



L'OBSERVATOIRE

DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Juin 2016 - Numéro 42

édito

Les recherches récentes ont montré l'importance des interrelations entre les fonctions sensorielles et cognitives. Au cours du vieillissement, les déclin conjoints de ces fonctions interagissent pour contribuer fortement à la perte de l'autonomie de la personne. Face à ce constat, la Fondation Médéric Alzheimer a, dès 2013, inclus ces questions dans sa réflexion. Grâce à la contribution d'un groupe multidisciplinaire d'experts, composé de spécialistes du sensoriel et de la maladie d'Alzheimer, la Fondation a pu dresser un état des lieux des connaissances sur les cinq sens, leurs interactions avec les capacités cognitives et la prise en compte du sensoriel dans le repérage des troubles cognitifs. Ce groupe expert a également effectué un tour d'horizon des interventions psychosociales utilisant les perceptions sensorielles comme vecteur,

dans un but de réhabilitation cognitive ou d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs grâce au soutien apporté à de nombreuses initiatives de terrain innovantes, la Fondation a mieux appréhendé les enjeux liés au sensoriel et décidé de lancer une enquête à laquelle près de 2200 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont participé. Cette enquête s'est intéressée à la prise en compte du sensoriel dans toutes ses dimensions : repérage des troubles, compensation des déficits au plan individuel et collectif, activités thérapeutiques. Ses résultats mettent en évidence les besoins dans ces différents domaines. En effet, les personnes atteintes de troubles cognitifs sont défavorisées en matière de prise en charge des troubles sensoriels, nutritionnels et de soins bucco-dentaires. Les établissements d'hébergement manquent d'outils pour repérer les déficiences sensorielles et de moyens pour modifier leur environnement dans le but de compenser ces déficits. Il est à souligner que nombre d'établissements ont intégré cette préoccupation, et mis en place des interventions psychosociales fondées sur les stimuli sensoriels. Leurs efforts dans ce domaine doivent être reconnus et soutenus. ■

Marie-Antoinette Castel-Tallet et Hervé Villet

chiffres-clés de l'enquête

■ 33 % des Ehpad procèdent au repérage systématique des déficits visuels et auditifs chez tous leurs résidents. Seulement 4 % des Ehpad réalisent une évaluation des capacités olfactives de leurs résidents. ■ 6 % des Ehpad disposent de protocoles et de

recommandations pour le repérage des troubles de la vision et de l'audition chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. ■ 42 % des Ehpad alertent la personne elle-même, alors que 90 % d'entre eux alertent la famille ou le médecin traitant, lorsqu'une déficience visuelle ou auditive ou un trouble bucco-dentaire est détecté chez un résident atteint de la maladie d'Alzheimer. ■ 79 % des Ehpad se déclarent confrontés aux difficultés d'accompagnement des résidents vers les lieux de consultation et de soins, 78 % mentionnent les difficultés de réalisation des soins dentaires chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. ■ 55 % des Ehpad ont pris des mesures pour adapter l'éclairage aux déficiences visuelles des résidents, et 33 % pour adapter la signalétique. ■ 76 % des Ehpad participent à la semaine du goût. ■ 52 % des Ehpad ont mis en place la pratique du « manger main » (à l'attention des personnes ne pouvant plus se servir de couverts). ■ 56 % des Ehpad ont un jardin utilisé pour des activités à vocation thérapeutique. ■ Parmi les 41 % d'Ehpad qui proposent des activités de musicothérapie, un sur trois dispose d'un musicothérapeute. ■

Le sensoriel et la maladie d'Alzheimer* en Ehpad

Cette enquête, menée de manière conjointe avec l'enquête nationale 2015 auprès de l'ensemble des Ehpad recensés en France, avait plusieurs objectifs. Il s'agissait en premier lieu d'évaluer, parmi les personnes hébergées en Ehpad, la prévalence¹ des déficits sensoriels ayant un retentissement sur leur vie quotidienne, ainsi que celle des troubles bucco-dentaires et celle de la dénutrition (en effet, les perceptions olfactives ont une influence sur les conduites alimentaires). En deuxième lieu, cette enquête s'est intéressée aux pratiques des établissements en matière de repérage et de prise en charge des troubles sensoriels chez leurs résidents. Un troisième objectif consistait à dresser un état des lieux des mesures collectives destinées à compenser les déficiences visuelles et auditives des résidents, à assurer leur confort olfactif et à compenser les troubles des conduites alimentaires. Enfin notre enquête a permis de recenser les activités et les interventions basées sur la stimulation sensorielle à destination des résidents atteints de troubles cognitifs.

Parmi les 7440 Ehpad recensés par la Fondation en 2015, 2176 établissements ont répondu, soit un taux de participation global de 29 %. ■■■

La Fondation Médéric Alzheimer remercie vivement les Ehpad pour le temps qu'ils ont consacré à cette enquête.

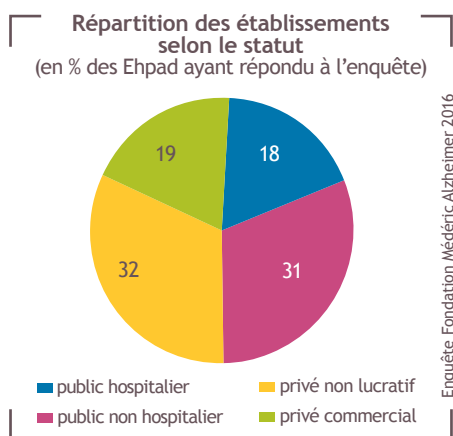
¹ La prévalence d'une maladie est le nombre (ou le pourcentage) de personnes touchées au sein d'une population.



■ Caractéristiques des établissements

La répartition par statut des 2176 établissements répondants est de 49 % pour le secteur public (dont 18 % dépendant d'un établissement hospitalier public), 32 % pour le secteur privé non lucratif et 19 % pour le secteur privé commercial. Comparativement à l'ensemble des Ehpad interrogés pour l'enquête, la répartition de ces trois secteurs est respectivement de 45 %, 32 % et 23 %. Il apparaît donc que le taux de réponse est plus élevé dans le secteur public (32 %) que dans le secteur privé commercial (24 %).

Le GIR moyen pondéré (GMP)², connu pour 2053 Ehpad, est en moyenne de 714, avec un minimum de 380 et un maximum de 944. Il varie selon le statut : 734 pour le secteur public hospitalier, 708 pour le public non hospitalier, 697 pour le privé non lucratif et 732 pour le privé commercial. Le Pathos moyen pondéré (PMP)³ a été renseigné par 1881 Ehpad. La moyenne est de 201 et les valeurs minimale et maximale de 100 et de 811. Les valeurs moyennes selon le statut sont 214 pour le secteur public hospitalier, 197 pour le public non hospitalier, 195 pour le privé non lucratif et 204 pour le privé commercial. Ces chiffres sont proches des moyennes nationales publiées par la CNSA, en 2013, 693 pour le GMP et 198 pour le PMP. [1]



97 % des Ehpad répondants accueillent à l'entrée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou de maladies apparentées). 60 % ont au moins un dispositif spécialisé pour l'accueil de ces personnes (unité spécifique Alzheimer, UHR ou espace dédié aux activités de jour labellisé – PASA – ou non labellisé), ou sont entièrement dédiés à cette population. Ces Ehpad, disposant d'un secteur spécialisé Alzheimer, ont des valeurs de GIR moyen pondéré et de Pathos moyen pondéré supérieures à celles des autres établissements (723 contre 699 pour le GMP et 203 contre 197 pour le PMP).

Afin de mieux connaître l'environnement des Ehpad, il a été demandé à ceux qui sont rattachés à un établissement hospitalier public, de quels services spécialisés ils disposaient. 48 % des Ehpad publics hospitaliers ayant répondu à l'enquête ont déclaré disposer en interne d'une consultation ORL, 43 % d'une consultation d'ophtalmologie (37 % disposent des deux), et 24 % d'un centre de consultation et de soins dentaires.

Indépendamment de leur statut, parmi les Ehpad ne disposant pas d'un centre de consultation dentaire en interne, 22 % ont déclaré bénéficier du passage de chirurgiens-dentistes et 13 % profiter d'un réseau dentaire ou d'un cabinet dentaire mobile type bucco-bus (en zone rurale). Ces pourcentages sont plus élevés dans le secteur privé que dans le secteur public. ■

² Le GIR moyen pondéré (GMP) correspond au niveau moyen de dépendance des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Plus le GMP est élevé, plus le niveau de dépendance des résidents est important.

³ Le Pathos moyen pondéré (PMP) est l'indicateur global de charge en soins pour la prise en charge de la poly-pathologie des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Plus le PMP est élevé, plus la charge en soins des résidents est importante.

■ Repérage des déficits sensoriels, des troubles bucco-dentaires et nutritionnels

Les établissements étaient invités à indiquer le nombre total de résidents et le nombre de ceux atteints de la maladie d'Alzheimer, présentant des déficits visuels et auditifs, des problèmes bucco-dentaires et nutritionnels. L'information a pu être obtenue pour environ 1600 établissements, soit une population d'environ 130 000 résidents. On constate que la prévalence des déficits auditifs et visuels présente des écarts significatifs mais faibles entre l'ensemble des résidents et ceux atteints de la maladie d'Alzheimer : respectivement 23,7 % et 22,9 % pour les déficits auditifs et 21,7 % et 22,2 % pour les troubles visuels. En revanche, la proportion de personnes malentendantes appareillées est sensiblement plus faible chez les personnes malades (35,7 % contre 43,5 %). Concernant les troubles bucco-dentaires non ou mal compensés, la prévalence est plus élevée parmi les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (30,2 %) que parmi l'ensemble des résidents (23,3 %). Il en est de même pour les problèmes nutritionnels : 28,9 % chez les personnes malades contre 22,8 % pour l'ensemble des résidents.

Il faut préciser que la proportion de personnes

atteintes de troubles auditifs, est légèrement mais significativement plus élevée chez tous les résidents lorsque l'établissement procède à un repérage systématique des déficiences auditives et visuelles (24,6 %) par rapport à ceux qui n'en réalisent pas (23,4 %). La même constatation est faite en ce qui concerne

la prévalence observée chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer : 24,2 % en cas de repérage systématique, contre 22,5 % sans repérage systématique.

Un tiers des Ehpad répondants déclarent procéder de façon systématique au repérage des troubles auditifs et visuels auprès de

Prévalence des déficits visuels et auditifs et des troubles bucco-dentaires et nutritionnels chez les résidents des Ehpad (en % sur les résidents de l'ensemble des Ehpad ayant renseigné la question)			
	personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	personnes non atteintes de la maladie d'Alzheimer	ensemble des résidents
personnes atteintes de déficit auditif avec retentissement sur la vie quotidienne	22,9	24,3	23,7
<i>dont personnes appareillées</i>	35,7	48,6	43,5
personnes atteintes de troubles visuels non ou mal prises en charge (lunettes inadaptées, cataracte non opérée, glaucome, DMLA)	22,2	21,4	21,7
personnes atteintes de problèmes bucco-dentaires non ou mal compensés (remplacement ou appareillage non réalisé, prothèse mal adaptée, inutilisée ou perdue) entraînant un déficit masticatoire	30,2	18,5	23,3
personnes souffrant de dénutrition ou de troubles du comportement alimentaire	28,9	18,7	22,8

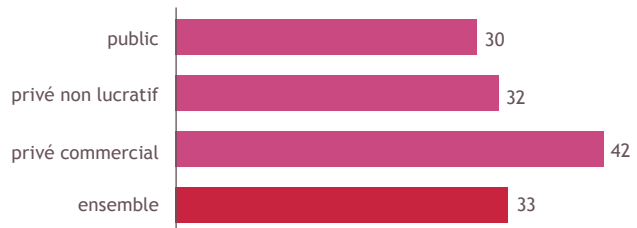
Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2016

l'ensemble des résidents. Au terme d'une analyse combinant plusieurs variables, on constate que, « toutes choses égales par ailleurs », cette proportion est plus forte dans le secteur privé commercial (42 %) que dans les secteurs public et privé non lucratif. Cette pratique de dépistage semble également plus répandue lorsque l'Ehpad propose certaines activités : art-thérapie, ateliers olfactifs, jardin thérapeutique. Pour les établissements hospitaliers publics, l'existence d'une consultation d'ophtalmologie en interne est un élément favorisant cette pratique.

Parmi les établissements qui déclarent ne pas procéder à un repérage systématique, les principales raisons invoquées sont le manque de temps et de moyens en personnel (14 %), la pratique d'un repérage au cas par cas (10 %), le manque de moyens techniques (7 %).

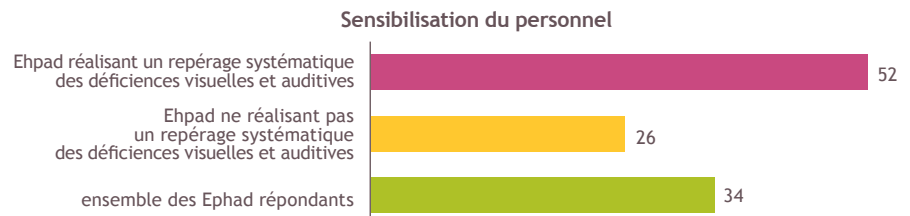
En ce qui concerne plus particulièrement les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, 34 % des Ehpad répondants ont déclaré que leur personnel était sensibilisé au repérage des troubles de la vision et de l'audition chez ces personnes. Cette sensibilisation apparaît liée à la pratique du repérage systématique des troubles auditifs et visuels chez tous les résidents. Elle semble également plus répandue dans les Ehpad qui proposent la luminothérapie, le toucher-massage ou la musicothérapie. Selon le statut de l'établissement, cette sensibilisation du personnel se retrouve plus souvent dans le secteur privé que dans le secteur public.

Proportion d'Ehpad réalisant un repérage systématique des déficiences visuelles et auditives chez tous les résidents (en % des Ehpad ayant répondu à l'enquête)



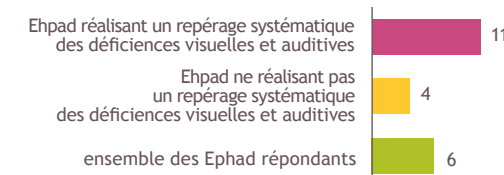
Enquête FMA 2016

Proportion d'Ehpad sensibilisant leur personnel au repérage des déficiences visuelles et auditives chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et disposant de protocoles, guides et recommandations à cette fin (en % des Ehpad ayant répondu à l'enquête)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2016

Utilisation des protocoles, guides et recommandations



Lecture : 52 % des Ehpad réalisant un repérage systématique des déficiences visuelles et auditives sensibilisent leur personnel au repérage de ces déficiences chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Seulement 6 % des Ehpad répondants ont déclaré disposer de protocoles, de recommandations ou de guides pour le repérage des

troubles de la vision et de l'audition chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Toutes choses égales par ailleurs, le fait ■■■



Agnès Giboreau,
directrice de la recherche,
Institut Paul Bocuse, Ecully (69)

Comment stimuler l'appétit à travers l'olfaction et le goût chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Comme les autres sens, les capacités de perception olfactives et gustatives diminuent avec l'âge. Il est donc conseillé de veiller à l'assaisonnement des plats pour

s'assurer que les aliments ne sont pas fades. Notons que ce que l'on dénomme communément le goût fait référence à toutes les sensations perçues lors de la dégustation, la gustation, l'odorat, les sensations piquantes. Au cours d'une récente collaboration avec AgroParisTech et Orpea*, nous avons démontré avec Virginie Pouyet** que le renforcement du « goût » des plats à l'aide d'ingrédients particulièrement goûteux, aromatiques ou piquants, est un moyen de stimuler l'appétit chez les résidents en Ehpad, également chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. La différence entre les résidents avec ou sans troubles associés à la maladie d'Alzheimer ne porte pas sur la réponse aux stimuli sensoriels, mais sur la reconnaissance et la signification. Autrement dit, un résident atteint de la maladie d'Alzheimer peut ne pas reconnaître le « goût » du bœuf bourguignon mais il percevra s'il est fade ou relevé, et prendra plus de plaisir à manger dans ce dernier cas.

Comment présenter les mets (couleur, texture) destinés aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Selon la même logique, il est préférable que les stimulations visuelles et tactiles soient marquées pour donner envie de manger. Nous avons par exemple montré que des bouchées présentant des contrastes visuels en mixant les légumes séparément de la viande (ou du poisson) étaient plus souvent choisies, davantage appréciées et consommées par des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Quels sont les travaux de recherche à poursuivre dans le domaine de la nutrition pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Il me semble particulièrement important de poursuivre la compréhension du rôle du plaisir de manger pour mieux y répondre en proposant des offres culinaires variées et adaptées aux différents profils de personnes. Nous nous intéressons ainsi à la variété des sensations offertes au cours du repas qui stimulent l'envie de manger mais aussi à la présentation des aliments (quantité, forme, dressage, vaisselle...). ■

Propos recueillis par Marie-Antoinette Castel-Tallet

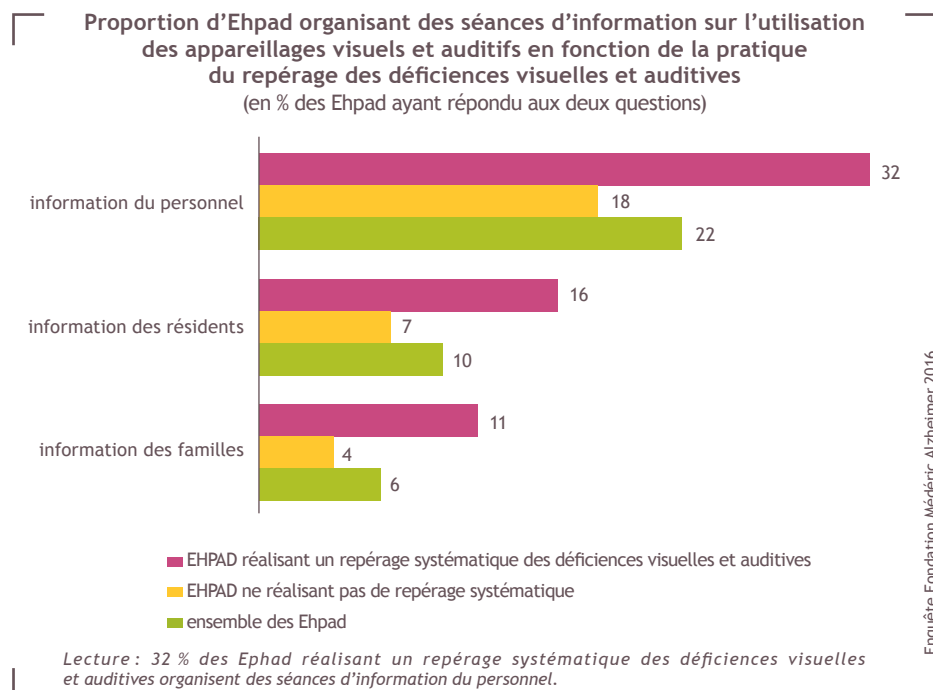
*Pouyet V et al. Influence of flavour enhancement on food liking and consumption in older adults with poor, moderate or high cognitive status. Food Quality and Preference 2015; 44: 119-129.

**Ingénieur agronome, doctorante en sciences des aliments Institut Paul Bocuse.



de disposer de ces outils est significativement corrélé à la sensibilisation du personnel au repérage systématique des troubles auditifs et visuels chez tous les résidents. En outre, les Ehpad qui déclarent disposer de ces protocoles, guides, recommandations sont deux fois plus nombreux dans le secteur privé que dans le secteur public. Parmi ceux déclarant en disposer, un Ehpad sur quatre s'appuie sur les documents émanant de la Haute Autorité de santé (HAS) ou de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), et un sur huit utilise l'outil Mobiquat⁴.

10 % des Ehpad répondants dispensent à l'attention des résidents des séances d'information et de sensibilisation à l'utilisation des appareillages visuels et auditifs. 22 % des Ehpad ont déclaré donner cette information au personnel et 6 % aux familles. Qu'il s'agisse d'information à destination des résidents, du personnel ou des familles, on constate que la pratique est plus fréquente d'une part dans les établissements du secteur privé, et d'autre part lorsque l'Ehpad procède au repérage systématique des troubles visuels et auditifs chez les résidents. L'évaluation des capacités olfactives des résidents est une pratique peu répandue: seule-



ment 4 % des Ehpad ayant répondu à l'enquête ont déclaré la réaliser. Cette évaluation est pratiquée deux fois et demie plus souvent dans les Ehpad qui déclarent procéder systématiquement au repérage des déficits visuels et auditifs auprès de leurs résidents que dans

ceux qui ne le font pas. Elle est également fortement corrélée à l'existence d'ateliers olfactifs. ■

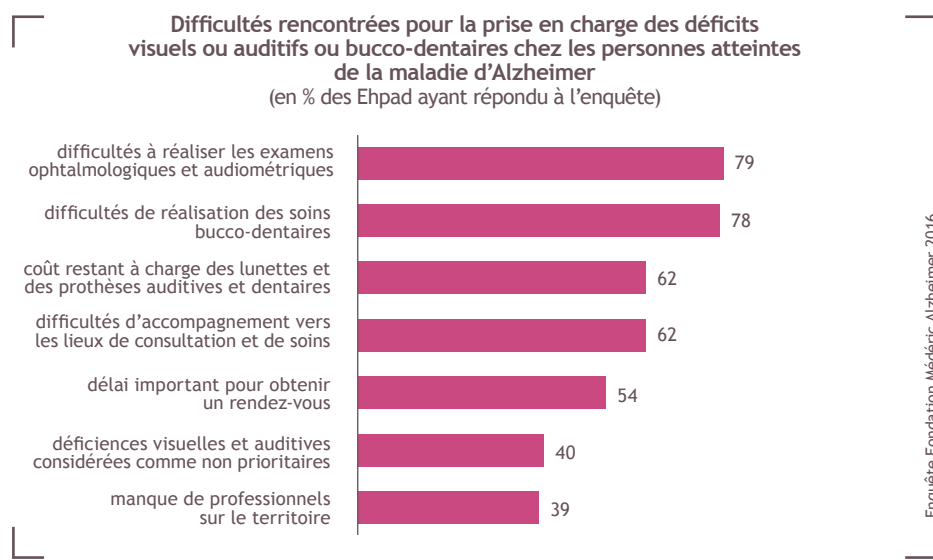
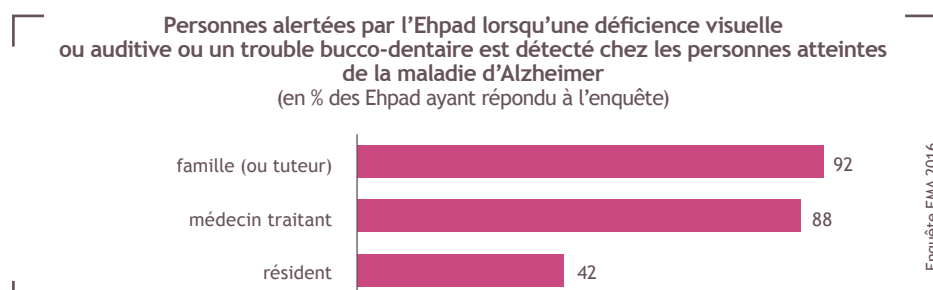
⁴ Outil élaboré par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG): mobilisation par l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles.

Mesures individuelles prises pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer

Lorsqu'une déficience visuelle ou auditive ou un problème bucco-dentaire est détecté chez un résident atteint de la maladie d'Alzheimer, l'attitude la plus répandue parmi les Ehpad ayant participé à l'enquête (92 %) est d'alerter la famille (ou le mandataire judiciaire si la personne est sous protection juridique). Pratiquement autant d'établissements (88 %) déclarent avertir le médecin traitant.

Le résident est beaucoup moins souvent alerté: seulement 42 % des Ehpad répondants déclarent l'avertir (indépendamment de la famille ou du médecin). Cette pratique semble plus fréquente dans les établissements publics que dans les établissements privés. Elle est nettement plus fréquente également dans les Ehpad déclarant effectuer un repérage systématique des déficiences auditives et visuelles. Elle n'apparaît pas liée au fait que l'Ehpad dispose d'un secteur spécifique Alzheimer.

En combinant les réponses aux trois questions, 41 % des Ehpad ayant répondu à l'enquête ont pour pratique d'avertir le médecin traitant et la famille, mais pas le résident, et 41 % d'avertir les trois interlocuteurs. Aucun établissement ne déclare alerter uniquement les résidents.



Invités à indiquer les principales difficultés rencontrées pour la prise en charge des déficits visuels, ou auditifs, ou des problèmes bucco-dentaires détectés chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, les Ehpad ont cité le plus souvent (79 %), les difficultés d'accompagnement vers les lieux de consultation et de soins (notamment la prise en charge des transports). Les Ehpad du secteur privé l'ont moins souvent mentionnée que ceux du secteur public.

La difficulté de réalisation des soins bucco-dentaires chez les personnes atteintes

de troubles cognitifs a été citée par 78 % des établissements répondants.

Le coût des lunettes et des prothèses auditives et dentaires restant à la charge de la personne est un obstacle mentionné par 62 % des établissements répondants, plus souvent dans le secteur public hospitalier que dans le secteur privé commercial (cela pourrait être lié au niveau de revenu des personnes hébergées). La difficulté à réaliser des examens ophtalmologiques et audiométriques est également évoquée par 62 % des établissements. Moins souvent sont mentionnés les problèmes liés

à la démographie des professions de santé : le délai important pour avoir un rendez-vous (54 %) et le manque de professionnels dans le territoire (39 %), sont les deux difficultés le plus souvent mentionnées par les Ehpad qui ne procèdent pas à un repérage systématique des troubles visuels et auditifs.

Le fait que les déficiences sensorielles soient considérées comme non prioritaires par les familles (ou les tuteurs), lorsque la personne est atteinte de maladie d'Alzheimer, est un obstacle à la prise en charge mentionné par 40 % des établissements répondants. ■

Mesures collectives adoptées par les Ehpad

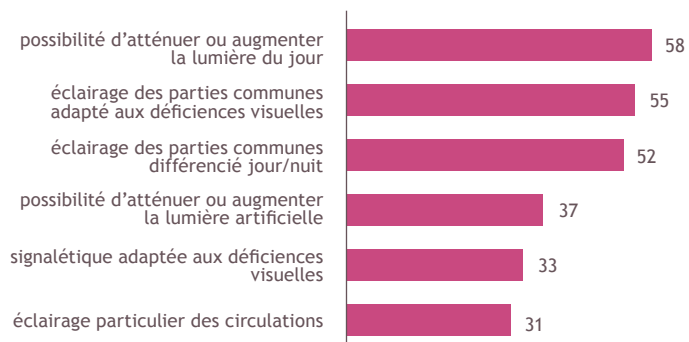
Mesures collectives destinées à compenser les déficiences visuelles et auditives

Les établissements ont été interrogés sur les mesures qu'ils avaient prises, au niveau collectif, pour améliorer le confort visuel et auditif de leurs résidents, compenser les déficiences et favoriser le fonctionnement des appareillages auditifs.

Ce volet du questionnaire s'est inspiré en partie du guide de recommandations édité par l'Agirc et l'Arrco [2].

En ce qui concerne la signalétique et l'éclairage, 58 % des établissements répondants ont déclaré avoir des dispositifs (stores, rideaux, volets) permettant d'atténuer ou d'augmenter la lumière du jour. L'adaptation aux déficiences visuelles et la différenciation entre le jour et la nuit de l'éclairage des parties communes existent également dans plus de la moitié des Ehpad ayant répondu à l'enquête.

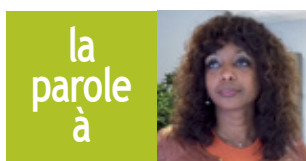
Mesures collectives concernant la signalétique et l'éclairage (en % des Ehpad ayant répondu à l'enquête)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2016

37 % des établissements ont prévu la possibilité d'augmenter ou d'atténuer la lumière artificielle, 33 % ont installé une signalétique

adaptée aux déficiences visuelles, et 31 % ont installé un éclairage particulier dans les zones de circulation. ■■■



Guylaine Valère,
Directrice de Korian Les Saules à Guyancourt

Faites-vous un repérage systématique des troubles sensoriels chez les résidents de votre établissement. Si oui, comment l'organisez-vous ?

À l'arrivée de chaque résident, un repérage des troubles sensoriels est réalisé. L'inventaire des prothèses portées est systématique :

lunettes, appareils auditifs, prothèses dentaires. Une réévaluation est faite si nécessaire en organisant des rendez-vous avec différents intervenants spécialisés. L'association « INCISIV » met à disposition, sur site, un chirurgien-dentiste qui intervient pour les soins dentaires. Une consultation d'ORL peut être organisée à l'extérieur et/ou avec la venue dans l'établissement d'un audioprothésiste. Enfin, des opticiens peuvent intervenir sur place pour réaliser un bilan visuel.

À ces mesures individuelles sont associées des mesures collectives. L'usage d'un microphone lors des animations et des activités

proposées permet aux résidents malentendants de participer au mieux à ces moments privilégiés. La prise en charge des troubles de la déglutition par une orthophoniste et la réalisation de textures alimentaires (hachée et mixée) facilitent une alimentation régulière tout en prévenant les fausses routes.

Quelles sont les mesures d'accompagnement spécifiques aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer reposant sur la sensorialité ?

Des ateliers d'inspiration Montessori ont été mis en place dans l'unité de vie protégée. Ils sont centrés sur la sensorialité.

Un « atelier bijoux », centré sur les praxies, a été organisé par notre ergothérapeute et repris par notre psychomotricienne, une fois par semaine.

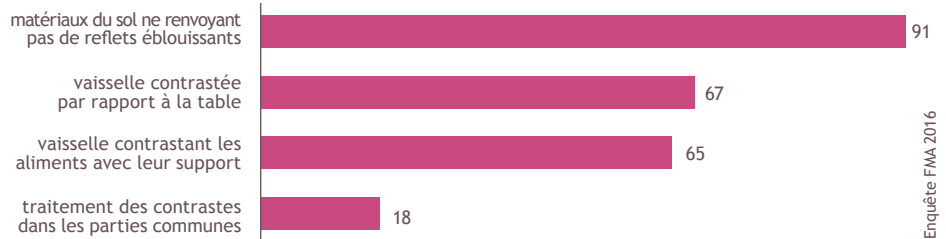
Ces différentes mesures participent au maintien des fonctions sensorielles, ce qui contribue à la qualité de vie des résidents. ■

Propos recueillis par Jean-Pierre Aquino

Plus de neuf établissements sur dix déclarent avoir fait en sorte que les matériaux du sol ne renvoient pas de reflets pouvant éblouir les résidents. Environ les deux-tiers des Ehpad répondants ont indiqué avoir pris des mesures concernant la vaisselle, de façon à ce qu'elle contraste avec la table et avec les aliments. Les parties communes ont moins souvent fait l'objet d'un traitement des contrastes (18 %).

Sur le plan de l'audition, des revêtements absorbant le bruit au niveau des sols, des murs et des plafonds existent dans 36 % des Ehpad ayant répondu à l'enquête. Beaucoup plus rares sont les équipements qui permettent d'optimiser l'audition des personnes ayant des prothèses auditives (boucles magnétiques permettant de recevoir le son des micros, haut-parleurs, télévision... etc. directement sur l'appareil) : 4 % des Ehpad en ont installé dans les espaces collectifs et 2 % dans les chambres des résidents.

Mesures collectives concernant le traitement des contrastes (en % des Ehpad proposant ces activités)



Enquête FMA 2016

Les mesures concernant l'éclairage, les contrastes dans les parties communes et l'insonorisation sont fortement corrélées entre elles, c'est-à-dire que les Ehpad ayant instauré l'une de ces actions mettent, plus fréquemment, en application les autres. Indépendamment du statut des établisse-

ments, la plupart de ces mesures sont plus répandues d'une part dans les Ehpad qui pratiquent le repérage systématique des déficiences visuelles et auditives, et d'autre part dans les établissements qui disposent d'un secteur spécialisé pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. ■

Mesures collectives destinées à assurer le confort olfactif et à favoriser l'alimentation

76 % des établissements ayant répondu à l'enquête déclarent participer à la *semaine du goût*. Cette pratique est plus répandue dans les établissements du secteur public hospitalier. Si elle n'apparaît pas corrélée avec le repérage des déficiences olfactives des résidents, elle l'est avec l'installation de diffuseurs olfactifs et avec la réalisation d'ateliers olfactifs.

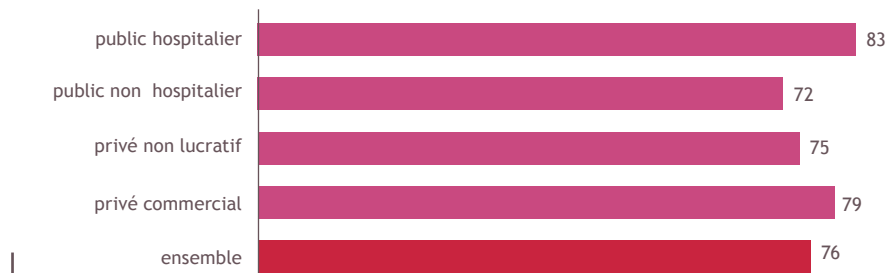
53 % des Ehpad ont disposé des diffuseurs olfactifs dans différents lieux. Cette pratique est sensiblement plus répandue dans le secteur privé commercial. Elle est plus fréquente également dans les établissements ayant un secteur spécialisé Alzheimer. Ces diffuseurs sont installés le plus souvent dans les couloirs, devant les halls et les autres espaces publics (escaliers, salles de convivialité...). Ils sont moins souvent disposés dans les espaces privés (chambres) et encore moins souvent dans les salles à manger.

L'objet de ces diffuseurs olfactifs est le plus souvent (dans plus des trois quarts des établissements répondants) de lutter contre les odeurs.

Toutefois, entre 20 et 30 % des Ehpad déclarent les utiliser à des fins de thérapie non médicamenteuse (réduire l'agitation, favoriser les réminiscences à partir de la mémoire olfactive).

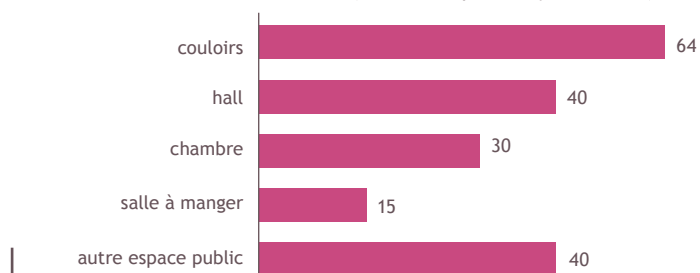
Les autres usages sont encore plus rares. Seulement 5 % des établissements utilisent ces diffuseurs pour stimuler l'appétit des résidents : des données récentes ont montré que la diffusion d'odeurs d'aliments avant le repas peut, en effet, activer la représentation

Proportion d'Ehpad participant à la semaine du goût® (en % des Ehpad ayant répondu à l'enquête)



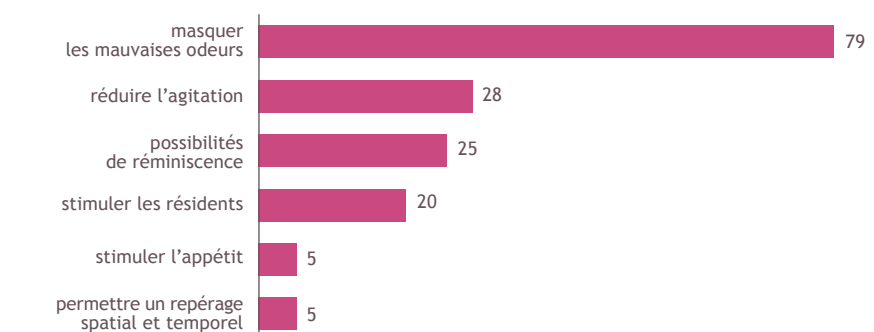
Enquête FMA 2016

Lieux d'installation des diffuseurs olfactifs (en % des Ehpad en ayant installé)



Enquête FMA 2016

Motifs d'installation des diffuseurs olfactifs (en % des Ehpad en ayant installé)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2016

mentale ce qui a pour effet de favoriser la prise de nourriture [3].

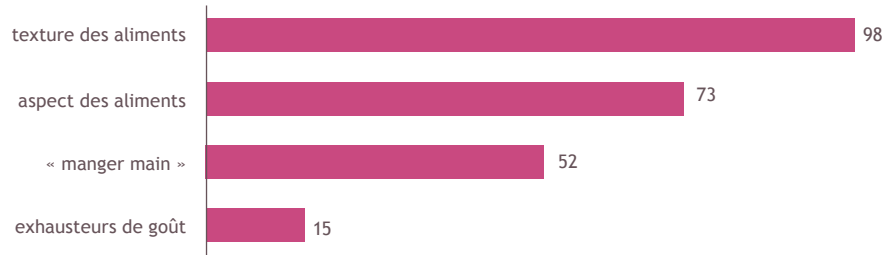
Enfin, 5 % également des Ehpad déclarent utiliser les diffuseurs pour permettre un repérage dans le temps et l'espace.

Toutes ces pratiques à visée thérapeutique apparaissent, toutes choses égales par ailleurs, plus fréquentes dans les Ehpad qui proposent d'ateliers olfactifs. L'utilisation de la diffusion d'odeurs dans le but de stimuler les résidents, permettre un repérage spatial ou sensoriel, et susciter des réminiscences, est en outre plus fréquente dans les Ehpad qui pratiquent le repérage des déficiences olfactives. Enfin, les Ehpad disposant d'un secteur spécialisé Alzheimer installent également plus fréquemment ces diffuseurs dans le but de réduire l'agitation des résidents, de favoriser le repérage dans le temps et dans l'espace et d'induire des réminiscences.

Les Ehpad ont été interrogés sur les mesures concernant l'alimentation des personnes présentant des troubles de la mastication, de la déglutition, un déficit de l'odorat ou du goût ou une apraxie (difficultés motrices empêchant une prise appropriée des aliments).

La quasi-totalité des établissements répondants déclarent avoir adopté des mesures

Proportion d'Ehpad ayant adopté des mesures particulières concernant l'alimentation des personnes présentant des troubles de la mastication, de la déglutition, un déficit de l'odorat, une apraxie (en % des Ehpad ayant répondu à l'enquête)



Enquête FIMA 2016

concernant la texture des aliments (préparation d'aliments hachés ou moulinsés). Cette mesure est destinée à prévenir les fausses routes alimentaires. Une plus faible proportion d'établissements déclare avoir adopté des mesures destinées plus spécifiquement à favoriser ou faciliter la prise alimentaire et donc prévenir la dénutrition. Un travail sur l'aspect des aliments concerne globalement près des trois-quarts des Ehpad, et est fortement corrélé au repérage des déficiences olfactives. Beaucoup plus rare (15 %) est le recours à des exhausteurs de goût, dont l'usage, s'il

est contestable dans la population générale, présente l'intérêt de stimuler la prise alimentaire des personnes âgées présentant des déficiences olfactives et gustatives.

La technique du « manger main » (préparation d'aliments destinés à être pris sans utiliser de couverts, à l'attention de personnes souffrant de troubles cognitifs ou d'apraxie [4]) est appliquée par plus de la moitié des établissements répondants. Cette pratique est positivement corrélée à l'existence d'un secteur spécialisé Alzheimer, ainsi qu'à la pratique des ateliers olfactifs. ■



Fabienne Verdureau,
orthophoniste,
Association Mémoire & Santé,
Marseille (13)

Comment repérez-vous les personnes à risque de fausses routes ?

Les facteurs de risque de fausses routes sont les maladies neurodégénératives, les accidents vasculaires cérébraux, les affections ORL, le manque de force musculaire ou le mauvais état dentaire. Les principaux signes d'alerte sont, pendant la déglutition, une

toux, une suffocation voire une apnée, un reflux par le nez, une modification de couleur des lèvres et du visage. La présence de restes alimentaires dans la bouche en dehors des repas est un signe important. Après la déglutition, des signes plus discrets peuvent être présents et doivent tout autant être considérés : raclement de gorge, haleine, bave, modification de la voix, larmolement, écoulement nasal. Les retentissements respiratoires et nutritionnels sont des signes de complication. Le refus alimentaire, l'inertie à table ou le refus d'être nourri par un tiers doivent également attirer l'attention.

Compte tenu de la fréquence des fausses routes, quelles préconisations formulez-vous pour les prévenir ?

Le repérage précoce des patients à risques de complication, la vigilance collective et la compétence de chaque soignant sont les garants d'une bonne attitude thérapeutique vis-à-vis des troubles de la déglutition. Le plan de soins intègre toute la chaîne allant du cuisinier à la famille en passant par les soignants. Il faut en premier lieu installer la personne en position assise, droite et au calme,

la faire manger lentement, sans parler ou faire parler, mettre la tête en position basse au moment d'avaler. Ensuite, il faut adapter la texture des aliments, enrichir les préparations, fractionner les prises alimentaires et hydrater. L'alimentation sera adaptée à la gravité du trouble de déglutition, l'idée étant d'épaissir les aliments pour augmenter la vitesse d'écoulement et donc faciliter le passage dans l'œsophage. Les liquides seront gélifiés et les solides ayant une texture épaisse ou hachée seront privilégiés.

Concernant la prise des aliments, quelles sont les mesures à prendre pour compenser l'apraxie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

L'apraxie rend difficile les mouvements complexes et coordonnés. L'agnosie est la détérioration de la reconnaissance des objets et de leur fonction. La combinaison des deux met la personne malade dans l'incapacité de savoir ce qu'est un couvert, ni à quoi il sert, ni comment on l'utilise. Le « manger mains » ou « Fingerfood » a été développé en institution, en particulier dans les Ehpad, afin de redonner aux résidents de l'autonomie et de réinstaurer le plaisir du repas. L'objectif est de faciliter l'usage des doigts, en proposant des bouchées que la personne malade peut manger seule plutôt que d'être nourrie à la cuillère par un tiers. Une attention particulière est portée à la couleur et aux contrastes. Les bouchées seront travaillées afin d'être colorées, attrayantes et visuellement « gustatives ». Elles donnent envie d'être prises pour être ingérées en une seule fois. La mise à disposition de mets style bouchées, durant toute la journée, permet à la personne de se servir à volonté et sans contrainte. ■

Propos recueillis par Jean-Pierre Aquino

■ Interventions psychosociales basées sur les stimulations sensorielles

Un certain nombre d'interventions psychosociales à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer utilisent le sensoriel comme vecteur, que ce soit dans un but de réhabilitation cognitive ou d'amélioration de la qualité de vie [5]. Ces pratiques se sont développées dans le secteur médico-social et surtout dans les établissements qui accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Plus de la moitié des établissements ayant répondu à l'enquête (56 %) disposent d'un jardin utilisé pour des activités thérapeutiques. Il est plus présent dans les Ehpad dotés d'un secteur spécialisé Alzheimer.

Le « toucher-massage » [6] est effectué par plus de la moitié (53 %) des Ehpad répondants. Cette pratique est également plus fréquemment mise en place dans les Ehpad disposant d'un secteur spécialisé Alzheimer.

Des séances de musicothérapie sont proposées aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer par 41 % des Ehpad répondants. Cette activité est plus fréquente dans le secteur privé commercial que dans les autres secteurs. Elle est plus souvent pratiquée par les Ehpad disposant d'un secteur spécialisé Alzheimer.

31 % des Ehpad répondants disposent d'un espace Snoezelen (dans certains cas, il s'agit d'un équipement mobile : « chariot Snoezelen⁵ »). Cet équipement est plus répandu dans le secteur privé que dans le secteur public et dans le secteur public hospitalier que dans le secteur public non hospitalier. Les établissements qui disposent d'un espace Snoezelen ont plus fréquemment sensibilisé leur personnel au repérage des déficiences auditives et visuelles. Les espaces Snoezelen sont plus fréquents dans les Ehpad qui disposent d'un secteur spécialisé Alzheimer.

Les ateliers olfactifs sont proposés par 33 % des Ehpad ayant répondu à l'enquête. L'existence de cette activité est liée positivement à la pratique de l'évaluation des capacités olfactives des résidents et à l'existence d'un espace Snoezelen. Ces ateliers sont plus fréquents dans les établissements disposant d'un secteur spécialisé Alzheimer.

30 % des établissements répondants déclarent pratiquer l'art-thérapie. C'est une activité plus souvent proposée aux résidents dans le secteur

⁵ Le Snoezelen est une intervention réalisée dans un espace spécialement aménagé, fondée sur la stimulation des cinq sens (musique douce, lumière tamisée... etc.), de façon à recréer une ambiance agréable.

privé que dans le secteur public, et plus fréquemment également dans les Ehpad qui disposent d'un secteur spécialisé Alzheimer.

La luminothérapie est moins souvent pratiquée : seulement par 10 % des Ehpad répondants. Elle est plus souvent utilisée dans le secteur privé que dans le secteur public. L'usage de la luminothérapie est positivement lié à d'autres pratiques : le repérage des déficits visuels et auditifs, mais aussi olfactifs chez les résidents, la sensibilisation du personnel et l'utilisation de guides et recommandations pour le repérage de ces déficiences chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Enfin, la pratique de la luminothérapie est deux fois plus fréquente dans les établissements disposant d'un secteur spécialisé Alzheimer.

L'accompagnement des activités réalisées dans le cadre d'un jardin thérapeutique est assuré dans 38 % des cas par un animateur, 36 % par un aide-soignant, 35 % par une aide médico-psychologique (AMP), 24 % par un assistant de soins en gérontologie (ASG), 11 % par un ergothérapeute.

Les personnels habilités à la pratique du « toucher-massage » sont majoritairement des aides-soignants (44 % des cas). Il s'agit moins souvent d'AMP (23 %), d'animateurs (14 %),

en direct
du
terrain

Ehpad *Domaine de la Cadène*, Toulouse (31)

Le jardin du *Domaine de la Cadène* est vécu comme une expérience sensorielle et émotionnelle. Il fait partie de la culture de cet établissement et a donné lieu au développement de nombreuses activités. Il constitue une ressource particulièrement féconde pour l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs. Loin des contraintes institutionnelles, le jardin est une invitation à une expérience sensorielle riche mobilisant les cinq sens, éveille la mémoire affective et les émotions, et contribue à l'apaisement des résidents les plus angoissés.

Par sa conception même, le jardin est propice à la stimulation des capacités motrices des résidents. Il permet parfois de réactiver certains gestes et savoir-faire que l'on croyait perdus (gratter la terre, arracher les mauvaises herbes, planter, cueillir... etc.) et redonne une dimension agréable et pourvue de sens à la « déambulation ». Ce jardin facilite la création de repères temporels et spatiaux pour les résidents. Par son caractère irréductiblement dynamique et changeant, il marque le passage du temps et des saisons (chute des feuilles en automne, neige en hiver, premiers bourgeons... etc.)

L'équipe s'est donné les moyens de prolonger le jardin à l'intérieur de la structure afin de profiter de ses bienfaits, quels que

soient la météo et l'état de santé des résidents. L'aménagement d'un préau permet ainsi de réaliser des semis et l'utilisation d'un chariot « jardin mobile », d'aller à la rencontre des résidents. En situation de fin de vie, ce « jardin mobile » donne la possibilité aux personnes alitées de continuer à prendre soin des plantations et de garder un lien avec les saisons. Par ailleurs, un « jardin sensoriel », composé de deux espaces distincts, a été créé au sein de l'unité d'hébergement renforcé. Le premier espace, dédié à la détente, présente des plantes et fleurs aux couleurs douces. Le second, visant la stimulation, met en perspective des végétaux aux couleurs vives accrochant le regard et incitant à sortir.

Le corps, la sensorialité et les affects deviennent progressivement des clés majeures de leur rapport au monde et de leur accompagnement ; cependant, on sait que les capacités sensorielles diminuent avec l'âge. C'est pourquoi la manière dont l'équipe du *Domaine de la Cadène* pense et fait vivre son jardin, s'avère particulièrement précieuse. ■

Compte rendu de visite et d'échanges avec Angélique Doumenc,
Psychologue - Ehpad *Domaine de la Cadène* (31)
Olivier Coupry, Pôle Initiatives locales

Proportion d'Ehpad proposant des activités de stimulation et interventions thérapeutiques à visée sensorielle (en % des Ehpad ayant répondu à l'enquête)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2016

d'ASG et d'infirmiers (12 %). Le personnel habilité a reçu une formation dans 78 % des cas. Parmi les établissements dispensant des

séances de musicothérapie, moins d'un sur trois (31 %) fait appel à un musicothérapeute (cette proportion est plus élevée dans les

établissements ayant d'un secteur spécialisé Alzheimer disposent plus souvent d'un musicothérapeute). Les autres établissements recourent pour cette activité à d'autres professionnels : animateurs (40 % des Ehpad proposent la musicothérapie sans disposer d'un musicothérapeute), AMP (23 %), aides-soignants (21 %), ASG (17 %), psychologues (12 %). Dans un 26 % des cas, ces personnels ont suivi une formation à la musicothérapie.

Les personnels chargés d'accompagner les résidents dans les animations réalisées dans les espaces Snoezelen sont majoritairement des aides-soignants (45 %). Les AMP interviennent dans 31 % des cas, les autres personnels le plus souvent habilités étant les psychologues (23 %), les infirmiers (20 %), les ASG (19 %), les psychomotriciens (18 %) et les animateurs (16 %). Dans 79 % des établissements disposant d'un équipement Snoezelen, le personnel habilité aux interventions a bénéficié d'une formation.

Les personnels habilités à encadrer les ateliers olfactifs sont le plus fréquemment des animateurs (33 % des cas), moins souvent des AMP (21 %), des ASG et des aides-soignants (18 %). Dans 49 % des établissements concernés par les ateliers olfactifs, les personnels habilités ont été formés. ■■■



la parole à
Vincent Brouard,
Chargé de formation
déficience sensorielle
Mutuelle française Anjou-Mayenne
Angers

Quels commentaires pouvez-vous faire de l'état des lieux des mesures prises par les établissements pour prendre en compte les déficits sensoriels?

Les déficits sensoriels, facteurs majeurs d'accélération de la dépendance, sont de mieux en mieux repérés. L'enquête révèle que trop peu d'Ehpad s'attachent au repérage systématique de phénomènes

difficiles à évaluer et quantifier. Malgré d'indéniables progrès, les actions visant à améliorer la précision du dépistage et le déploiement de pratiques adaptées doivent être renforcées. Les outils, peu nombreux et incomplets, sont souvent utilisés empiriquement, d'où une sous-évaluation de la prévalence et du degré des atteintes auditives et visuelles. Les réponses sont en conséquence insuffisantes en termes de compensation et de réhabilitation.

Voyez-vous, d'après les résultats de cette enquête, émerger des besoins non traités dans le guide Agirc et Arrco/MFAM en matière de recommandations et d'aides méthodologiques?

Ce guide est un support concret de recommandations, mais chaque Ehpad doit développer ses actions en analysant sa configuration architecturale et ses besoins propres. Les réponses en matière de signalétique, contrastes, lumière, acoustique et aides techniques paraissent parfois simples, mais ne s'improvisent pas. Nous insistons sur la nécessité d'une méthode rigoureuse du diagnostic jusqu'à la mise en œuvre des préconisations, d'un cahier des charges précis, et d'une concertation entre tous les acteurs y compris les résidents. Côté formation des professionnels, des contenus accessibles à tous,

des mises en situation (lunettes basse vision, casque insonorisant) favorisent une prise de conscience salutaire pour analyser les attitudes et postures, et solutionner bon nombre de situations. Des procédures simples de repérage, de gestion des corrections optiques et auditives, d'aménagement du cadre de vie, de compensation et de communication sont faciles à déployer si la volonté des professionnels s'appuie sur des outils structurés et utilisables par le plus grand nombre.

Que faudrait-il faire de plus pour améliorer la prise en charge des troubles auditifs et visuels des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer?

Au-delà des mesures collectives, j'insisterai sur le suivi individuel. De nombreux résidents restent la plupart du temps dans leur chambre, ce qui les prive parfois d'un accès à l'information et aux activités stimulantes. Des adaptations simples améliorent considérablement la qualité et le confort de vie : lampe d'appoint, casques amplificateurs, téléphone adapté, caractères agrandis, lecteur de livre sonore. En cas de maladie d'Alzheimer, si les adaptations classiques sont bénéfiques, l'individualisation est encore plus importante que pour les autres résidents en raison d'une sensorialité exacerbée. Rien ne s'improvise, et encore moins avec cette population. À l'appui des neurosciences, nous pensons que tout ce qui est fait pour stimuler de manière adaptée les fonctions sensorielles favorise l'éveil à des attitudes et des émotions qui, dans l'instant vécu, provoquent parfois un rayonnement nouveau dont les professionnels sont tout autant bénéficiaires que la personne elle-même. Reste à développer des outils d'exploration simples afin de mieux évaluer et promouvoir les actions. C'est l'objet des recherches de la Sofresc (Société française de réflexion sensori-cognitive) auxquelles nous nous associons. ■

Propos recueillis par Hervé Villet



Principaux professionnels réalisant les interventions basées sur les stimulations sensorielles
(en % des EHPAD proposant ces interventions à leurs résidents)

	jardin thérapeutique	« toucher-massage »	musicothérapie	espace Soezelen	ateliers olfactifs	art-thérapie	luminothérapie
aide-soignant	35,7	44,1	13,9	47,1	17,7	9,2	29,3
aide médico-psychologique	35,3	23,5	15,1	32,3	21,2	10,2	17,3
assistant de soins en gériologie	23,6	12,2	11,2	19,4	18,5	6,9	17,3
infirmier	4,4	12,2	1,9	18,7	2,2	1,5	10,7
psychologue	9,8	3,0	8,2	23,5	9,5	9,8	17,3
psychomotricien	9,5	10,1	3,6	18,2	7,8	4,9	12,4
ergothérapeute	10,9	2,2	2,6	9,9	4,6	3,7	4,4
animateur	38,2	13,9	26,5	16,3	33,1	19,8	10,7
art-thérapeute	1,0	0,2	2,0	0,4	0,4	25,3	1,3
musico-thérapeute	0,1	0,0	31,8	0,3	0,0	1,1	0,0

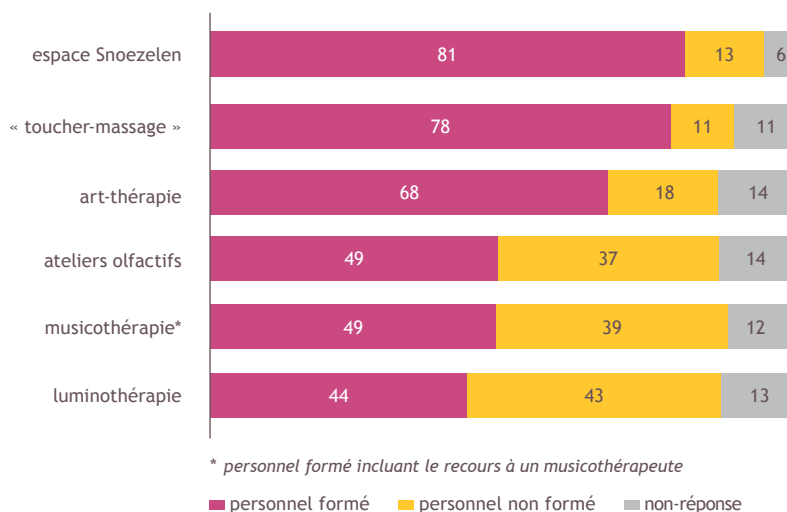
Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2016

25 % des Ehpads proposant des séances d'art-thérapie font appel à un art-thérapeute. Dans 19 % des cas, les intervenants en art-thérapie sont des animateurs. Divers autres personnels sont habilités: AMP (10 %), psychologues (9 %), aides-soignants (9 %). Dans 68 % des cas, les personnels habilités ont suivi une formation.

Comme pour les espaces Snoezelen et le « toucher-massage », ce sont les aides-soignants qui sont le plus souvent habilités pour les séances de luminothérapie (29 %). Viennent ensuite les AMP, les ASG et les psychologues (17 %), puis les psychomotriciens (12 %), les animateurs et les infirmiers (10 %). Dans 43 % des Ehpads pratiquant la luminothérapie, le personnel habilité a été formé.

Marie-Antoinette Castel-Tallet, Hervé Villet
avec la collaboration de Jean-Pierre Aquino
et de Christelle Pivardière

Proportion de personnels et intervenants formés pour les activités reposant sur la stimulation sensorielle
(en % des Ehpads proposant ces activités)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2016

bibliographie

- [1] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les Ehpads et leurs résidents en 2013. *La Lettre CNSA* n°28. Décembre 2014.
- [2] Agirc-Arrco et Mutualité française Anjou-Mayenne. Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires. Agirc-Arrco 2012.
- [3] Gaillet-Torrent M et al. impact of a non-attentively perceived odour on subsequent food choice. *Appetite* 2014; 76: 17-22.
- [4] Rumeau P et Vellas B. Troubles de la déglutition, un point de vue gériatrique. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2003; 124(5) : 331-333.
- [5] Bautista EN et al. Effect of flavor enhancers on the nutritional status of older persons. *J Nutr Health Aging* 2013; 17(4): 390-392.
- [6] Pouyet V et al. Attractiveness and consumption of finger foods in elderly Alzheimer's disease patients. *Food Quality and Preference* 2014; 34: 62-9.
- [7] Kenigsberg PA et al. Les fonctions sensorielles et la maladie d'Alzheimer : une approche pluridisciplinaire. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2015; 13 (3) : 243-58.
- [8] Malaquin-Pavan E. Bénéfice thérapeutique du toucher-massage dans la prise en charge globale de la personne âgée dément. *Rech Soins Infirm* 1997; 49: 11-66.
- [9] Roth TN, Hanebuth D et Probst R. Prevalence of age-related hearing loss in Europe: a review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011; 268: 1101-7.
- [10] Haeusler F. Vivre avec des difficultés d'audition. Répercussion sur les activités quotidiennes, la participation et l'insertion sociale. *Drees. Dossiers Solidarité et Santé* n°52, Février 2014.
- [11] Jousain P et al. Application of the European Test of Olfactory Capabilities in patients with olfactory impairment. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016; 273 (2) : 381-90.
- [12] Clemons TE, Rankin MW et McBee WL. Age-related eye disease study research group. Cognitive impairment in the age-related eye disease study. *Arch Ophthalmol* 2006; 124: 537-43.
- [13] Rogers MA et Langa KM. Untreated poor vision: a contributing factor to late-life dementia. *Am J Epidemiol* 2010; 171: 728-35.
- [14] Lin FR et al. Hearing loss and incident dementia. *Arch Neurol* 2011; 68: 214-20.

- [15] Amieva H et al. Self-reported hearing loss, hearing aids, and cognitive decline in elderly adults: a 25-year study. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 2099-104.
- [16] Cronin-Golomb A et al. Enhanced stimulus strength improves visual cognition in aging and Alzheimer's disease. *Cortex*. 2007; 43(7): 952-966.
- [17] Valenti DA. Alzheimer's disease: visual system review. *Optometry* 2010; 81(1): 12-21.
- [18] Possin KL. Visual spatial cognition in neurodegenerative disease. *Neurocase* 2010; 16(6): 466-487.
- [19] Bar M et Aminoff E. Cortical analysis of visual context. *Neuron* 2003; 38(2): 347-358.
- [20] Jousain P et al. Altered Affective Evaluations of Smells in Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis*. 2015; 49: 433-41.
- [21] Djordjevic J et al. Olfaction in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 2008; 29(5): 693-706.
- [22] O Wang J et al. Olfactory deficit detected by fMRI in early Alzheimer's disease. *Brain Res* 2010; 21; 1357: 184-194.
- [23] Perrin-Haynes J. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. In Les personnes âgées en institution. Drees. *Dossiers Solidarité et Santé* n°22, Novembre 2011.
- [24] Chazal J. Les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) des personnes âgées vivant en établissement. In Les personnes âgées en institution. Drees. *Dossiers Solidarité et Santé* n°22, Novembre 2011.
- [25] Gillette-Guyonnet S, Lauque S et Ousset PJ. Nutrition et maladie d'Alzheimer. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2005; 3, 535-41.
- [26] Evans L et Best C. Managing malnutrition in patients with dementia. *Nurs Stand* 2015; 29(28): 50-57.
- [27] Gonzales C et al. Mini Nutritional Assessment: une étude de reproductibilité en institution pour personnes âgées. *Soins Gerontol* 2012; 17 (97): 17-20.
- [28] Pouysségur V. Bouches âgées: bouches abandonnées? Aggravation du processus de vieillissement humain. *Repères en Gériatrie* 2012; 14: 74-78.
- [29] Prêcheur I et Chevalier M. Lutte contre la dénutrition des personnes âgées dépendantes: nouvelles approches en odontologie. *Gériatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2015; 13(1): 22-30.
- [30] Pouyet V et al. Attractivité de différentes formulations de « finger foods » chez des patients Alzheimer. *Rev Gériatrie* 2012; 37(8): 621-622.
- [31] Prêcheur I et al. Un complément nutritionnel oral solide pour renforcer l'apport protéino-énergétique quel que soit l'état dentaire. *Cah Nutr Diétét* 2014; 49: 1 30-138.
- [32] Pouchain D et al pour le GRAP (Groupe de Recherche Alzheimer Presbycousie). La presbycousie est-elle un facteur de risque de démence? Étude AcouDem. *Rev Gériatrie* 2007; 32(6): 439-445.
- [33] Aubel J et al. Une étude pour cesser d'être aveugle face à la surdité - enquête en EHPAD. *Rev Gériatrie* 2015; 40(6): 343-346.
- [34] Pouyet V et al. Influence of flavour enhancement on food liking and consumption in older adults with poor, moderate or high cognitive status. *Food Qual Pref* 2015; 44: 119-129.
- [35] Perrot X. La presbycousie: aspects cliniques et thérapeutiques. *Rev Gériatrie* 2013; 38(10): 780-781.
- [36] Vergnon L et Vétel JM. La presbycousie, un outil: le DVD du GRAPSanté. *Rev Gériatrie* 2014; 39(8): 495-496.
- [37] Charras K et al. The Eval'zheimer model: fitting care practices and environmental design to institutionalized people with dementia. *Neurodegen Dis Manage* 2011; 1(1): 29-35.
- [38] Thomas Pocklington Trust. People with dementia and sight loss: a scoping study of models of care. Octobre 2009.
- [39] Dunne T et al. Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease. *Clin Nutr* 2004; 23; 533-538.
- [40] Fedor MS et al. Groupe national Toucher de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Pôle Qualité de vie, des soins et de l'accompagnement. Le toucher au cœur des soins. Phase 1. *Guide pour la pratique, la formation et l'évaluation en soins infirmiers*. Version longue 2007.
- [41] Husebo BS et al. The Response of Agitated Behavior to Pain Management in Persons with Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013.
- [42] National Institute for Health and Care Excellence - Social Care Institute for Excellence. Dementia. A NICE-SCIE Guideline of supporting people with dementia and their carers in health and social care. *National Clinical Practice Guideline Number 42*. Octobre 2015.
- [43] Platel H et Groussard M. La musique et la peinture comme révélateur de capacités d'apprentissages préservées de patients Alzheimer à un stade modéré à sévère. In Platel H. et Thomas-Antérion C. *Neuropsychologie et Art: Théories et applications cliniques*. 2014. *Louvain La Neuve: De Boeck/Solal*, 255-274. ISBN: 978-2-35327-266-2.
- [44] Guétin S et al. An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: A report of a French expert group. *Dementia* 2013; 12(5): 619-634.
- [45] Olazarán J et al. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30(2): 161-178.
- [46] Brodaty H et Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2012; 169(9): 946-953.
- [47] Cohen-Mansfield J et al. The impact of stimuli on affect in persons with dementia. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(4): 480-486.
- [48] Charras K et al. Evaluation des interventions psychosociales pour la maladie d'Alzheimer: quelles leçons tirer des méta-analyses de la Cochrane Library. *Gériatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016; 14 (1) 104-14.
- [49] Kovach CR. Sensoristasis and imbalance in persons with dementia. *Journal of Nursing Scholarship*, 2000; 32 (4), 379-384.
- [50] Zeisel J, Hyde J et Levkoff S. Best practices: An environment-behavior (E-B) model for Alzheimer special care units. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 1994; 15 (6), 331-340.
- [51] Fleming R, Crookes P et Sum S. Design for people with Dementia: Audit Tool Literature Review. Dementia Services Development Centre. Stirling (Scotland): University of Stirling, 2007.
- [52] Herssens J et Heylighen A. Challenging architects to include haptics in design: sensory paradox between content and representation. *Designing together-CAAD futures*, 2011; 685-700. ■

Cette enquête à laquelle ont participé près de 2200 Ehpad a permis de connaître les pratiques professionnelles en matière de repérage des déficits sensoriels des résidents, atteints ou non de la maladie d'Alzheimer, et la prévalence de ces troubles. Elle s'est intéressée également aux différentes mesures mises en place pour adapter l'environnement des établissements à ces déficits, que ce soit pour l'ensemble des résidents ou spécifiquement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle a enfin apporté des informations sur les interventions et activités fondées sur les stimulations sensorielles. Cette étude se situe dans la continuité d'une réflexion entreprise depuis plusieurs années par la Fondation Médéric Alzheimer sur les déficits sensoriels. Cela s'est concrétisé par le soutien financier apporté à des initiatives innovantes de terrain, et en 2013-2014, par la mise en place d'un groupe pluridisciplinaire d'experts. Les travaux de ce groupe ont permis de dresser un état de lieux des connaissances sur les cinq sens, de leurs interactions avec les capacités cognitives, de la prise en compte du sensoriel dans le repérage des troubles cognitifs et enfin des interventions psycho-sociales à destination des personnes atteintes de troubles cognitifs utilisant le sensoriel comme vecteur.

Déficiences sensorielles et avancée en âge

L'avancée en âge s'accompagne de déficiences des diverses fonctions sensorielles. Au-delà de 60 ans, plus de huit personnes sur dix sont atteintes d'une déficience visuelle, et près d'une personne sur trois d'une déficience auditive. Les principales causes de diminution de la vision sont la cataracte (vision floue), le glaucome (champ visuel rétréci), la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA, vision uniquement du champ périphérique). Les causes de diminution de l'audition sont la presbycusie (perte des sons aigus, avec une gêne pour suivre des conversations dans un environnement bruyant) et la prise de médicaments ayant une toxicité pour l'oreille. Selon une synthèse

de la littérature européenne, la presbycusie touche 20 % des femmes et 30 % des hommes à 70 ans, et 45 % des femmes et 55 % des hommes à 80 ans [9]. Concernant les personnes le plus âgées, selon l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 (Insee), la prévalence des limitations fonctionnelles auditives moyennes, graves ou totales est de 39 % pour les 80-89 ans et de 50 % pour les 90 ans et plus [10]. Les autres sens peuvent être touchés par le vieillissement comme l'olfaction, la gustation, le toucher. D'après les données de la littérature, 40 % de personnes des 65 ans et plus sont atteintes de déficits olfactifs [11]. Moins sentir les odeurs et les goûts réduit l'appétit et favorise l'anorexie et la dénutrition. Cette diminution incite à ajouter du sel, du sucre et des condiments acides à sa nourriture, induisant des effets délétères chez des personnes atteintes d'hypertension artérielle, de diabète, ou de problèmes digestifs (reflux gastro-œsophagiens ou ulcère gastrique). En outre, le risque de consommer des produits avariés est plus important. Enfin, une perte de la sensation de chaud, de froid, de pression et de contact avec les objets peut conduire la personne âgée à se brûler ou à chuter de sa hauteur.

Troubles sensoriels et troubles cognitifs : une relation à double sens

Le traitement des multiples informations sensorielles par le cerveau est étroitement lié à des processus cognitifs, de sorte que les relations de cause à effet entre les déficits sensoriels et les troubles cognitifs s'exercent dans les deux sens. La basse vision, en plus d'induire les accidents de la vie courante et de la circulation, est associée de façon très significative à la survenue d'une démence : le risque est multiplié par cinq voire dix [12-13]. Les troubles de l'audition constituent pareillement un facteur de risque de démence : le risque est multiplié par deux pour une surdité légère, par trois pour une surdité modérée et par cinq pour une surdité sévère [14]. Une étude récente a montré que le port d'un appareillage auditif contribuerait à réduire le risque de déclin cognitif [15]. Les

déficits sensoriels peuvent en outre conduire à des diagnostics erronés de déficit cognitif (par exemple, des troubles auditifs entraînent une perte pouvant aller jusqu'à cinq points au test MMSE [7]).

Inversement, du fait de la détérioration des fonctions cérébrales, les maladies neurodégénératives s'accompagnent de troubles des perceptions sensorielles. En particulier, la vision est altérée dans la maladie d'Alzheimer par l'atteinte du traitement de l'information visuelle au niveau cérébral. Aux stades précoces, on observe des modifications de la sensibilité aux contrastes, de la perception des couleurs et de celle du mouvement [16-17-18]. Puis apparaissent des déficits dans la perception des formes et dans la reconnaissance des objets ou des formes en distinguant le premier plan de l'arrière-plan [19]. Les troubles olfactifs sont également fréquents, précoces et pourraient précéder l'apparition des premiers symptômes de la maladie d'Alzheimer [20], en lien avec des modifications morphologiques et fonctionnelles de certaines zones du cerveau [21-22]. Le seuil de détection des odeurs est augmenté chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. Enfin, pour revenir aux problèmes de diagnostic, la présence de troubles cognitifs compromet la réalisation et l'interprétation des explorations sensorielles et l'adaptation de l'appareillage, rendant ainsi difficile la prise en charge, diagnostique et thérapeutique, d'une déficience sensorielle.

Ces interrelations font qu'il est important, d'une part de repérer et prendre en charge les déficiences sensorielles accessibles à des traitements ou à des compensations chez toutes les personnes âgées, et d'autre part d'adapter l'environnement des personnes atteintes de troubles cognitifs de façon à compenser leurs troubles de perception sensorielle.

Une prévalence liée aux déficiences sensorielles certainement sous-estimée

L'enquête de la Fondation Médéric Alzheimer a tenté d'évaluer la prévalence des déficits visuels et auditifs parmi les résidents des Ehpad, atteints ou non de troubles cognitifs.

Les chiffres observés, soit 24 % de personnes déficientes visuelles et 22 % de déficientes auditives sont relativement proches de ceux de l'enquête EHPA 2007 (Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées – Drees) [23] pour la population résidant en Ehpad : respectivement 25 % et 19 %. Cependant compte tenu du caractère déclaratif de ces deux enquêtes, il est vraisemblable, que, la prévalence soit sous-estimée, que les Ehpad procèdent ou non à un repérage systématique. Si l'on compare la proportion de déficiences sensorielles entre les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et les autres résidents, on constate chez les premiers une prévalence plus élevée des déficits visuels (22 % contre 21 %) et une prévalence moins élevée des déficits auditifs (23 % contre 24 %). Ces écarts, bien que faibles, sont statistiquement significatifs. En référence, l'enquête EHPA 2007 retrouvait une prévalence des déficiences visuelles et auditives respectivement de 27 % et 21 % chez les personnes atteintes de démence, contre 24 % et 18 % chez celles non atteintes [24]. Concernant les problèmes bucco-dentaires non ou mal compensés, entraînant un déficit masticatoire, la prévalence globale chez les résidents est de 23 %, mais les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer apparaissent nettement plus touchées (30 %) par ces troubles, qui concourent à la dégradation de leur état nutritionnel [25-26]. La prévalence de la dénutrition et des troubles du comportement alimentaire observée dans cette enquête est de 23 % pour l'ensemble des résidents contre 29 % pour ceux atteints de troubles cognitifs, soit une estimation se situant dans la fourchette des données de la littérature (15 à 38 % [27]). Cette observation souligne l'importance de l'amélioration de l'accès des personnes malades aux soins bucco-dentaires [28-29], d'une part, mais aussi celle des mesures destinées à favoriser la prise alimentaire [30-31] de ces personnes d'autre part.

Un obstacle : les idées reçues sur les déficiences sensorielles et maladie d'Alzheimer

La perte auditive chez les personnes âgées est progressive sur plusieurs années, et est considérée comme faisant partie du vieillissement normal. En face l'attitude des familles et des professionnels est souvent empreinte de fatalisme, voire de défaitisme : « à quoi bon tout cela ? », « pourquoi s'acharner ». Cette attitude est amplifiée

lorsque l'on est en présence de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, pour lesquelles, notamment, la perte de l'audition peut être difficile à identifier parce que les signes sont occultés par ceux de la démence [32]. À ceci s'ajoutent les idées reçues, les a priori qui stigmatisent la personne âgée atteinte de troubles cognitifs et écartent les arguments en faveur d'une prise en charge des déficits sensoriels « elle perdra ses lunettes », « il ne portera jamais ses appareils auditifs », « il oubliera de changer les piles ». Dans l'enquête, les établissements ont invoqué certains obstacles qui se réfèrent à ces stéréotypes : « il ne serait pas possible d'appareiller ces personnes, elles n'en obtiendraient aucun bénéfice », « le déficit sensoriel ne serait pas prioritaire pour les familles en regard des troubles cognitifs ». À ces arguments s'ajoutent des difficultés, bien réelles, liées à l'accès aux consultations spécialisées et au coût des appareillages [33].

Les Ehpad ayant répondu à l'enquête ont ainsi évoqué les difficultés d'accès au diagnostic et aux appareillages des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. En effet, les distances et les délais de rendez-vous pour les consultations spécialisées peuvent être problématiques dans de nombreux territoires. Par ailleurs, les appareillages auditifs ont un coût restant à charge important, s'ajoutant à des frais d'hébergement déjà élevés. Ainsi, dans l'enquête, le pourcentage de personnes non appareillées est beaucoup plus élevé parmi les personnes présentant une déficience auditive et des troubles cognitifs que parmi l'ensemble des résidents.

Ces observations montrent qu'un travail de pédagogie paraît nécessaire pour favoriser dans les établissements la prise de conscience de l'importance de la compensation des déficiences sensorielles chez les personnes atteintes de troubles cognitifs.

La compensation est possible : d'où l'intérêt d'un repérage

Il existe des outils simples de repérage de ces déficits, notamment pour les troubles de la vision, de l'audition et de l'équilibre et des réponses existent pour les corriger : interventions chirurgicales, appareillage de type lunettes ou prothèses auditives, exhausteurs de goût [34]... C'est pourquoi il paraît nécessaire de faire un repérage précoce des diminutions des capacités sensorielles pour compenser et pour permettre à ces personnes âgées d'améliorer leur qualité de vie, de diminuer les accidents et les hospitalisations évitables et de prévenir la survenue d'une détérioration des facultés cognitives. L'évaluation des capacités sensorielles est réalisée dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée qui prend également en compte le statut nutritionnel, l'évaluation fonctionnelle (activités de la vie courante, mobilité et équilibre), les troubles cognitifs, l'humeur, les maladies associées, les différents médicaments pris et le contexte socio-environnemental. Pour le repérage des troubles visuels, différents outils existent (test d'acuité visuelle, test de champ visuel, grille d'Amsler pour la DMLA...). Pour la diminution de l'audition, l'acoumétrie vocale (perception de la voix chuchotée) ou instrumentale (avec un diapason) constituent des outils simples en pratique clinique [35-36]. La grille AVEC développée par la Société française de réflexion sensoricognitive (Sofresc) est utile pour la phase de repérage des diminutions des capacités auditives (A) et visuelles (V), de l'équilibre (E) et de la cognition (C). Cet outil simple à utiliser en pratique courante prend un peu plus de cinq minutes à la personne âgée (en auto administration) et un peu plus de cinq minutes également au professionnel (hétéro administration). Bien entendu, ces différents outils de dépistage nécessitent la confirmation du diagnostic et donc une consultation ■■■

Précisions méthodologiques

Les variables relatives aux pratiques des établissements (repérage des déficiences, mesures collectives pour compenser les déficiences sensorielles, activités de stimulation...) ont été confrontées de façon simultanée à plusieurs variables « explicatives » (statut, existence d'un secteur spécialisé Alzheimer, environnement médical, équipements et activités) au moyen d'une analyse multivariée (régression logistique).

Ce type d'analyse permet d'observer les corrélations des pratiques avec chacune des variables explicatives « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en éliminant les confusions liées aux corrélations des variables explicatives entre elles. ■

avec un spécialiste (ORL, ophtalmologiste, neurologue...). La procédure de repérage doit donc comporter une phase de relais vers une consultation médicale spécialisée.

Les résultats de l'enquête de la Fondation indiquent qu'à peine un tiers des Ehpad s'attachent à repérer les déficiences visuelles et auditives de leurs résidents.

Les établissements qui ne le font pas invoquent les difficultés d'accès aux spécialistes, dans le contexte d'une démographie médicale problématique dans certains territoires. Il semble que l'intégration de l'Ehpad dans une structure hospitalière, avec des moyens en interne, favorise cette démarche de dépistage. Cependant moins de 10 % des établissements ayant répondu à l'enquête bénéficient de cette configuration. Les moyens médicaux ne sont cependant pas le seul élément à prendre en compte. Les résultats montrent que 6 % des établissements sont dépourvus d'outils, de protocoles, de guides, de recommandations, en particulier pour les évaluations sensorielles en présence de troubles cognitifs. Aucun Ehpad, par exemple, n'a cité l'acoumétrie vocale. Quant à l'olfaction, il ressort de cette enquête qu'elle est peu prise en compte, seulement 4 % d'Ehpad réalisent un repérage de ces troubles.

Mesures collectives de compensation des déficits sensoriels

L'environnement des personnes atteintes de troubles cognitifs doit être adapté dans la perspective du handicap. Il s'agit de le rendre confortable, sécurisé et si possible orienté vers une approche thérapeutique. Le principe est de structurer l'espace de telle façon qu'il ait un sens pour la personne [37]. Les mesures collectives à mettre en place dans les établissements d'hébergement pour les personnes atteintes à la fois de basse vision, a fortiori si elles présentent également des troubles cognitifs, concernent l'éclairage, les couleurs et les contrastes [38]. L'éclairage doit éviter l'éblouissement. Les couleurs doivent être contrastées entre les murs et les sols, au niveau du bord des marches d'escalier, et également entre les couverts et les sets, les nappes ou les tables [39]. La signalétique des locaux doit être à une bonne hauteur et de taille suffisante. Pour les personnes atteintes de presbycousie, surtout si elles présentent des troubles cognitifs, il faut éviter tout ce qui peut être source d'hyperstimulation sonore et de confusion, c'est-à-dire un niveau sonore excessif et des sources multiples, qui la personne dans la détection et la sélection

de la source sonore sur laquelle elle doit focaliser son intérêt.

Les résultats de cette enquête montrent qu'il reste une marge de progression pour diffuser les préconisations en ce qui concerne les mesures collectives destinées à compenser les déficits visuels et auditifs : en matière de signalétique, d'éclairage, de contrastes et de traitement des sons. La plupart des mesures recensées ne sont, le plus souvent, prises en compte que par un peu plus de la moitié des Ehpad. Dans le domaine de l'olfaction, le manque d'intérêt des établissements ne concerne pas uniquement le repérage des troubles, puisqu'il s'exprime aussi par une prise en compte insuffisante des stimulations olfactives : si plus des trois quarts des Ehpad participent à la semaine du goût, si quasiment tous les établissements enquêtés adaptent la texture des aliments, pour prévenir les conséquences des troubles de la déglutition, le recours aux exhausteurs de goût est plus occasionnel. De même, si les diffuseurs olfactifs sont répandus dans plus de la moitié des établissements, ils servent dans la grande majorité des cas uniquement à masquer les mauvaises odeurs, alors que leur utilisation, dans un but de stimulation, est nettement moins fréquente.

La stimulation tactile est également intéressante en tant que vecteur permettant de faciliter la réalisation des soins aux personnes malades, à travers la technique du « toucher-détente » ou « toucher-massage » [8-40]. Les bénéfices pour les personnes soignées sont la prévention ou la réduction de la douleur ; pour le soignant, il s'agit d'instaurer une relation d'aide [41]. Toucher la personne atteinte de troubles cognitifs est d'autant plus nécessaire que sa désorientation est sévère. L'enquête de la Fondation montre que 53 % des Ehpad ont mis en œuvre cette technique du « toucher-massage », et l'ont largement diffusée parmi leur personnel.

Interventions thérapeutiques à vecteur sensoriel

De nombreuses interventions et activités ayant pour finalité la réhabilitation cognitive des personnes atteintes de troubles cognitifs, utilisent les fonctions sensorielles comme vecteur : luminothérapie, art-thérapie, musicothérapie, stimulation multi-sensorielle par la méthode Snoezelen [42]... Ces thérapies se sont donc développées dans les structures hébergeant et/ou accueillant à la journée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces interventions s'appuient sur la préservation chez les personnes malades

de certaines capacités d'apprentissage de nouvelles connaissances visuelles et auditives. Le contenu émotionnel des stimuli sensitifs favorise leur mémorisation : mémoire musicale, reconnaissance d'image. Les émotions agréables suscitées permettent de mobiliser les personnes malades, même à un stade très avancé [43]. Des études ont démontré que la musicothérapie réduit l'anxiété, l'agressivité et améliore l'humeur, la communication et l'autonomie [44]. Les résultats de l'enquête contribuent, sinon à en dresser un état des lieux précis, du moins à recenser ces interventions. Les jardins thérapeutiques existent dans plus d'un Ehpad sur deux ayant répondu à l'enquête, la musicothérapie dans quatre sur dix, les espaces Snoezelen, l'art-thérapie et les ateliers olfactifs environ dans une sur trois, tandis que la luminothérapie n'est pratiquée que dans un établissement sur dix. Dans tous les cas, ces dispositifs et ces activités se retrouvent une fois et demie à trois fois plus souvent dans les Ehpad ayant développé un secteur spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (unité spécifique Alzheimer ou unité d'hébergement renforcé – UHR ou pôle d'activités et de soins adaptés – PASA).

Toutefois, cette enquête dresse un état des lieux des activités fondées sur les stimulations sensorielles proposées par les Ehpad mais elle ne permet ni de connaître la fréquence de réalisation, ni d'apprécier la qualité des interventions. Les résultats montrent que les personnels habilités par les structures pour utiliser ces équipements ou encadrer ces activités sont majoritairement des professionnels paramédicaux, membres de l'équipe habituelle de l'établissement, alors que le recours aux intervenants spécialisés est faible : un tiers des Ehpad assurant des séances de musicothérapie font appel à un musicothérapeute et un quart de ceux pratiquant l'art-thérapie à un art-thérapeute. Ils illustrent les difficultés rencontrées par les Ehpad pour disposer des personnels ayant la qualification spécifique. Cela n'est, en outre, que partiellement compensé par la formation continue du personnel : si 81 % des espaces Snoezelen sont utilisés par des professionnels ayant reçu une formation spécifique (compte tenu des exigences de la labellisation), 40 % des établissements qui proposent des ateliers olfactifs, de la musicothérapie et de la luminothérapie ne recourent pas à des intervenants qualifiés ou seulement formés.

Toutefois, en raison du caractère purement descriptif de cette enquête, ces constatations ne permettent pas de préjuger de

l'efficacité de ces interventions. Compte tenu de la plus-value des stimulations sensorielles en matière de préservation des capacités cognitives et d'amélioration de la qualité de vie démontrée par plusieurs études et observations [45-46-47], ces résultats invitent davantage à soutenir les établissements dans le développement de telles activités, qu'à les décourager en cherchant à imposer, comme un prérequis, le recours à des intervenants spécialisés.

Conclusion: un enjeu important

En conclusion, la préservation des fonctions sensorielles occupe une place importante

dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs. En effet, les déficits de ces fonctions réduisent considérablement l'autonomie des personnes malades dans la vie quotidienne et leurs relations avec autrui, augmentant leur isolement social et le risque d'accidents. Les établissements médico-sociaux, conscients de cet enjeu, s'attachent à adapter leurs locaux et leurs équipements aux déficiences sensorielles, et à proposer une offre d'activités reposant sur les stimuli sensoriels. Toutefois, les établissements sont soumis à des difficultés logistiques et économiques, et manquent de soutien métho-

dologique, lorsqu'il s'agit de repérer et prendre en charge les déficits sensoriels. En matière d'interventions psycho-sociales utilisant le sensoriel comme vecteur, la disparité des moyens humains mobilisés par les établissements fait qu'il est difficile de distinguer ce qui relève de l'activité occupationnelle de la démarche thérapeutique.

Enfin, il faut encourager le développement d'évaluations scientifiques rigoureuses des interventions psycho-sociales utilisant la médiation sensorielle [48]. ■

Marie-Antoinette Castel-Tallet,
et Hervé Villet

Sensorialité, cognition et perception de l'environnement

Durant les années quatre-vingt-dix et le début des années 2000, deux courants se sont opposés à propos de l'impact de la stimulation sensorielle sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les uns arguaient que la stimulation des modalités sensorielles était à l'origine d'une activité cérébrale plus importante et pouvait avoir des répercussions sur le plan cognitif. Les autres prônaient, à l'inverse, l'importance de préserver les personnes malades d'un excès de stimulations, prétextant la confusion qu'elles peuvent induire et la fatigabilité qui peut en découler. Ces deux courants ont conduit certains gestionnaires d'établissements accueillant les personnes atteintes des troubles cognitifs à concevoir des lieux sur-stimulants sans toujours se soucier de la cohérence des stimuli environnementaux, alors que d'autres ont au contraire privilégié des conditions se situant à la limite de la privation sensorielle.

La musicothérapie, l'aromathérapie, ou encore les thérapies multi-sensorielles, abordent la sensorialité sous l'angle d'un apport thérapeutique potentiel, en sollicitant les émotions, les sensations et l'activité cérébrale. L'évaluation des techniques de thérapie par les sens montre des résultats intéressants dans bien des domaines, y compris dans celui de la maladie d'Alzheimer. Ces techniques sont majoritairement utilisées en vue d'une action thérapeutique, selon une approche reposant sur des vertus sensorielles nécessitant une élaboration intellectuelle. Mais d'autres approches abordant la sensorialité méritent aussi d'être explorées et trouvent des applications dans le quotidien des personnes malades.

Les stimulations sensorielles ont un impact différent sur chaque personne, qu'elle ait ou des troubles cognitifs, et lui permettent de mettre en place des mécanismes adaptatifs en vue de répondre à ses propres besoins. C'est en se fondant sur ces observations que Kovach [49] a développé et adapté le modèle de sensoristase aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce modèle stipule que les sens doivent être pris en compte, au même titre que les fonctions cognitives ou physiques, comme des fonctions contribuant à l'équilibre homéostatique et global de l'individu. Les fonctions sensorielles, outre leur rôle de perception et de bien-être, permettent à l'individu de relever les défis quotidiens de son environnement. Ainsi, les déficiences sensorielles peuvent devenir très handicapantes. Elles contribuent à la limitation de certaines capacités d'adaptation des personnes atteintes de troubles cognitifs, tendent à favoriser l'isolement social, peuvent aggraver la désorientation par une mauvaise compréhension de l'environnement dans lequel elles se trouvent, augmentent significativement le risque de chute. C'est en ce sens que l'on peut considérer que le handicap d'une personne peut se définir comme la combinaison de ses propres déficiences (cognitives, sensorielles, physiques), et de l'inadaptation de son environnement.

On oublie souvent que les perceptions sensorielles ont pour fonction première de servir à la mise en place de processus adaptatifs et que les déficiences sensorielles diminuent considérablement chez l'individu les facultés d'adaptation à son environnement et de survie. C'est en se fondant sur ce constat que les modèles psycho-environnementaux spécifiques à la maladie d'Alzheimer ont été conçus pour compenser les déficiences sensori-perceptives en vue d'une part, faciliter la perception de l'environnement des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs en institution et, d'autre part, d'améliorer leur quotidien. Ces modèles abordent la problématique de la sensorialité en interaction avec le bon usage de l'espace. Cela signifie que les personnes âgées portent bien les corrections auditives ou oculaires nécessaires. Il s'agit donc de mieux identifier l'origine des stimulations pour les rendre compréhensibles par les usagers [50], et se focaliser sur les éléments architecturaux pouvant aider les usagers à compenser certaines de leurs déficiences [51]. Enfin, un courant de pratiques émergent consiste à se référer à la notion de haptique, qui désigne, entre autres, la perception du corps dans l'environnement par les biais tactiles et kinesthésiques, en combinant l'information provenant de l'ensemble des perceptions [52]. Ces modèles psycho-environnementaux fondent donc une partie de leur analyse sur la compensation architecturale des déficits sensoriels en vue de faciliter l'usage des lieux par les personnes malades. Il s'agit de travailler sur l'identification des sources de bruits pour mieux les localiser et comprendre leur origine, sur l'acoustique des espaces pour diminuer les échos et les résonances trop importantes pouvant interférer avec la perception auditive, sur les contrastes pour mieux distinguer les objets, les marches ou les portes, et enfin sur l'éclairage pour améliorer la visibilité de l'environnement [2]. La finalité de ces recommandations est avant tout d'adapter l'environnement aux déficits sensoriels individuels pour faciliter un usage adéquat des lieux d'accueil et améliorer la qualité de vie des personnes malades vivant en établissement ou à domicile. ■

Kevin Charras

Fondation Médéric Alzheimer : mieux connaître la maladie pour accroître l'autonomie et le bien-être des personnes malades

Créée en 1999, la Fondation Médéric Alzheimer est la première fondation reconnue d'utilité publique entièrement consacrée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Elle développe une vision globale et prospective permettant d'appréhender la maladie d'Alzheimer dans toutes ses dimensions (biomédicale, médico-sociale, juridique, économique...), y compris sur le plan international.

C'est un centre de référence de la maladie d'Alzheimer unique en Europe et incubateur de pratiques innovantes qui allie des expertises scientifiques à une capacité à identifier, à soutenir et à mener des expérimentations sur le terrain. La Fondation s'adresse aux personnes malades, aux aidants familiaux, aux bénévoles et aux professionnels ainsi qu'aux organismes institutionnels.

Trois missions principales

- Faire progresser l'état des connaissances sur la maladie et ses conséquences en développant la recherche en sciences humaines et sociales et contribuer à changer le regard de la société.
- Aider à mieux vivre avec la maladie et retarder le plus possible la perte d'autonomie grâce à un meilleur accompagnement de la personne malade et de son entourage.
- Soutenir les professionnels et les bénévoles pour améliorer leurs pratiques et faire connaître ces dernières.

Trois domaines d'activité

■ Le centre de ressources et de prospective

- Une plateforme de veille internationale. Alzheimer's Outlook, un groupe pluridisciplinaire d'experts internationaux qui se réunissent tous les ans.
- L'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement. Neuf enquêtes nationales (13 000 structures enquêtées/an), vingt-quatre enquêtes thématiques (métiers, fin de vie, droits et libertés en établissement et au domicile...) ainsi qu'un bilan des évolutions des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge sur dix ans.
- Le pôle études économiques et actuarielles. Une enquête auprès de 3 500 Français représentatifs sur les stratégies patrimoniales face au risque de la dépendance.
- L'annuaire national mis à jour régulièrement qui répertorie 14 500 structures d'accueil (www.annuaire-med-alz.org).
- Le soutien à la recherche en sciences humaines et sociales. Depuis 2002, via des appels à projets, la Fondation a soutenu 33 bourses doctorales, 13 prix de thèse, 66 études et recherches pour un montant de près de deux millions d'euros.

La Fondation est également un opérateur de recherche. Depuis 2011, elle a publié plus de 60 articles scientifiques dans des revues à comité de lecture.

■ Un laboratoire d'innovation sociale

- Le soutien aux initiatives locales innovantes. Près de 400 projets soutenus.
- L'expérimentation de nouvelles approches.

Le programme *Eval'zheimer*® combine une intervention sur l'environnement architectural et une sensibilisation des professionnels en Ehpad. Ce programme impacte positivement la qualité de vie, la nutrition et le maintien de l'autonomie des résidents ainsi que le stress des professionnels afin de favoriser un meilleur accueil.

■ Un centre de formation et d'expertise

La Fondation a créé un centre de formation pour diffuser ses expertises et donner aux professionnels les moyens d'améliorer leurs pratiques. ■



30 rue de Prony - 75017 PARIS
Tél. : 01 56 79 17 91 - Fax : 01 56 79 17 90
Courriel : fondation@med-alz.org
Site : www.fondation-mederic-alzheimer.org
Directeur de la publication : Bruno Anglès d'Auriac -
Directeur de la rédaction : Michèle Frémontier - Rédacteur en chef : Marie-Antoinette Castel-Tallet - Rédacteur en chef adjoint : Dr Jean-Pierre Aquino - Ont participé à ce numéro : Jean-Pierre Aquino, Marie-Antoinette Castel-Tallet, Kevin Charras, Olivier Coupry, Christelle Pivardière, Hervé Villet (FMA), Vincent Brouart (Mutualité française Anjou-Mayenne), Angélique Doumenc (Ehpad Domaine de la Cadène), Agnès Giboreau (Institut Paul Bouse), Guylaine Valère (Ehpad Korian Les Saules), Fabienne Verdureau (Association Mémoire & Santé) Maquette : A CONSEIL Impression : ITF - Imprimé sur Coccoon offset 120 g/m², 100 % recyclé, FSC® - ISSN : 1954-9954 (imprimé) - ISSN : 1954-3611 (en ligne) - Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources.

Abonnez-vous à



- La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer



- La Revue de presse nationale et internationale



- La Lettre d'information Mieux vivre ensemble la maladie d'Alzheimer

Sur : www.fondation-mederic-alzheimer.org

La Fondation Médéric Alzheimer est habilitée à recevoir des dons et des legs

Vous pouvez soutenir nos actions

et favoriser le bien-être et l'autonomie des personnes malades en faisant un don à :

Fondation Médéric Alzheimer - 30 rue de Prony - 75017 Paris

www.fondation-mederic-alzheimer.org