chez les personnes âgées ?
		Dans votre IFAS, abordez vous la problématique des troubles de la déglutition de la personne âgée vivant en EHPAD?	Quelles spécificités abordez vous dans le contexte de l'EHPAD ?
			Qu'enseignez-vous à vos étudiants aides-soignants sur leur rôles et missions concernant les troubles de la déglutition des personnes âgées vivant en EHPAD ?
			Comment sont abordées les différentes adaptations faites en EHPAD concernant les troubles de la déglutition? (hygiène-bucco dentaire, adaptation de l'environnement et les postures)

			Comment est abordé la communication avec le patient est-elle abordée?
			Comment traiter vous l'avis du patient dans l'acte alimentaire? (refus de s'alimenter notamment)
		Parlez-vous du rôle de l'orthophoniste dans la prise en soin des troubles de la déglutition chez les personnes âgées vivant en EHPAD ?	Si non, pour quelles raisons?
			Si oui, de quelle manière?
			Comment abordez-vous les recommandations données par les orthophonistes ?
TRANSITION	Nous avons terminé la partie sur les troubles de la déglutition. Maintenant, j'aimerais vous parler de la notion de "fragilité".		
LA FRAGILITÉ La notion sera abordée s'il n'y a pas de cours sur les troubles de la déglutition dans l'IFAS	Savoir comment est traitée la notion de "fragilité" en termes théoriques et si cela pourrait être un levier pour introduire les troubles de la déglutition de la personne âgée en EHPAD dans la formation	Dans votre IFAS, y a-t-il des cours sur la fragilité? Connaissez vous cette notion?	Que pouvez-vous m'en dire?
		Dans votre IFAS, y a-t-il des cours sur la fragilité?	Si non, pouvez-vous me dire pour quelles raisons?
		Dans quel bloc et module de compétences situez- vous ce cours?	Pensez-vous que les troubles de la déglutition pourraient-être abordés dans la notion de fragilité?
			Pour quelles raisons ?
		Combien d'heures sont dispensées ?	
		Quelles sont les notions abordées pendant ces cours?	Comment sont abordés les facteurs de risques de la fragilité?
			Comment est abordée l'évaluation de la fragilité?
De quels types de professionnels parlez-vous lors des cours sur la fragilité?			
TRANSITION	Nous avons terminé la partie sur fragilité. Maintenant, j'aimerais vous parler des supports de formation.		
LES SUPPORTS DE FORMATION	Avoir accès aux supports	Serait-il possible de me transmettre votre support de cours sur les troubles de la déglutition? Il me permettrait de préciser ma démarche. Il ne sera pas diffusé.	
TRANSITION	Nous avons terminé la partie sur les supports de formation. Maintenant, j'aimerais vous parler de l'orthophonie.		
LA PLACE DE L'ORTHOPHONISTE DANS LA FORMATION INITIALE	Connaître la façon dont la collaboration avec les orthophonistes pour la mise en place de ces cours est envisagée ou est faite	Selon-vous, quel serait le rôle des orthophonistes dans la formation initiale des aides-soignants ? (si les cours ne sont pas dispensés par un orthophoniste)	
		Qu'est-ce qui vous a amené à contacter un orthophoniste pour effectuer ces cours ? (si les cours sont dispensés par un orthophoniste)	
TRANSITION	Nous avons terminé la partie sur le rôle de l'orthophoniste dans la formation initiale. Nous allons conclure cet entretien.		
OUVERTURE ET CONCLUSION	Mettre en évidence les manques de la grille d'entretien	Qu'est-ce que vous auriez aimé aborder que nous n'avons pas vu au cours de l'entretien?	

	<i>Connaître les raisons pour lesquelles le formateur a accepté l'entretien</i>	Qu'est-ce qui vous a amené à accepter de participer à cette étude?	
	<i>Recommandation</i>	Est-ce que des personnes de votre connaissance accepteraient de participer à cette étude ?	
	<i>Conclusion de l'entretien</i>	Nous sommes arrivés au terme de l'entretien. Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé.	

Annexe 9 : Documents d'autorisation de captation de la voix et de protection des données



Autorisation de captation et d'exploitation d'images, d'enregistrement audio et/ou vidéo

Civilité	M.	Mme.
NOM, Prénom		
Adresse électronique		

Dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de fin d'études en orthophonie, Maéva Fontas organise un entretien et souhaite vous enregistrer dans le but de recueillir des informations concernant la formation initiale des aides-soignants sur les troubles de la déglutition.

L'exploitation et la conservation des données collectées se feront avec votre accord, exclusivement dans les conditions définies ci-dessous. Les enregistrements ne seront pas conservés au-delà de la période indiquée.

Vous disposez de droits d'accès à vos données, de rectification et de retrait de votre consentement.

Titre du mémoire	Les troubles de la déglutition en EHPAD : la formation des aides-soignants		
But du projet (finalité)	Etats des lieux de la formation initiale des aides-soignants sur les troubles de la déglutition		
Investigateur(s) et personne(s) responsables(s) du projet	Nom	Prénom	Fonction
	Fontas	Maéva	Etudiante en orthophonie
Captation	Photographie ☐	Voix ☐	Vidéo ☐
Conservation	Durée	3 mois	
	Support	Imprimé ☐	Numérique ☐
Exercice des droits (accès, rectification, effacement)	Délégée à la protection des données - dpo@univ-poitiers.fr		

Je soussigné(e) _____, reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la captation et l'exploitation de ma voix, à titre gratuit, selon les modalités ainsi définies.

Fait à _____, le _____

Signature

Protection des données personnelles Information destinée aux participants

L'Université de Poitiers met en œuvre un traitement de vos données personnelles dans le cadre de la rédaction d'un mémoire d'orthophonie.

L'Université de Poitiers est attachée à la protection de la vie privée de la communauté universitaire dans le respect du règlement européen (UE) 2016/679 du parlement Européen et du Conseil du 27 Avril 2016 et de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée.

Ces textes imposent au responsable de traitement une mise à disposition d'une information claire, compréhensible et facilement accessible par les personnes concernées par le traitement.

Responsable de traitement

L'Université de Poitiers, représentée par Mme la Présidente, est responsable de traitement.

Bases juridiques du traitement

Mission d'intérêt public (Article 6.1.e RGPD)

Finalités du traitement

Faire un état des lieux sur la formation des aides-soignants sur les troubles de la déglutition

Données collectées

Les données collectées sont les suivantes :

- Nom
- Prénom
- Adresse mail
- Profession
- Parcours universitaire
- Parcours professionnel
- La voix

Destinataires des données

Le référent opérationnel a accès à l'ensemble des données identifiantes que sont les nom, prénom, adresse mail et la voix.

Le référent opérationnel et les coréférents de l'étude ont accès aux données sur la profession, le parcours universitaire et le parcours professionnel.

Transfert de données

Aucun transfert de données n'est effectué en dehors de l'Union Européenne.

Durée de conservation

La voix sera conservée 3 mois.

Les autres données (nom, prénom, adresse mail, profession, parcours universitaire et professionnel) seront conservées 8 mois.

Exercice de vos droits

Vous disposez du droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement et d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'UFR Médecine/Pharmacie ou auprès du délégué à la protection des données à l'adresse dpo@univ-poitiers.fr.

Si la réponse apportée demeurerait insatisfaisante, il est possible d'adresser une réclamation à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) :

3 place de Fontenoy
TSA 80715
74334 Paris Cedex 07
www.cnil.fr

RÉSUMÉ

La dysphagie en EHPAD : état des lieux de la formation initiale des aides-soignants

La dysphagie est une pathologie très présente chez la personne âgée vivant en institution. Sa répercussion est importante au niveau de la santé générale du patient. Pourtant, elle reste souvent sous-estimée par le personnel soignant. En EHPAD, les aides-soignants, professionnels de première ligne, doivent connaître et reconnaître les signes de la dysphagie afin d'alerter les professionnels évaluant cette pathologie, dont l'orthophoniste, et comprendre les recommandations faites pour les mettre en place de façon adaptée. Nous avons supposé que la formation initiale des aides-soignants limitait, en France, la prise en charge de la dysphagie en EHPAD. Nous nous sommes aussi interrogés sur la manière dont les étudiants étaient informés du rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de la dysphagie au sein des EHPAD, ainsi que sur la façon dont l'orthophoniste pourrait contribuer à cette formation initiale. Par le biais d'une analyse qualitative basée sur des entretiens semi-directifs, nous avons rencontré sept professionnels de la formation initiale des aides-soignants. Il a été confirmé que les étudiants aides-soignants manquaient d'informations sur la dysphagie en EHPAD ainsi que sur le rôle de l'orthophoniste dans sa prise en charge. Enfin les professionnels de la formation des aides-soignants reconnaissent l'expertise de l'orthophoniste sur la dysphagie et sont favorables à son intervention pour la transmission des informations liées à la dysphagie en EHPAD. Les résultats de cet état des lieux soulignent la nécessité de renforcer la formation initiale des aides-soignants en la matière.

Mots-clés : dysphagie, EHPAD, aides-soignants, formation initiale, orthophoniste

ABSTRACT

Dysphagia in « EHPAD »: the state of play in the initial training of « aides-soignants »

Dysphagia is a common condition in institutionalized elderly. The impact of dysphagia is an issue the patient global health. However, this disorder is underestimated by the nursing staff. In *EHPAD*, *aides-soignants* need to know and recognize symptoms of dysphagia to alert professional assessing including speech and language therapist. The aim of our french study was to determine whether the initial training of *aides-soignants* limits the management of dysphagia in *EHPAD*. Then we investigated the information provided to *aides-soignants* students on the role of speech and language therapist in this management but also how the speech and language therapist could contribute to the initial training. Seven professionals involved in the initial training of *aides-soignants*, were interviewed and included in a qualitative analysis. We have demonstra that *aides-soignants* students had a lack of knowledge about dysphagia in *EHPAD* and not informed about the role of the speech and language therapist in its management. Finally, the expertise and intervention of speech therapists in the area of dysphagia was recognized succesfull and reccomended in the *aides-soignants* initial training. That study suggests that initial training of *aides-soignants* on dysphagia needs to be strengthened.

Keywords : dysphagia, *EHPAD*, *aides-soignants*, initial training, speech and language therapist