

Guide pratique

2023

EDITION

LES FRAGILITÉS SENSORIELLES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

*Le guide pour agir dans
les établissements de
Nouvelle-Aquitaine.*

Dans ce guide :

- le cadre réglementaire
- les pathologies
- des fiches outils
- des avis d'experts
- des ressources en ligne





LE CCECQA

Le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Nouvelle-Aquitaine (CCECQA) a été fondé en 1996, avec une ambition : promouvoir la qualité des soins et la sécurité des patients. Désignée structure régionale d'appui (SRA) en 2018 par le Directeur Général de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, le CCECQA intervient auprès des établissements de santé et médico-sociaux de la région, au travers de sensibilisations et formations, d'accompagnements, de visites de risques, de campagnes, de création d'outils et de gestion de projets. Méthodologistes, nous avons la volonté d'accompagner au mieux les structures dans leur montée en compétences propres, notamment en proposant des espaces d'échanges autour des pratiques et des méthodes innovantes (mesure de la culture sécurité, communautés de pratiques, visites apprenantes, recueil de l'expérience patient...). Nous avons acquis une expertise dans l'analyse des causes et la gestion des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS), dans l'élaboration de cartographies des risques, l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique et plus globalement la culture sécurité. La certification et l'évaluation des structures selon les référentiels HAS sont également des sujets plébiscités par les structures tant sanitaires que médico-sociales.

✉ communication@ccecqa.fr



FRANCE ASSOS SANTE NOUVELLE AQUITAINE

France Assos Santé est le nom que s'est choisi l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) créée en mars 2017, dans la continuité d'une mobilisation inter-associative de plus de 20 ans. Organisation de référence pour représenter et défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, sa mission est inscrite dans le Code de la santé publique. Forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales, elle anime un collectif de plus de 80 associations nationales et de plusieurs centaines d'associations régionales qui agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. A travers ses actions de plaidoyer, elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.

✉ nouvelle-aquitaine@france-assos-sante.org

GERONTOPOLE NOUVELLE-AQUITAINE

Le GÉrontopôle Nouvelle-Aquitaine s'inscrit dans le positionnement de la Nouvelle-Aquitaine comme territoire d'excellence pour le bien vieillir. Notre objectif ? Réussir le défi du bien vieillir en Nouvelle-Aquitaine, en prenant en compte tous les leviers d'action : la prévention, la promotion d'un vieillissement dynamique, la formation des personnels, l'accompagnement de la personne âgée dans tous ses choix, quels que soient ses besoins dans la société d'aujourd'hui et de demain ! C'est un lieu de convergence de toutes initiatives d'intérêt général en lien avec le soutien à l'autonomie, portées par tous les acteurs régionaux de la recherche, du soin, de l'aide à domicile, des pouvoirs publics, des entreprises, des associations d'usagers, des living lab, etc. La vocation du GÉrontopôle Nouvelle Aquitaine est de rapprocher et renforcer la dynamique autour du vieillissement entre les acteurs de la recherche, du soin, de la formation, de l'innovation et de l'entreprise et les collectivités territoriales. Le GÉrontopôle Nouvelle Aquitaine se positionne comme un acteur majeur de valorisation du territoire et de ses acteurs, et de création de valeur pour mieux répondre au défi du vieillissement.

contact@gerontopole-na.fr ✉



A PROPOS

« Qualité de vie et sens au grand âge »

Le projet « Qualité de vie et sens au grand âge », porté par le CCECQA, France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine et le GÉrontopôle Nouvelle-Aquitaine a pour ambition de favoriser l'accès au dépistage, aux soins et à l'appareillage adapté, pour compenser les fragilités visuelles, auditives et bucco-dentaires chez les personnes âgées vivant en institution.

Le projet « Qualité de vie et sens au grand âge »

Le projet « Qualité de vie et sens au grand âge », porté par le CCECQA, France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine et le GÉrontopôle Nouvelle-Aquitaine a pour ambition de favoriser l'accès au dépistage, aux soins et à l'appareillage adapté, pour compenser les fragilités visuelles, auditives et bucco-dentaires chez les personnes âgées vivant en institutions.

Une enquête préliminaire menée en 2019 auprès d'un échantillon d'EHPAD de la région a permis de confirmer que les établissements, dans leur majorité, n'opèrent pas de dépistage, ni de suivi systématique de ces fragilités. Ainsi, les résidents n'accèdent que rarement et difficilement aux soins et à un éventuel appareillage.

Les principaux freins relevés sont les difficultés d'accès aux cabinets des professionnels (délais d'obtention de RDV, déplacements coûteux, pénibles et anxiogènes) et le reste à charge pour les patients. Cependant, **des éléments de contexte apparaissent comme favorables**, levant des freins importants repérés lors de notre enquête préliminaire :

- La réforme « 100% santé » prévoit, pour l'appareillage auditif, visuel et dentaire, qu'une offre soit systématiquement proposée avec un reste à charge zéro,
- Des professionnels de santé proposent d'« aller vers » les personnes qui ne se déplacent pas facilement ; des solutions dans le champ de la e-médecine peuvent également venir en support de ces professionnels mobiles (pour vérifier l'absence de pathologie, la pertinence de l'appareillage).

Devant l'importance de ces enjeux pour la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées, le projet vise trois objectifs complémentaires :

- Informer les directions et cadres des institutions sur les fragilités sensorielles, les principales pathologies, leurs impacts sur la qualité de vie des résidents ;
- Donner à comprendre le cadre réglementaire actuel pour le dépistage, les soins, l'appareillage des résidents ;
- Outiller les EHPAD pour qu'ils disposent des ressources utiles pour construire leur projet de prévention-soins et appareillages.

Une première action concrète a été organisée en 2022 proposant un cycle de 4 webinaires thématiques à destination des directeurs et cadres d'EHPAD de Nouvelle-Aquitaine, afin de les sensibiliser à l'intérêt de la prise en charge des fragilités sensorielles et de les informer sur les initiatives déployées dans la région.

En 2023, nous proposons ce guide « Qualité de vie et sens au grand âge » avec l'ambition de proposer des clefs d'entrée pour comprendre et agir.

Le guide, dans cette première version, ne peut garantir l'exhaustivité des informations. Gageons que ce travail sera enrichi d'initiatives et de pratiques venant du terrain. Nous invitons l'ensemble des acteurs à nous faire part de leurs actions en faveur du bien-vieillir au sein des EHPAD et résidences pour personnes âgées.

A qui s'adresse ce Guide ?

Au sein d'un établissement ou d'un organisme gestionnaire, ce Guide s'adresse :

- A la direction et à l'encadrement (Infirmiers coordinateurs-IDE, Cadres de santé...),
- Au médecin coordonnateur,
- Au responsable qualité,

Mais aussi à tout professionnel impliqué dans la prise en charge de la prévention, des soins et/ou de l'appareillage des personnes âgées.

Qu'allez-vous y trouver ?

Pour chaque thématique – Vision, Audition, Bucco-dentaire – un ensemble de fiches complémentaires vous est proposé :

- Les pathologies liées à l'âge, leurs impacts sur la santé et la qualité de vie des personnes,
- Des fiches outils pour étayer les savoir-faire des professionnels et mettre en œuvre vos actions,
- Des avis d'experts,
- Le cadre réglementaire pour faciliter les interventions en EHPAD.

Vous trouverez également des informations qui vous permettent d'envisager des actions au sein de votre établissement :

- Les possibilités de financement des actions de prise en charge des fragilités sensorielles au sein de votre établissement,
- Les pistes de valorisation des actions au regard du nouveau dispositif d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2022,
- Des ressources en ligne.

Chaque partie thématique est indépendante et peut être lue, imprimée, utilisée comme support d'information et de sensibilisation pour l'ensemble de votre équipe.

Un code couleur vous permet également de vous situer dans les thématiques :



PROJET 4**MODE D'EMPLOI** 5**AVANT-PROPOS** 9

Pr Achille TCHALLA, Chef du Pôle de Gériatrie clinique, CHU Limoges, Directeur Laboratoire VieSanté, UR 24134, Vieillesse-Fragilités-Prévention-E-Santé, Université de Limoges

Jacqueline TALIANO, Présidente de la Commission Spécialisée pour la Prise en charge et les Ac-compagnements Médico-Sociaux (CSPAMS) - Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Nouvelle-Aquitaine

LES FRAGILITÉS SENSORIELLES ET LEUR PRISE EN COMPTE DANS LES ÉTABLISSEMENTS 10**Contexte** 12

Equipe Projet Qualité de vie et sens au Grand Age

Mieux comprendre les fragilités sensorielles

Aménagement des EHPAD 16

Lisa POTTIER, Responsable R&D et Arnaud BIZIEN, Ergothérapeute, ALOGIA

Aménagement des établissements : penser le confort des résidents

Cadre réglementaire général 20

Maître Agathe VITOUR, Avocate en charge du droit de l'action sociale, Cabinet Accens Avocats Conseil

Modalités d'intervention des professionnels de santé en EHPAD 20

Questions relatives au dépôt des biens des usagers 24

Périmètre de compétence d'un médecin coordonnateur 27

Financement des appareillages 28

Delphine HERNU, Directrice Adjointe-Direction Santé, Fédération Nationale Mutualité Française

La réforme du reste à charge zéro ou « 100% santé »

Financements possibles pour des actions en établissements 32

Equipe Projet Qualité de vie et sens au Grand Age

Les financements possibles pour des actions en établissement

Dispositif d'évaluation 34

Equipe Projet Qualité de vie et sens au Grand Age

Valoriser vos actions lors de l'évaluation de l'établissement

LA SANTÉ VISUELLE 36**Pathologies et Impacts** 38

Pr Cédric Schweitzer, MD, PhD, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, CHU Bordeaux, Glaucome & Cataracte Service d'ophtalmologie, Centre François Xavier Michelet, Bordeaux

Pathologies et impacts des fragilités visuelles chez les personnes âgées institutionnalisées

Cadre réglementaire 42

Maître Agathe VITOUR, Avocate en charge du droit de l'action sociale, Cabinet Accens Avocats Conseil

Modalités d'intervention des opticiens en EHPAD 42

Modalités d'intervention des orthoptistes en EHPAD 47

Fiche Outil 50

Dr Kirwan ASSELINEAU, Chirurgien Ophtalmologiste, co-fondateur et formateur chez OFORIS

Détecter une situation de déficience visuelle

Fiche Outil 52

Sophie CHAPPUIS, directrice générale et Philippe JOOS, responsable support et développement, E-Ophtalmo

Examen de la vue et télé-médecine en ophtalmologie

Fiche Outil 55

Grille de repérage des fragilités sensori-cognitives à l'entrée en EHPAD

Fiche Outil 56

Marie METAIS, personne ressource et malvoyante et Leila YAHIAOUI, Responsable du pôle prévention et sensibilisation, Union Nationale des Aveugles et Déficients Visuels

Trucs et astuces pour les personnes déficientes visuelles en EHPAD

Avis d'Expert 59

Thierry COIGNAC, Opticien et formateur, OPTI'PROX

A quoi sert l'intervention d'un opticien en EHPAD ?

LA SANTÉ AUDITIVE 64**Pathologies et Impacts** 66

Dr Alain QUEYROUX, ORL, Centre Hospitalier de Guéret

Pathologies et impacts des fragilités auditives chez les personnes âgées institutionnalisées

Cadre réglementaire 68

Maître Agathe VITOUR, Avocate en charge du droit de l'action sociale, Cabinet Accens Avocats Conseil

Les modalités d'intervention des audioprothésistes en EHPAD

Fiche Outil 73

Théodore MAGDELEINAT, Audioprothésiste D.E, ATOL Bastide - Bordeaux

L'entraînement auditif : des séances de « kiné des oreilles »

Fiche Outil 75

Nicolas LE FOLL, Responsable actions de prévention et de dépistage, TOKTOKDOC

La télé-médecine au service de la santé auditive

Fiche Outil 76

Grille de repérage des fragilités sensori-cognitives à l'entrée en EHPAD

Avis d'Expert 77

Théodore MAGDELEINAT, Audioprothésiste D.E, ATOL Bastide - Bordeaux

L'appareillage auditif des résidents en EHPAD

LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

82

Fiche Pathologies et Impacts 84

Dr Jacques WEMAERE, Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Chirurgiens-dentistes Nouvelle-Aquitaine

Pathologies et impacts des fragilités bucco-dentaires chez les personnes âgées institutionnalisées

Cadre réglementaire 87

Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Nouvelle-Aquitaine

Modalités d'intervention des chirurgiens-dentistes en EHPAD

Fiche Outil 89

Equipe Projet Qualité de vie et sens au Grand Age

L'hygiène bucco-dentaire des résidents en EHPAD

RESSOURCES

94

REMERCIEMENTS

99

CONTRIBUTEURS

100

Fiche Outil 90

Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Nouvelle-Aquitaine - Union Régionale des Professionnels de Santé Chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Aquitaine

Grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire

Fiche Avis d'Expert 91

Dr Elizena BARBOSA-ROGIER, Chirurgien-dentiste à Bordeaux et au sein de l'EHPAD « Le Hameau de la Pelou », à Créon (Gironde)

Installer un cabinet dentaire au sein d'un EHPAD

AVANT PROPOS

Pr Achille Tchalla



Chef du Pôle de Gériatrie clinique, CHU Limoges, Directeur Laboratoire VieSanté, UR 24134, Vieillesse, Fragilités, Prévention, E-Santé, Université de Limoges

Ce guide pratique rentre dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des fragilités sensorielles pour garantir une qualité de vie aux personnes âgées. L'idée de ce guide est venue d'un constat que les déficiences sensorielles sont sous-diagnostiquées voire banalisées et non prises en charge dans un contexte de difficultés d'accès aux soins spécialisés (bucco-dentaires, visuelles et auditives).

A partir d'un regard croisé sur la base des retours d'expériences des équipes de terrain (professionnels de santé, directeurs d'établissements, chefs d'entreprises, associations et usagers) et des recommandations scientifiques, et dans une approche pluridisciplinaire, les auteurs de ce guide ont voulu sensibiliser et proposer des solutions concrètes pour le repérage des déficiences sensorielles et pour l'accompagnement personnalisés des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées en Région Nouvelle-Aquitaine. Des recommandations et outils pratiques sont proposés dans cet ouvrage.

Des difficultés n'ont pas manqué dans la réalisation de ce guide. Elles concernent particulièrement la disponibilité de données fiables et actuelles (liées au sous diagnostic) mais elles ont été compensées par la mobilisation des professionnels de santé et des spécialistes durant les conférences thématiques organisées. Ces mobilisations ont permis la mise en lumière et le partage des initiatives de nos territoires en termes d'innovations sociales et organisationnelles intégrant parfois des outils digitaux (objets connectés, télémédecine) et des engagements citoyens à promouvoir un accès à TOUS à la santé bucco-dentaire, visuelle et auditive et plus particulièrement pour les personnes âgées en établissement en Région Nouvelle-Aquitaine.

Jacqueline Taliano,



Présidente de la Commission Spécialisée pour la Prise en charge et Les Accompagnements Médico-Sociaux (CSPAMS) - Conférence Régionale de La Santé et de L'Autonomie (CRSA) Nouvelle-Aquitaine

La commission spécialisée pour la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux apprécie la démarche et salue le travail effectué pour la réalisation de ce guide pratique à destination des professionnels exerçant en EHPAD ; ce projet s'inscrit tout à fait dans le cadre d'une politique de prévention en institution, telle qu'elle est souhaitée par les membres de la commission.

Au-delà de l'information sur les troubles sensoriels et leurs impacts sur la qualité de vie des usagers, ce guide met à disposition des professionnels des conseils pratiques pour dépister les difficultés et initier les réponses possibles.

Sensibiliser les professionnels à la prise en compte des fragilités sensorielles contribuera ainsi à maintenir le niveau de bien être des usagers.

La commission exprime le vœu que les structures s'emparent de ce guide et qu'un suivi de la mise en œuvre soit réalisé, et que la commission soit tenue informée des suites.



A large, stylized number '1' in a light green color with a drop shadow, positioned at the top of a white circular graphic element.A decorative graphic on the left side of the page, featuring a white circle with a dark blue background. The circle is partially filled with a teal, orange, pink, and purple color gradient. A large, stylized number '1' is positioned at the top of the circle. The text 'LES FRAGILITES SENSORIELLES ET LEUR PRISE EN COMPTE DANS LES ETABLISSEMENTS' is written in white, bold, uppercase letters on the right side of the circle.

***LES FRAGILITES
SENSORIELLES
ET LEUR PRISE EN
COMPTE DANS LES
ETABLISSEMENTS***



En Nouvelle-Aquitaine, dans la région la plus âgée de France, 9,8% des Néo-Aquitains de 75 ans ou plus habitent une maison de retraite ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

• APPROPRIATION DE L'ENVIRONNEMENT ET CAPACITÉS SENSORIELLES

Vieillir en EHPAD ou en maison de retraite représente une étape dans le parcours de vie de 67 600 néo-aquitains dont la moitié a plus de 88 ans et les trois quarts sont des femmes [1].

Les établissements d'hébergement pour les personnes âgées, dépendantes ou non, proposent une solution d'habitat qui doit permettre à la personne de bénéficier d'un accompagnement ou de services adaptés à ses besoins de santé [2].

Les résidents doivent alors évoluer dans un **environnement où tout est à découvrir** : les aménagements, les circulations, les équipements, les interactions avec les professionnels et les autres résidents, les règles de vie et les normes.

Les enjeux de l'appropriation de ce nouvel environnement sont fondamentaux. L'espace approprié contribue en effet à l'identité de l'individu, il produit de la sécurité, de la prédictibilité et de la stabilité. **L'espace devient espace vécu lorsqu'il est investi par une expérience sensorielle, motrice, affective et sociale.** En somme, pour vivre cette nouvelle expérience environnementale, il est primordial que les nouveaux résidents puissent percevoir, comprendre et contrôler cet environnement.

Mais pour certains résidents, cette expérience peut être sévèrement limitée par la diminution de leurs capacités sensorielles. Le processus de vieillissement se manifeste en effet par des changements physiologiques qui affectent la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat et le toucher. Au-delà de

60 ans, plus de 82% de personnes sont concernées par une déficience visuelle et près de 33% par une déficience auditive [3]. Parmi les résidents des EHPAD, 35 à 50% souffrent de pathologies dentaires et bucco-dentaires [4].

Ces altérations ont des conséquences sur la perception, la compréhension et la capacité d'agir sur son environnement. **La santé et la qualité de vie des résidents peuvent alors être lourdement impactées** : isolement, perte de l'estime de soi, troubles de la communication et du comportement, dépression, dénutrition, déclin cognitif. **La diminution des capacités sensorielles accélère la survenue de la dépendance**, avec une augmentation non négligeable des accidents, des chutes, ainsi qu'une aggravation des pathologies générales.

La prévention, le repérage des déficiences sensorielles et l'ensemble des réponses à y apporter constituent donc un enjeu majeur de santé publique. Les EHPAD apparaissent comme les vecteurs de prévention en santé, des espaces potentiels de repérage et des facilitateurs d'aide et de compensation pour les personnes qu'ils accueillent. Si toutes les déficiences sensorielles ne peuvent être prévenues, elles doivent toutes être repérées afin d'adapter au mieux l'accompagnement par des aides techniques, des savoir-faire et savoir-être, un aménagement architectural adapté [5].

• LES DÉFICITS SENSORIELS

Bien qu'avec une forte variabilité interpersonnelle, les déficits sensoriels sont corrélés à l'âge. On observe chez les personnes âgées [6] :

- Une baisse de la **vision** jusqu'à la cécité : glaucome, DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge), rétinopathie diabétique, cataracte, etc. Les altérations fonctionnelles concernent non seulement l'acuité visuelle, mais aussi le seuil de vision crépusculaire et la perception de l'axe bleu-jaune-vert.
- Une dégradation de l'**audition** jusqu'à la surdité : presbycusie. Il y a en général altération préférentielle des sons aigus. A partir de la soixantaine, le problème n'est pas tant de percevoir les sons que de comprendre le langage parlé (brouillage des voix, acouphènes, chevauchement de sens...). La moitié des personnes âgées de plus de 80 ans sont sourdes ou malentendantes.
- Une légère altération du **goût** (les saveurs fondamentales sont : sucré, salé, acide, amer, et peut-être glutamate, qui reste controversée). L'involution gustative paraît particulièrement hétérogène. La discrimination sucré/salé peut s'altérer en cas de diminution des sécrétions salivaires. Il semble qu'après 75 ans certaines personnes voient leur seuil de sensibilité gustative augmenter. Le goût des personnes âgées pour le sucré peut s'expliquer aussi par des facteurs psycho-affectifs.
- Une altération de l'**odorat**, également controversée. Les cellules sensorielles de l'olfaction (qui interviennent aussi dans la reconnaissance des aliments) sont semble-t-il renouvelées de manière importante tout au long de la vie. Certaines études réfutent une hyposmie liée à l'âge, alors que d'autres mettent en avant une plus faible intensité de perception des odeurs et une baisse de la capacité d'identification d'une odeur après 50 ans. Dans le domaine de l'odorat, l'influence du mode de vie est plus que jamais déterminante (tabagisme, pollution...).
- Une diminution légère des **sensations tactiles**, liées à la pression et à la température, ainsi que de la perception de la douleur.

Les déficits sensoriels peuvent être liés au vieillissement des organes sensoriels, mais aussi à celui du système nerveux qui transmet et traite les informations captées par ces organes. **Chez la personne âgée, si les déficits sensoriels peuvent être partiels, ils sont souvent associés.**

• IDÉES REÇUES

La détérioration de la qualité et de la quantité des informations sensorielles va compromettre l'adaptation des personnes âgées à leur environnement de nombreuses manières. Son impact peut être d'ordres somatique, psychologique aussi bien que social [7].

Malgré ces impacts majeurs sur la santé et la qualité de vie, le déclin de l'acuité visuelle et auditive ainsi que l'altération de la sphère bucco-dentaire chez les personnes âgées font parfois l'objet d'idées reçues qu'il convient de combattre afin de prendre en charge de manière efficace les déficits sensoriels.

[1] INSEE. (2022). Les données de population 2019. Insee Flash Nouvelle-Aquitaine, n°76.

[2] La santé est envisagée dans ses dimensions physiques, psychologique et sociale, en accord avec la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

[3] INSEE. (2011). Enquête Handicap-Santé en 2008. Volet Ménages.

[4] UFSBD et AGIRC ARRICO. (2017). Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées, p.7.

[5] Haute Autorité de Santé. (2016). Recommandations : Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées.

[6] Covelet, R., « Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées », Gériatologie et société, vol. 30/123, no. 4, 2007, pp. 249-262.

[7] Ibid.

**« Elle a des lunettes, donc elle voit bien »**

Avoir – ou pas – des lunettes ne constitue pas une indication suffisante de la qualité de la vue d'une personne. Certaines personnes âgées gardent leurs lunettes 20 ans, d'autres n'en sont pas équipées faute de consultation chez un ophtalmologiste. Il est donc essentiel d'être attentif aux attitudes et comportements de la personne dans son environnement (lumière toujours allumée, ralentissement de la marche, volet toujours baissé à mi-hauteur, arrêt de la lecture...) et de réaliser des mesures de la vue régulièrement afin d'ajuster la correction optique chez les personnes âgées [8].

**« Il trouve les miettes sur la table, ça m'étonnerait qu'il ne voie pas bien ! »**

Il ne faut pas confondre la vision de près et la vision de loin. Pour illustrer cette différence, prenez deux feuilles de papier que vous roulez en tubes très serrés et mettez-les devant vos yeux. Vous pourrez très certainement voir des miettes sur une table en face de vous, mais si on vous demande de sortir de la pièce, vous vous cognerez très certainement dans le premier meuble que vous rencontrerez. Il est donc important de comprendre les déficiences visuelles pour comprendre comment les personnes voient leur environnement [9].

**« Les personnes âgées se tachent facilement »**

On associe souvent le grand âge avec les vêtements tachés. Pourtant l'apparence peu soignée de la personne, de ses vêtements ou de son intérieur, est liée très souvent à une mauvaise vue et non à un laisser-aller comme le pensent beaucoup de gens. Même si l'on comprend les causes de ces défauts esthétiques, cela dégrade l'image des personnes âgées concernées et entrave leurs relations sociales [10].

**« Il entend ce qu'il veut bien entendre ! »**

Quand on entend mal, on ne fera davantage d'efforts pour entendre que si l'on est vraiment motivé. Alors que si l'on est correctement appareillé, on entendra à peu près tout sans effort particulier. Et puis, en se dégradant, la perception devient fonctionnellement sélective: ainsi, en vieillissant, on a tendance à perdre d'abord la perception des aigus, donc on entendra mieux, par exemple, certaines voix plutôt dans les graves [11].

**« Les personnes âgées répondent souvent à côté »**

On attribuera les réponses inadaptées d'un vieux monsieur à du « gâtisme » ou de la démence, là où il faudrait repérer des troubles auditifs. Car les représentations du vieillissement dans notre société actuelle sont tellement marquées par la pathologie mentale, qu'on la détecte trop souvent abusivement. Un trouble du comportement chez un jeune donnerait lieu à toutes sortes d'hypothèses (dont la détérioration cérébrale serait d'ailleurs souvent exclue), alors que chez une personne âgée, ce trouble évoquerait tout de suite une démence, sans qu'on s'attarde trop à chercher d'autres explications. Le pire se produit quand la personne est effectivement démente : on n'éprouve aucun besoin de chercher d'autres causes à ses errements, puisque le diagnostic de démence est validé et que la démence peut tout expliquer. Et pourtant, certains comportements inadaptés d'un dément peuvent être beaucoup plus imputables à un trouble sensoriel qu'à la démence elle-même. Ce genre d'attribution abusive est particulièrement fréquent en institution, où la pathologie démentielle est devenue banale pour les équipes de soins [12].

**« Je peux faire du bruit, il est sourd comme un pot ! »**

Le fait d'avoir une déficience auditive ne protège pas des bruits intenses, au contraire : si l'oreille, en vieillissant, devient moins sensible aux sons faibles, elle devient malheureusement plus vulnérable aux sons forts. La personne âgée ressentira une douleur à des niveaux sonores plus faibles qu'un jeune, notamment en ce qui concerne les bruits percussifs (le réflexe stapédien de l'oreille moyenne fonctionnera moins bien [13]).

**« On peut être en bonne santé même sans prendre soin de ses dents » [14]**

Sur le long terme, un mauvais état bucco-dentaire a des conséquences physiques, psychiques et sociales très importantes. Cela peut conduire à un délabrement de la dentition entraînant une dénutrition et, de fait, l'affaiblissement de la personne. De même, une élocution diminuée représente un frein aux rapports sociaux pouvant aboutir à un isolement et au repli sur soi. Négliger ses dents, c'est à la fois négliger son confort et sa qualité de vie et risquer des pathologies bien plus graves.

**« Perdre ses dents est normal à partir d'un certain âge » [15]**

Ce n'est pas une fatalité. Une bonne hygiène bucco-dentaire et un suivi régulier contribuent à retarder la perte de dents, voire à l'éviter totalement.

**« Les soins dentaires coûtent cher »**

Pris à temps, les problèmes dentaires relèvent souvent d'un traitement simple pris en charge par l'Assurance maladie et la complémentaire santé. Il est donc important de rapidement prendre en compte les signaux d'alerte (sensibilité des dents, saignements des gencives, mauvaise haleine, etc.). En cas d'indication de prothèses dentaires, la prise en charge financière peut être étudiée [16].

[8] [9] Voir la fiche « A quoi sert un opticien en EHPAD ? Une question de positionnement professionnel », Thierry Coignac, OPTIPROX »

[10] Covelet, R. (2007). Op. Cit.

[11] Ibid. [12] Ibid.

[13] Le réflexe stapédien met en jeu un petit muscle qui, lorsque l'oreille est soumise à un son particulièrement intense, se contracte par un réflexe de protection et bloque les mouvements de l'étrier, isolant ainsi l'oreille interne de vibrations trop importantes.

[14] Idées reçues issues de l'ouvrage AGIRC ARRCO. (2018). Bien vieillir : Les déterminants de la santé bucco-dentaire (les idées reçues). En partenariat avec la CNAV. Etude nationale.

[15] Ibid. [16] Voir la fiche « La réforme du reste à charge ou le 100% santé ».

Fiche rédigée par Lisa POTTIER, Responsable R&D et Arnaud BIZIEN, Ergothérapeute, ALOGIA

•• **LE CONFORT DES HABITANTS EN EHPAD : PLUS QU'UNE QUESTION SECONDAIRE, UNE NÉCESSITÉ**

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Par-là, elle entend considérer des facteurs comme le confort physique (se sentir bien dans l'espace) et la satisfaction de besoins d'interactions sociales ou d'estime de soi.

Dans les EHPAD, il est essentiel de passer à une logique domiciliaire, sans opposer la prise en soin à la qualité de vie partagée afin de pouvoir apporter à ces habitants, un complet bien-être.

Le confort des habitants passe, entre autres, par l'appropriation de l'espace, par l'opportunité de se sentir chez soi, c'est-à-dire des lieux avant tout pensés comme des domiciles :

- des lieux où les habitants sont réellement chez eux, où ils personnalisent leurs logements, le décorent et y apportent leurs meubles. Des lieux où ils retrouvent leurs habitudes, où leurs animaux de compagnie sont bienvenus, où ils peuvent recevoir qui ils veulent, quand ils veulent.
- des lieux où ils sont libres : libres d'aller et de venir, de vivre à leur rythme, de manger selon leurs horaires.
- Des lieux conviviaux, ouverts et où la présence du personnel est sécurisante [1].

Or, les contraintes posées par les normes d'un lieu de soin entravent souvent les caractéristiques d'un lieu de vie. Par quels moyens peut-on alors favoriser le confort des habitants et du personnel et favoriser le sentiment du chez-soi, tout en maintenant les obligations liées aux soins ? Une attention particulière portée aux caractéristiques sensorielles des EHPAD peut aller dans ce sens.

•• **PENSER LE BIEN-ÊTRE DES HABITANTS ET DU PERSONNEL : LES OBJECTIFS À ATTEINDRE**



L'appropriation de l'environnement

L'appropriation de l'environnement est essentielle pour permettre aux habitants de se sentir chez eux, et pour permettre au personnel de travailler de manière fluide.

En renforçant le sentiment du chez-soi (en suscitant un sentiment d'appartenance par exemple, ou de libre arbitre), le bien-être de l'habitant est favorisé et ce bien-être permet une meilleure adhésion aux soins. **La relation thérapeutique est ainsi améliorée.**

L'appropriation de l'environnement permet également aux personnes de mieux se repérer dans les lieux et de mieux identifier les fonctions des espaces. C'est d'une part, rassurant, et d'autre part, cela permet le maintien d'habitudes antérieures et donc **cela limite la rupture entre le passage du domicile ordinaire à l'EHPAD.**



La sécurisation

Atteindre la sécurisation des espaces en EHPAD répond à trois principaux objectifs :

- **Limiter les chutes et les blessures** dues à l'environnement : aider à la lisibilité des espaces (marches, portes, meubles...), repérer les aires de circulation et les transitions, appréhender les obstacles, signaler les zones à risque (encadrure de porte, changement de niveau, zone d'ouverture de porte automatique...);
- **Renforcer le sentiment de sécurité individuel** ce qui permet de lutter contre l'isolement social : l'insécurité engendre un repli sur soi et une immobilité alors qu'au contraire, un lieu rassurant encourage à la participation sociale (se déplacer, participer à des activités...);
- **Maintenir les capacités physiques et cognitives** par la stimulation à l'activité et par la limitation du risque de chute.



La confortabilité des espaces

Le troisième objectif à atteindre pour favoriser le bien-être dans les EHPAD est axé sur le confort. Il se décline en deux orientations :

- **Favoriser un environnement physique agréable** pour que la personne se sente bien et ait envie d'utiliser les espaces et les équipements ;
- **Détourner l'attention des douleurs ou inconforts** par des choix de mobilier judicieux, par des dispositifs thérapeutiques non médicamenteux ou par des ambiances sonores et visuelles apaisantes.



La formation et la sensibilisation du personnel aux déficits sensoriels

Enfin, le dernier objectif de cette revue permettant le bien-être dans les EHPAD peut se traduire par une **action pédagogique auprès des professionnels** afin d'amener les soignants à proposer un savoir-faire et un savoir-être adaptés à la situation de chaque personne : les inviter à se projeter et à adopter des attitudes et des comportements adéquats.

[1] CNSA. (2022). *Demain, quels lieux de vie pour les personnes âgées ? Des solutions de demain.*

•• QUELQUES SOLUTIONS TRANSVERSALES POUVANT ÊTRE MISES EN ŒUVRE EN EHPAD POUR AMÉLIORER LE CONFORT SENSORIEL DES HABITANTS ET DU PERSONNEL

Conseil

- Faire appel à un Assistant à Maîtrise d'Usage (AMU) afin d'être accompagné sur la prise en compte et l'intégration des besoins des usagers lors de la réalisation de travaux ou d'aménagements [2].
- Proposer une **visite guidée d'entrée** à chaque nouvel habitant et à ses aidants, axée sur le repérage des espaces et des dispositifs facilitant le repérage (code couleur, dispositifs sonores, signalétique...)
- **Choisir les fonctions et activités des pièces en fonction de leur morphologie** : privilégier de petits espaces pour se détendre, pour partager un moment intimiste, pour lire et de plus grands espaces pour les moments conviviaux, les activités de groupe. Éviter les espaces vides et sans fonction distincte.
- Favoriser la **lisibilité des espaces** : par exemple mettre des hublots sur les portes qui séparent les couloirs et les lieux collectifs.
- Penser une **signalétique unique** pour favoriser le repérage et rassurer : choisir une couleur par étage, indiquer le cheminement vers différents espaces (flèches, panneaux, marquage spécifique de porte...), créer des noms de rues pour localiser les couloirs, doubler les informations écrites d'informations audio, utiliser des pictogrammes simples et de grande taille...
- **Améliorer l'éclairage** des lieux collectifs et individuels : créer des spécificités en fonction des usages, favoriser un éclairage tamisé pour les espaces intimistes ou privé (salon télé, chambre) et un éclairage plus soutenu pour les espaces d'activité comme la salle de bain et la cuisine.
- **Renforcer les contrastes** sur le bâti et sur le mobilier : distinguer les sols et les murs, faire ressortir les mains courantes et les barres d'appui, contraster les cadres de portes, les interrupteurs...

- **Éviter les zones d'ombre** dans les espaces d'activité soutenue tels que la cuisine ou la salle de bain, pour mieux appréhender l'espace et limiter le risque de chute ainsi que faciliter l'activité (par exemple identifier le bon comprimé).
- Faire **varier l'intensité lumineuse** en fonction de l'heure, suivre le rythme de la lumière naturelle.
- Installer des **chemins lumineux** pour guider les habitants la nuit (du lit aux toilettes notamment).
- Installer un **dispositif de sonnette via un signal lumineux** à la porte d'entrée de l'espace privatif.
- **Adapter le volume sonore** des alertes à destination des soignants.
- **Éviter les résonances** en installant des rideaux, des revêtements absorbants, des plafonds bas...
- Installer des **dispositifs sonores** tels que des sonnettes aux portes d'entrée des espaces privatifs.
- Créer des **ambiances sonores** en fonction des pièces et de leurs usages : une musique relaxante dans le petit salon, une musique plus dynamique dans la salle d'activité...
- Positionner des **bandes podotactiles** pour signifier les changements de niveaux.
- Privilégier des matières texturées telles que des tissus, des matières naturelles pour **stimuler le sens du toucher**.

[2] Voir les prestations intellectuelles proposées par le Resah (Réseau des Acheteurs Hospitaliers)

Deux possibilités s'offrent donc à l'usager d'un EHPAD :

- > soit il choisit un praticien qui a déjà conclu le contrat d'exercice avec l'EHPAD. L'établissement a l'obligation, en vertu de l'*Article D. 311 du CASF*, de tenir à jour la liste des professionnels de santé conventionnés avec lui et la tient à disposition des usagers ;
- > soit il choisit un praticien et lui demande de conclure le contrat d'exercice avec l'EHPAD. Enfin, il faut signaler qu'en vertu de l'article R. 311-34 du CASF, le professionnel de santé doit se voir remettre le règlement de fonctionnement de l'EHPAD.

Quid d'un EHPAD qui souhaiterait nouer un partenariat avec des professionnels de santé au sein de son établissement pour mener un projet de dépistage (vue, ouïe) ?

En vertu de l'*Article D. 312-155-0 du CASF*, les EHPAD : « proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée ».

Un projet de création de partenariat entre un EHPAD et des professionnels de santé en vue d'actions de prévention et de dépistage de problèmes de vue et de perte d'audition semble donc entrer dans les missions des EHPAD. Il n'existe à ce jour aucune disposition textuelle imposant aux EHPAD de procéder à une forme de mise en concurrence entre professionnels de santé. La jurisprudence a considéré comme valable la convention par laquelle une maison de retraite concède (à une SCP d'infirmières) à titre onéreux l'exercice privilégié, dans ses locaux, des actes infirmiers sur ses pensionnaires, dès lors que le libre choix de ceux-ci est préservé (Cass., Civ. 1, 16 janvier 2007, n° 04-20.711).

La création de tels partenariats semble possible dès lors que l'usager conserve une totale liberté de choisir le professionnel de santé libéral intervenant auprès de lui et qu'il soit informé de cette liberté (en insérant une clause dans le règlement de fonctionnement).

L'obligation de conventionnement

Une convention doit être conclue entre l'EHPAD et tout professionnel de santé libéral intervenant au sein de l'établissement (*Article L.314-12 du CASF*).

Cette convention fixe les engagements réciproques des signataires, les modalités d'intervention du professionnel de santé dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement ainsi que la formation de ce professionnel (*Article R.313-30-1 du CASF*).

Cette convention doit être conforme au modèle fixé par arrêté ministériel^[1].

Le contrat de séjour doit rappeler l'obligation des professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement, de

conclure une convention avec l'EHPAD (*Article D.311 du CASF*).

La liste des professionnels ayant conclu une convention est mise à jour et tenue, à titre d'information, à la disposition des personnes accueillies ou de leurs représentants légaux.

Toute personne accueillie dans un EHPAD peut demander à ce que cette liste soit complétée par la mention d'un professionnel de santé appelé par elle à intervenir dans l'établissement et ayant signé le contrat prévu ci-dessus (*Article D. 311 du CASF*).

Une copie de ces conventions doit être conservée par les établissements afin de les produire aux autorités administratives en cas de contrôle (*Article D. 311 du CASF*).

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les professionnels de santé sont régis par la quatrième partie du code de la santé publique et se subdivisent en plusieurs catégories :

- > Les **professions médicales** comprenant :
 - Les médecins (*Articles L.4130-1 à L.4135-2 du CSP*) ;
 - Les chirurgiens-dentistes (*Articles L.4141-1 à L.4142-7 du CSP*) ;
 - Les sage-femmes (*Articles L.4151-1 à L.4152-9 du CSP*) ;
- > Les **professions de la pharmacie et de la physique médicale** comprenant :
 - Les pharmaciens (*Articles L4231-1 à L4235-1*) ;
 - Les professions de préparateur en pharmacie et de préparateur en pharmacie hospitalière (*Articles L4241-1 à L4244-2*) ;
 - La profession de physicien médical (*Articles L4251-1 à L4252-3*) ;
- > Les **auxiliaires médicaux** (infirmiers, masseur kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, diététiciens) ; aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (*Articles L4301-1 à L4394-4*).

LES PRINCIPES JURIDIQUES

Le libre choix du professionnel de santé

> Principe

La loi garantit à tout patient le libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge (*Article L. 1110-8 du CSP*). L'*Article L. 311-3 du Code de l'action sociale et des familles* (ci-après CASF) reconnaît à tout usager :

« Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé » ;
 « Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché » ;

> Implication de ce principe

Il découle de ce principe qu'un directeur d'EHPAD ne peut valablement interdire à un usager de faire appel au professionnel de santé libéral de son choix et ne peut a fortiori interdire l'accès de son établissement à ce praticien. La liberté de pouvoir faire appel au praticien de son choix doit être rappelée dans le règlement de fonctionnement.

> Aménagement du principe

Toutefois, aménageant ce principe dans les ESSMS, l'article D. 311 du CASF relatif au contenu du contrat de séjour dispose que ce contrat doit mentionner que l'usager ne peut faire appel à un professionnel de santé libéral que si ce dernier a conclu une convention (un contrat) ad hoc avec l'établissement : « V.-Le contrat de séjour comporte : (...) 6° La mention de l'obligation, pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement, de conclure avec ce dernier le contrat prévu à l'article R. 313-30-1 »

[1] Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les EHPAD.

L'obligation du professionnel de respecter le règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement doit être non seulement affiché dans les locaux de l'établissement et remis à chaque usager mais il doit également être remis à toute personne qui exerce au sein de l'EHPAD, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole (Article R. 311-34 du Casf).

Il ressort de ces dispositions que le règlement de fonctionnement doit être remis à tout professionnel (de santé ou non) intervenant (même ponctuellement) au sein de l'EHPAD. Le gestionnaire doit pouvoir justifier d'une telle remise : il est donc conseillé d'opérer une remise contre signature au professionnel ou de conserver une copie de l'exemplaire du règlement de fonctionnement signé par le professionnel en question.

En cas de contrôle des autorités administratives, le respect de ces diligences pourra être vérifié.

• MODALITÉS PRATIQUES D'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS EN EHPAD

Où, quand, comment ?

Le CASF n'impose pas aux gestionnaires d'EHPAD de disposer d'une salle de consultation pour les professionnels de santé libéraux qui seraient amenés à venir ausculter des usagers.

Conseil

Afin de ne pas perturber le fonctionnement de l'établissement, il peut être envisagé de préciser dans le règlement de fonctionnement que les visites des professionnels de santé (hors urgence), aient lieu de préférence pendant une plage horaire prédéfinie (par exemple après la toilette du matin, en dehors des temps de repas et au plus tard avant le dîner).

Télé médecine

Définition de la télé médecine (Article L. 6316-1 du CSP) :

« La télé médecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ».

Parmi les actes de télé médecine, figurent notamment :

- > La **téléconsultation** qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues peuvent également être présents auprès du patient (Article R6316-1 du CSP).
- > La **téléexpertise** qui a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations de santé liées à la prise en charge d'un patient (Article R6316-1 du CSP).

La pertinence du recours à la télé médecine est appréciée par le professionnel médical, le pharmacien ou l'auxiliaire médical (Article R6316-2 du CSP). Les actes de télé médecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne (Article R6316-2 du CSP).

Chaque acte de télé médecine est réalisé dans des conditions garantissant :

- L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;
- L'identification du patient ;
- L'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ;

Le code de la santé publique ne subordonne pas la réalisation d'une téléconsultation à la condition que le patient ait déjà consulté le médecin téléconsultant.

La charte de bonnes pratiques de la téléconsultation établie par l'assurance maladie rappelle :

« Si la téléconsultation peut constituer une aide à la prise en charge d'un patient, la consultation en présentiel reste l'acte de référence, notamment parce que l'examen clinique est le pilier de la prise en charge du patient. La consultation en présentiel doit ainsi être privilégiée dans les situations où elle est possible. Le recours à la téléconsultation relève de la décision du médecin qui doit juger de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en face à face. Le médecin téléconsultant juge de la pertinence de la téléconsultation. La primo-consultation ne constitue pas un motif d'exclusion de la téléconsultation, mais la téléconsultation est d'autant plus pertinente que la relation patient professionnel est déjà établie. Le recours à la téléconsultation doit ainsi prioritairement se faire dans le cadre d'une relation entre un patient et son médecin traitant. Toutes les situations médicales sont a priori potentiellement concernées par la téléconsultation et plus particulièrement les motifs de consultation courants (ex: renouvellement d'ordonnance). Le recours à la téléconsultation relève en tout état de cause de la décision du médecin qui doit juger de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en face à face ».

Lorsque la situation l'impose, une formation du patient à l'utilisation du dispositif de télé médecine peut être organisée.

Si une prescription est réalisée à l'issue de la téléconsultation, elle pourra soit être déposée électroniquement dans un espace sécurisé où le patient la récupérera, soit lui être adressée par courrier.

i Remarque

Il n'existe à ce jour aucune obligation légale ou réglementaire imposant aux EHPAD la mise en place de télé médecine.

Conseil

En cas d'accompagnement des usagers à des consultations de télé médecine, il est conseillé à l'EHPAD :

- De former son personnel à l'utilisation du matériel ;
- D'utiliser des supports garantissant la sécurité des informations médicales ;
- De rédiger en interne des protocoles entourant l'accompagnement à la télé médecine, le stockage des données ;
- De prévoir la réalisation des consultations de télé médecine dans un lieu propre à garantir la confidentialité des échanges ;

Fiche rédigée par Maître Agathe VITOUR, Avocate en charge du droit de l'action sociale, Cabinet Accens Avocats Conseils

Quid en cas de perte ou de détérioration d'une prothèse auditive ou d'une paire de lunettes ? La responsabilité de l'établissement peut-elle être engagée ?

• RÉGIME DE RESPONSABILITÉ

Principe : responsabilité sans faute

L'Article L.1113-1 du CSP fixe un régime de responsabilité de plein droit des gestionnaires d'ESMS accueillant des personnes âgées en cas de perte d'objets déposés entre les mains des préposés. La responsabilité des gestionnaires est ainsi engagée même sans faute[1].

Pour que le régime de responsabilité de plein droit s'applique, il faut qu'il y ait eu « dépôt ».

Exception tenant aux objets pouvant être déposés :

Le dépôt ne peut avoir pour objet que des choses mobilières dont la nature justifie la détention par l'utilisateur durant son séjour dans l'établissement.

Toutefois, la responsabilité sans faute des EHPAD s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenus, lors de leur entrée dans l'établissement, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté et qui, de ce fait, se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt. Dans ce cas, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement. Dès qu'elles sont en état de le faire, les personnes procèdent au retrait des objets non susceptibles d'être déposés (Article L. 1113-3 du CSP).

Les établissements ne sont pas responsables lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose. Il en est de même lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins (Article L. 1113-5 du CSP).

Limite tenant au montant des réparations :

Le montant des dommages et intérêts dus est limité à l'équivalent de deux fois le montant du plafond des rémunérations et gains versés mensuellement retenu pour le calcul des cotisations de sécurité sociale du régime général. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas lorsque le vol, la perte ou la détérioration des objets résultent d'une faute de l'établissement ou des personnes dont ce dernier doit répondre (Article L. 1113-2 du CSP).

Cas des objets déposés mais conservés auprès de l'utilisateur.

En cas de perte, détérioration, vol, l'établissement engage sa responsabilité de plein droit si :

- > il ne s'agit pas de sommes d'argent, de titres ou valeurs mobilières, de moyens de règlement ou d'objets de valeur ;
- > les formalités de dépôt ont été accomplies ;
- > le directeur ou le personnel habilité doit avoir donné son accord pour la conservation de l'objet par la personne (Article R. 1113-3 du CSP) ;

Si ces conditions ne sont pas réunies, l'utilisateur devra démontrer une faute de l'établissement pour engager sa responsabilité.

Responsabilité pour faute

Les établissements ne sont responsables du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés alors que leurs détenteurs étaient en mesure de le faire, sauf si une faute est établie à l'encontre des établissements ou à l'encontre des personnes dont ils doivent répondre (Article L. 1113-4 du CSP).

Concernant la perte de prothèses auditives dans un établissement sanitaire, il a été jugé que :

« lorsqu'il n'a pas été procédé aux formalités de dépôt des biens par une personne qui n'était pas hors d'état de le faire et même en cas de disparition, constatée à l'issue de l'hospitalisation d'un patient dans un établissement public de santé, d'un objet dont la nature justifiait la détention par l'intéressé durant son séjour dans l'établissement et dont il est manifeste que la conservation par devers lui ne pouvait être refusée que pour des motifs médicaux, la responsabilité de l'établissement n'est pas, en principe, engagée de plein droit ; que lorsque l'administration de l'établissement ne satisfait pas à son obligation d'inviter le patient à procéder au dépôt de ses biens en lui donnant toutes les informations utiles et ne le met pas, ainsi, à même de pouvoir se prévaloir de ce que l'établissement avait la qualité de dépositaire de ces biens, elle commet une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement ; que celui-ci ne peut être regardé comme ayant pu éluder sa responsabilité de dépositaire, en commettant cette faute, lorsque, en raison de la nature de l'objet disparu, il est manifeste que le patient aurait accepté de procéder aux formalités de dépôt » (CAA Bordeaux, 2ème Ch., 9 septembre 2014, n° 13BX00559).

• L'OBLIGATION DE DÉPÔT

Une obligation d'information préalable pèse sur le gestionnaire :

Toute personne admise ou hébergée dans un EHPAD doit être invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement.

A cette occasion, une information écrite et orale est donnée à la personne admise, ou si la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, chargée de la mesure. Cette information comprend l'exposé des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises dans l'établissement. Elle précise les principes gouvernant la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés, ainsi que le sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés dans ces établissements. Cette information figure aussi, le cas échéant, dans le règlement intérieur de l'établissement.

La personne admise ou la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, certifie avoir reçu l'information. Mention de cette déclaration est conservée par l'établissement (Article R. 1113-1 du CSP).

Modalités de dépôt

Les dépôts s'effectuent entre les mains du directeur de l'établissement ou d'un préposé désigné par lui (Article R.1113-2 du CSP).

Le dépositaire remet au déposant un reçu contenant l'inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés et, le cas échéant, conservés par lui (Article R.1113-4 du CSP).

Le reçu ou un exemplaire du reçu est versé au dossier administratif de l'intéressé.

[1] « Les établissements de santé, ainsi que les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, sont, qu'ils soient publics ou privés, responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises ou hébergées » (Article L.1113-1 du CSP).

Tenue d'un registre au quotidien

Un registre spécial coté est tenu par le dépositaire. Les dépôts y sont inscrits au fur et à mesure de leur réalisation avec, le cas échéant, mention pour le ou les objets dont il s'agit, de leur conservation par le déposant.

Le retrait des objets par le déposant, son représentant légal ou toute personne mandatée par lui s'effectue contre signature d'une décharge. Mention du retrait est faite sur le registre spécial, en marge de l'inscription du dépôt (Article R.1113-4 du CSP).

Conseil

- Se doter en interne d'une procédure de dépôt des objets.
- Assurer une traçabilité et une tenue rigoureuse du registre des biens déposés et ceux conservés auprès de l'usager.
- Les lunettes et les prothèses auditives constituent des biens dont la nature justifie la détention par la personne hébergée au sens de l'Article L. 1113-1 du CSP.
- Il convient de déclarer un sinistre auprès de son assurance et signaler la perte/la casse des prothèses/lunettes. Il conviendra de vérifier à cet égard que la déclaration de sinistre est intervenue avant l'expiration du délai de prescription de deux ans de la garantie au sens du Code des assurances.

Fiche rédigée par Maître Agathe VITOUR, Avocate en charge du droit de l'action sociale, Cabinet Accens Avocats Conseils

MÉDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

Pour rappel, tout EHPAD relevant du I de l'Article L. 312-1 du CASF doit se doter d'un médecin coordonnateur (Article D. 312-156 du CASF).

Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD ou, à défaut, d'une attestation de formation continue (Article D. 312-157 du CASF).

Le gestionnaire de l'EHPAD doit conclure avec le médecin coordonnateur une convention régie par l'Article D. 312-159-1 du CASF laquelle se distingue de la convention régie par l'Article R. 313-30-1 conclue entre les EHPAD et les professionnels de santé libéraux.

Les missions du médecin coordonnateur sont énumérées à l'article D. 312-158 du CASF.

Le code de la santé publique offre une grande latitude aux médecins en termes de prescription :

- > L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes (Article R. 4127-69 du CSP) ;
- > Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement (Article R4127-70 du CSP).

Cependant, de telles prescriptions ne doivent pas contrevenir aux principes suivants :

- > Le médecin « ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose » (Article R. 4127-70 du CSP) ;
- > Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié (Article R. 4127-40 du CSP).

Compte-tenu du matériel et des compétences nécessaires pour apprécier un besoin en lunettes / aides auditives et surtout, pour déterminer le type de correction nécessaire, il semble fort probable qu'un médecin généraliste (coordonnateur ou non) refuse de prescrire des lunettes.

Aucune disposition légale ne permet à un directeur d'EHPAD d'exiger de son médecin coordonnateur la réalisation de telles prescriptions.

i Remarque

Si un médecin intervient au sein d'un EHPAD en qualité à la fois de médecin coordonnateur et de médecin traitant d'un ou plusieurs résidents, il doit conclure à la fois la convention régie à l'Article D.312-159-1 du CASF et celle prévue à l'Article R.313-30-1.

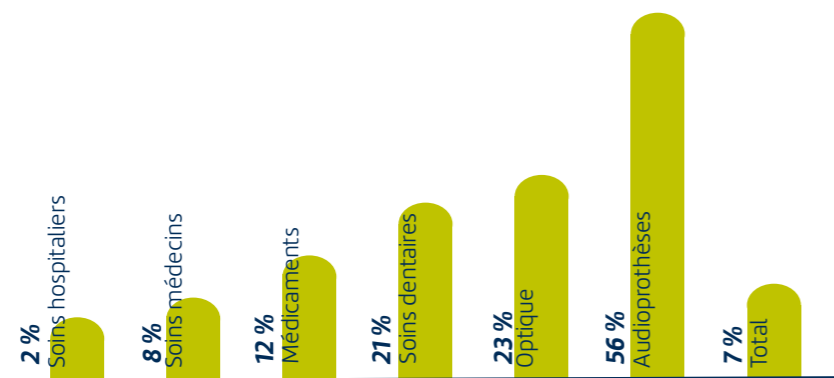
Fiche rédigée par Delphine HERNU, Directrice Adjointe, Direction Santé, Fédération Nationale Mutualité Française. Infographies retravaillées sur la base des fiches FNMf - septembre 2019

La réforme « 100 % santé » vise à garantir l'accès à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. Elle cible les trois domaines présentant les restes à charge les plus élevés : l'optique, l'audiologie et le dentaire.

• AVANT LA RÉFORME « 100% SANTÉ »

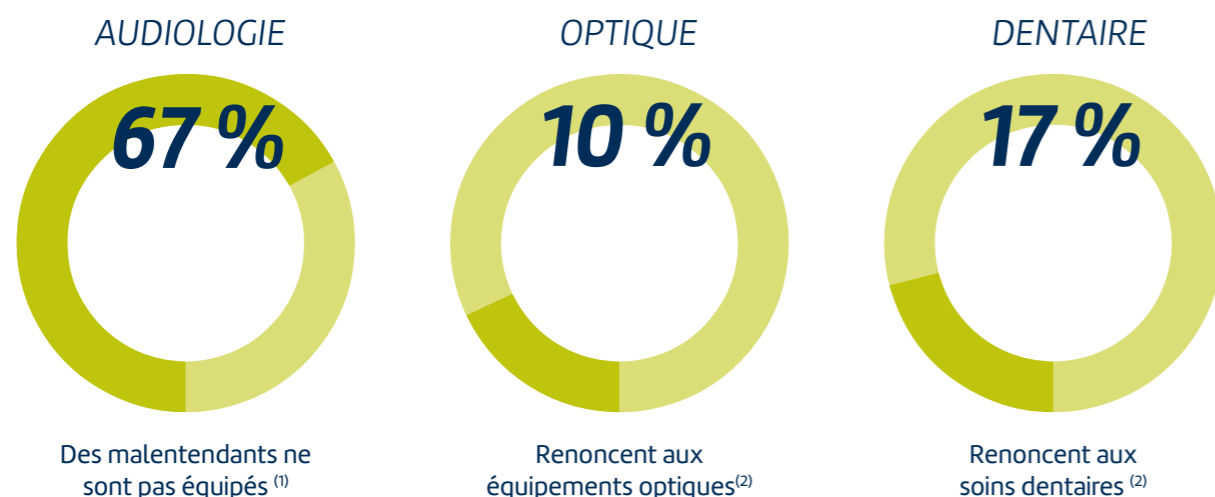
> La part financière à la charge de l'assuré était très variable selon les types de soins

Elle atteignait 21% pour les soins dentaires, 23% pour l'optique et 56% pour les audioprothèses.



Source : Comptes de la Santé DREES - 2019, sauf audioprothèses CNAM 2016

> Le renoncement aux soins pour raisons financières concernait une part non négligeable d'assurés



⁽¹⁾ SNDS et INSEE 2014 ; ⁽²⁾ EHIS-ESPS, Drees-Irdes 2014

• AVEC LA RÉFORME « 100% SANTÉ »

> Une réforme au bénéfice des assurés qui restent libres du choix de leur équipement

Depuis 2021, tous les bénéficiaires d'un contrat responsable et de la complémentaire santé solidaire^[1] ont accès, sans reste à charge, à des équipements de qualité en optique, audioprothèses et dentaire, sur tout le territoire auprès de chacun des professionnels concernés.

Il existe également des paniers de soins à « prix libres ou maîtrisés » sur lesquels le remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire peut être plafonné (en optique et en audioprothèses).

> Le « Reste à charge 0 » repose sur l'intervention de tous les acteurs de la chaîne de valeur

- Des prix limités / encadrés pour les professionnels (prix limite de vente en optique et audio, honoraires limites de facturation en dentaire) et une obligation de proposer les équipements « Reste à charge 0 » ;
- Une amélioration de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire par la revalorisation de certaines bases de remboursement ;
- Une prise en charge totale du Reste à charge sur les « paniers à Reste à charge 0 ou 100% santé » par les mutuelles dans le cadre des contrats responsables.

> Obligations des professionnels de présenter un devis aux assurés

- Les opticiens et audioprothésistes doivent établir un devis comportant au moins un équipement optique ou une aide auditive « 100% santé » adapté aux besoins du patient
- Les chirurgiens-dentistes doivent établir un devis comportant :
 - › le plan de traitement proposé (100% santé, reste à charge maîtrisé, prix libres)
 - › une partie « information alternative thérapeutique » : pour chaque acte avec un reste à charge, une alternative sans reste à charge doit vous être proposée (panier 100 % Santé) ou, à défaut, avec un reste à charge modéré. Si le dentiste ne réalise pas lui-même ces actes, il est tenu d'en informer le patient.

> Le renouvellement des équipements

En optique, l'assurance maladie obligatoire prendra en charge les équipements d'optique médicale tous les deux ans pour les assurés de plus de 16 ans. Un renouvellement anticipé est possible en cas d'évolution de la vue et de pathologies qui impactent les performances oculaires.

La prise en charge d'une aide auditive ne peut être renouvelée avant la fin d'une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide précédente.

[1] Voir Fiche pratique Santé Infos Droits « Complémentaires Santé : les contrats responsables et solidaires » dans la partie Ressources en ligne

OPTIQUE : quels équipements en «100% santé» ?

A partir du 1^{er} janvier 2020

Reste à charge zéro sur tous les équipements «100% santé» pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les responsables des mutuelles



Verres
toutes corrections

TRAITEMENT

- Amincissement
- Anti-reflets
- Anti-rayures

PRIX MAXIMUM PAR VERRE

- Entre 32,5 € et 170€ en fonction de la correction

Montures
à 30€ maximum

17 modèles adultes
10 modèles adultes

AUDITION : quels équipements en «100% santé» ?

A partir du 1^{er} janvier 2019

Prix limite de vente pour 1 aide auditive
Adultes : 1300€
Enfants : 1400€

Base de remboursement
Adultes : 350€
Enfants : 1400€

A partir du 1^{er} janvier 2020

Prix limite de vente pour 1 aide auditive
Adultes : 1100€
Enfants : 1400€

Base de remboursement
Adultes : 350€
Enfants : 1400€

A partir du 1^{er} janvier 2021

Reste à charge zéro sur tous les équipements «100% santé» pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les responsables des mutuelles



Prix maximum

Adultes : 950€ / aide auditive
Enfants : 1400€ / aide auditive

Garanties

30 jours d'essai avant achat
4 ans de garantie fabricant

Base de remboursement

Adultes : 400€ / aide auditive
Enfants : 1400€ / aide auditive

Types d'équipements
toutes corrections

- Contour d'oreille classique
 - Contours à écouteur déporté
 - Intra-auriculaires
- Avec 12 canaux de réglage

Options d'équipement

Au moins 3 options incluses en fonction du type d'aide auditive

- Système anti-acouphène
- Connectivité sans fil
- Réducteur de bruit de vent
- Synchronisation binaurale
- Système anti-réverbération
- Bande passante élargie > 6000Hz
- Fonction apprentissage de sonie

DENTAIRE : quelles prothèses en «100% santé» ?

A partir du 1^{er} janvier 2020

Reste à charge zéro sur tous les équipements «100% santé» pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les responsables des mutuelles

A partir du 1^{er} janvier 2021 pour les prothèses amovibles

Couronne MÉTALLIQUE

• Toutes les dents

Honoraires max. **290€**

Couronne CERAMIQUE ZIRCON

• Incisives
• Canines
• Prémolaires

Honoraires max. **440€**

Couronne CERAMOMÉTALLIQUE ET CÉRAMIQUE (hors zircone)

• Incisives
• Canines
• 1^{ère} prémolaires

Honoraires max. **500€**

Bridge MÉTALLIQUE

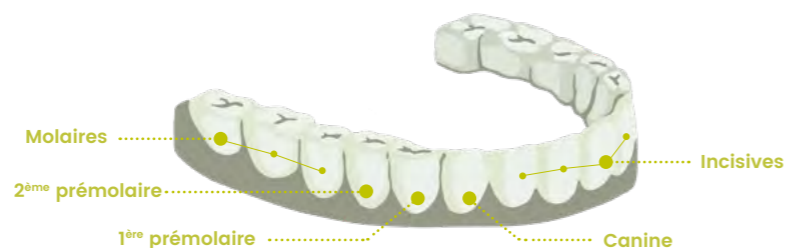
• Toutes les dents

Honoraires max. **870€**

Bridge CERAMOMÉTALLIQUE

• Incisives

Honoraires max. **1465€**





•• APPELS A PROJETS DES CONFERENCES DES FINANCEURS POUR LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE (CFPPA)

Ces Conférences des Financeurs ont pour objectif de coordonner dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune, pour développer, sur les territoires, de nouvelles actions de prévention innovantes et faire émerger de nouveaux projets à destination des personnes âgées de 60 ans et plus.

Depuis 2019, l'appel à initiatives s'est ouvert aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces derniers sont invités à proposer des actions permettant de répondre aux besoins des résidents de l'établissement et d'ouvrir le plus possible ces actions aux personnes âgées vivant à domicile. Les documents (cahiers des charges, dossier de demande de subvention...) sont consultables sur les sites des Conseils Départementaux.

•• APPEL A PROJETS DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE (ARS) « ACTIONS DE PREVENTION EN EHPAD EN NOUVELLE-AQUITAINE »

Consultable ici.

Ces financements concernent la mise en œuvre d'actions dans le champ de la prévention, en étroite articulation avec les Conférences des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA). Les actions peuvent ainsi bénéficier de co-financement ARS et CFPPA.

En 2022, 4 thématiques étaient ciblées : l'activité physique adaptée, la prévention des chutes, la dénutrition et la santé bucco-dentaire. Les critères de priorisation portaient notamment sur les actions collectives et la mutualisation entre plusieurs EHPAD sur un même territoire.

•• FINANCEMENTS D' ACTIONS DE FORMATION POUR LES PROFESSIONNELS D'EHPAD THEMATIQUE BUCCO-DENTAIRE

Afin d'améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine (ARS), avec ses partenaires, est la première région à avoir élaboré et adopté un plan régional d'accès aux soins bucco-dentaires en juillet 2019. *Consultable ici*

Dans le cadre de l'appel à projet « Actions de prévention en EHPAD en Nouvelle-Aquitaine » cité plus haut, l'ARS Nouvelle-Aquitaine cible la thématique « Bucco-dentaire » et soutient notamment les actions de formation et sensibilisation des professionnels d'EHPAD à l'hygiène bucco-dentaire et à la détection des pathologies nécessitant des soins spécialisés.

•• LES OPCO (OPÉRATEURS DE COMPÉTENCES)

Les OPCO sont des organismes chargés d'accompagner la formation professionnelle. L'opérateur de compétences pour les établissements privés (avec ou sans but lucratif) est l'OPCO Santé. Vous pouvez identifier, sur les « *Web services* », puis contacter :

- votre Conseiller Emploi Formation, sur les actions de formation que vous pouvez solliciter
- votre Conseiller Gestion et Financement, sur les dispositifs mobilisables, avec leur modes de financement respectifs

L'opérateur de compétences pour les établissements publics est l'ANFH (Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier). *Site de l'ANFH*

•• FORFAIT AUTONOMIE

Le Forfait autonomie est une aide modulable attribuée aux Résidences autonomie et géré par le département, financée au moyen du concours Forfait autonomie qu'il reçoit de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Cette aide finance les actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie, mises en œuvre par les Résidences autonomie, au profit de ses résidents et, le cas échéant, de personnes extérieures. Les actions peuvent notamment porter sur le maintien ou l'entretien des facultés sensorielles et la prévention des chutes.

Le Forfait autonomie est versé annuellement sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

•• POLES RESSOURCES DE PROXIMITE (PRP) OU « LABEL PRP »

Depuis quelques années, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine ouvre un appel à candidature « EHPAD-Pôle ressources de proximité ». Cette démarche cherche à créer des interactions entre l'EHPAD et son environnement de proximité : partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Après plusieurs années d'expérimentation des EHPAD- Pôle ressources de proximité, un réseau d'une centaine d'EHPAD a été constitué en Nouvelle-Aquitaine.

On peut citer parmi les objectifs de ce dispositif :

- Inscrire les EHPAD dans leur environnement par la mobilisation d'acteurs extérieurs sur un projet commun
- Diversifier les modes de prises en charge et les prestations intra et extra muros
- Apporter des réponses aux besoins de soins dans le cadre du parcours de la personne âgée
- S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et du prendre soin.

Certains EHPAD- Pôle ressources de proximité proposent des bilans visuels, auditifs et bucco-dentaires. Ces appels à projets ont permis de financer dans certains EHPAD l'acquisition de matériel ainsi que du temps de soignant pour coordonner des actions de dépistages et/ou de soins.

➤ L'EHPAD Le Hameau de la Pelou, situé à Créon en Gironde, est un Pôle Ressource de proximité qui s'est doté d'un cabinet bucco-dentaire. Des dentistes réalisent régulièrement des consultations pour les résidents de l'EHPAD et d'autres établissements du territoire en bénéficient également.

VOIR LE TÉMOIGNAGE



➤ L'EHPAD COS Sainte-Marthe situé à Saint-Front en Charente, est un Pôle Ressource de Proximité qui propose des bilans sensoriels : bucco-dentaire, visuels et auditifs.

VOIR LE TÉMOIGNAGE





Dans le cadre du nouveau dispositif d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré un manuel, validé le 8 mars 2022. Celui-ci porte 9 thématiques dont l'« Accompagnement à la santé ».



Le présent Guide vous propose des pistes d'actions. Si vous déployez certaines d'entre elles, pensez à les valoriser lors de votre auto-évaluation et lors de la visite d'évaluation.

Objectif 1.14: La personne bénéficie d'un accompagnement en matière de prévention et d'éducation à la santé.

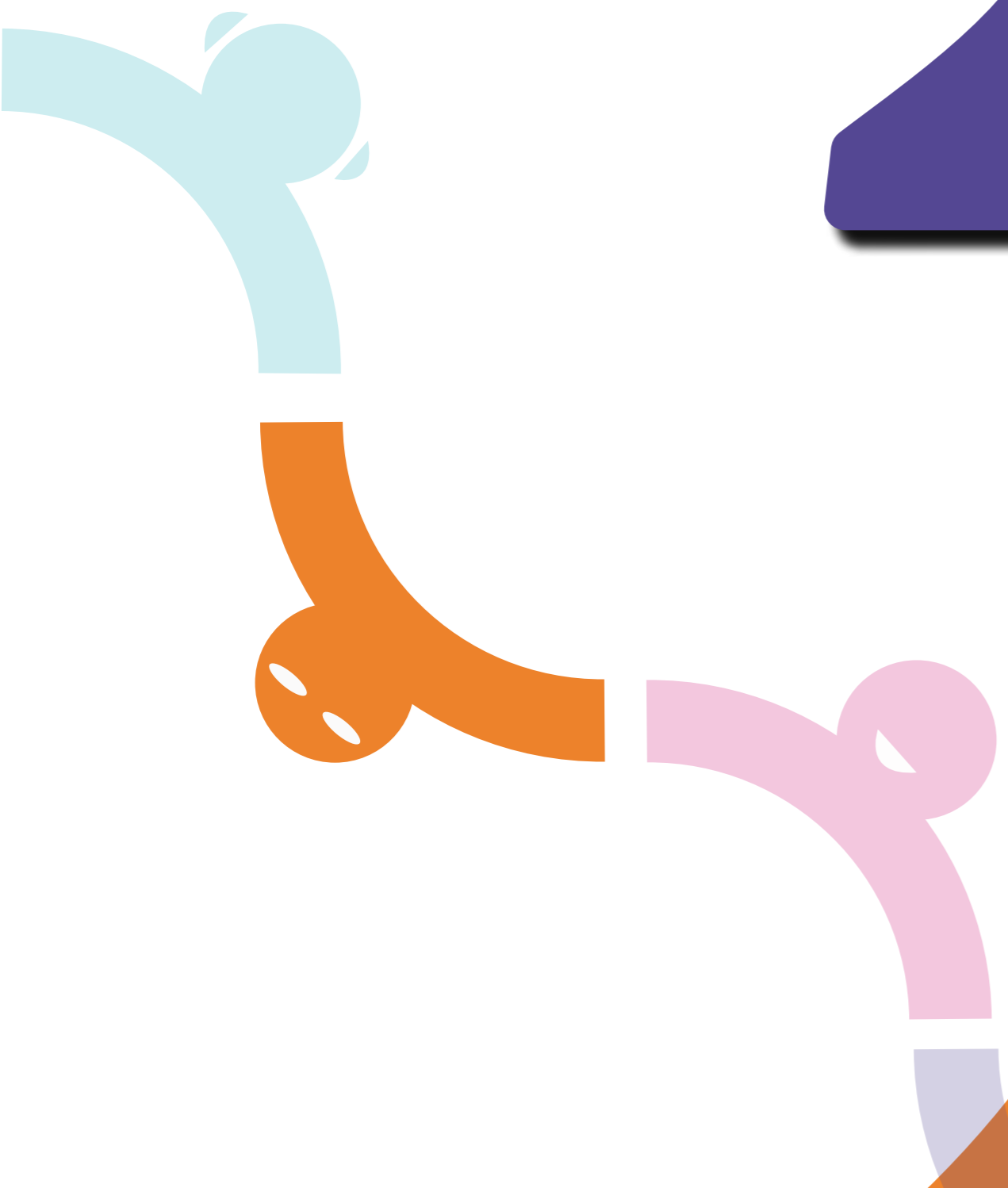
N° critère	Libellé du critère (référentiel HAS)	Action pouvant être menée en établissement
1.14.5	Les professionnels organisent l'accompagnement et/ou accompagnent la personne lors des dépistages et des soins de prévention.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Action de dépistage in situ, au sein de l'établissement
1.14.6	Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à l'éducation à la santé.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Action de sensibilisation des professionnels aux situations auxquelles font face les résidents malvoyants, malentendants (repas, circulation, télévision commune...) ✓ Action de formation aux bonnes pratiques en matière de communication avec des personnes malentendantes/malvoyantes ✓ Action de formation aux bons gestes en matière d'hygiène bucco-dentaire ✓ Action de formation pour l'entretien des appareils

Objectif 1.15: La personne est actrice de ses choix sur son accompagnement en santé, la stratégie thérapeutique et les soins qui lui sont proposés.

N° critère	Libellé du critère (référentiel HAS)	Action pouvant être menée en établissement
1.15.1	La personne accompagnée est informée des soins qui lui sont proposés, selon des modalités adaptées.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A l'issue d'un bilan visuel, auditif ou bucco-dentaire, le professionnel de santé expose les soins proposés ✓ Un professionnel de l'établissement est présent lors de cette information
1.15.2	La personne accompagnée bénéficie de temps d'échange et de soutien autour de son état de santé, des soins possibles et de la stratégie thérapeutique proposée.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un professionnel de l'établissement est présent lorsque les soins sont proposés, à l'issue du bilan ✓ Les proches peuvent être associés à la décision, sous forme d'échange avec les professionnels de l'établissement et/ou extérieur
1.15.3	La personne bénéficie d'un accompagnement adapté en cas de refus de soins.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels de l'établissement sont en capacité de redonner les informations sur les soins aux résidents, quand nécessaire
1.15.5	Les professionnels identifient et/ou évaluent régulièrement les besoins en santé de la personne accompagnée.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels sont formés aux signaux d'alerte sur les plans visuel, auditif et bucco-dentaire
1.15.6	Les professionnels repèrent de manière précoce les risques en santé pour la personne accompagnée et alertent les personnes-ressources.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels sont formés aux signaux d'alerte sur les plans visuel, auditif et bucco-dentaire ✓ Les professionnels savent quels partenaires mobiliser sur les plans visuel, auditif et bucco-dentaire pas d'annuaire
1.15.10	Les professionnels mobilisent les expertises et partenariats du territoire, nécessaires à l'accompagnement à la santé de la personne.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'établissement a établi un partenariat avec des professionnels de santé pour le dépistage, les soins et l'appareillage

2

**LA SANTÉ
VISUELLE**



Fiche rédigée par Pr Cédric SCHWEITZER, MD, PhD, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, CHU Bordeaux, Glaucome & Cataracte Service d'ophtalmologie, Centre François Xavier Michelet, Bordeaux



•• MALVOYANCE ET CÉCITÉ

On parle de malvoyance lorsque l'acuité visuelle ne dépasse pas 5/10e sur l'œil le plus performant.

Une malvoyance légère se situe entre 5/10e et 3/10e, une malvoyance modérée entre 3/10e et 1/10e et enfin une malvoyance sévère entre 1/10e et 1/20e.

Quand l'acuité visuelle est inférieure à 1/20e, on parle de cécité.

Chez les personnes âgées de plus de 50 ans dans les pays développés [1]

Les principales causes de malvoyance sont :

Les troubles de la réfraction
44,5%
des cas

La cataracte
33,5%
des cas

Avec l'avancée en âge, la cataracte devient la principale cause de malvoyance.

Les principales causes de cécité sont :

Le glaucome
28,2%
des cas

La DMLA – Dégénérescence maculaire liée à l'âge
21,6%
des cas

La cataracte
17,5%
des cas

Le Glaucome et la DMLA deviennent plus fréquents avec l'avancée en âge.

•• LES PRINCIPALES PATHOLOGIES DE LA VUE

LA CATARACTE

Il s'agit d'une dégénérescence progressive du cristallin liée au vieillissement, qui se traduit par une opacification progressive du cristallin et une baisse de vision de loin et de près.

Lorsque la perte de vision altère la vie quotidienne, une opération de la cataracte est proposée, consistant à enlever le noyau du cristallin opacifié et à le remplacer par un cristallin artificiel, l'implant intra-oculaire. L'opération de la cataracte se déroule sous anesthésie locale, ce qui la rend possible même chez les personnes très âgées. Les deux yeux ne sont généralement pas opérés en même temps. Après l'opération de la cataracte, la vision s'améliore rapidement.

LE GLAUCOME

Cette pathologie est causée par la perte progressive en fibres nerveuses rétinienne. A la naissance, nous disposons d'1 millions de fibres nerveuses rétinienne. A partir de 40 ans, 5000 à 8000 fibres disparaissent tous les ans, correspondant à une perte dite physiologique. Le glaucome traduit une perte accélérée en fibres nerveuses rétinienne.

Le glaucome correspond à une maladie chronique, évolutive et progressive du nerf optique, souvent liée à un excès de tension dans l'œil.

Sans douleur préalable, ni baisse de vision, le glaucome conduit inéluctablement à la cécité si aucun traitement médical n'est mis en place. Le glaucome ne se guérit pas mais il se soigne bien, le traitement consistant à diminuer la pression intra-oculaire. Le but est ainsi de stabiliser le glaucome pour éviter l'évolution de la maladie. Lorsque le glaucome est dépisté et traité à un stade peu évolué, la maladie peut être stabilisée et ne pas entraîner de gêne au quotidien.

LA DMLA – DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE

Cette affection concerne des sujets de plus de 50 ans, la DMLA correspond à une dégénérescence de la région centrale de la rétine appelée macula, ce qui se traduit par la sensation de voir les lignes droites déformées, gondolées, puis par l'apparition d'une tache centrale permanente.

Cependant, au stade initial de DMLA, dans la très grande majorité des cas, aucun symptôme n'est ressenti pendant de nombreuses années. Seul un examen du fond d'œil pratiqué par un ophtalmologiste permet de la diagnostiquer.

S'il n'est aujourd'hui pas possible de guérir la DMLA, il est possible d'en ralentir l'évolution, dans certains cas par des traitements locaux par injection pour les formes exsudatives.

LA RETINOPATHIE DIABÉTIQUE

Cette maladie peut intervenir suite à du diabète. Les vaisseaux de la rétine sont altérés par un excès de sucre : ils peuvent s'obturer ou se rompre. La vision devient globalement floue et des taches noires apparaissent.

Outre l'équilibration du diabète et de l'hypertension artérielle, le traitement de la rétinopathie diabétique consiste notamment à traiter les zones pathologiques au laser. Certaines complications nécessitent une intervention chirurgicale.

[1] C Steinmetz, J et al. (2021). Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to vision the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet Global Health, Volume 9.

• • LES CONSÉQUENCES DE LA MALVOYANCE ET DE LA CÉCITÉ

La malvoyance a de multiples conséquences sur la santé et la qualité de vie des personnes âgées, elle est liée aux risques suivants [2] :

- Dépression-Anxiété
- Maladie neurodégénérative
- Fracture du col du fémur

Concernant les risques de chutes, une étude [3] montre que le risque de chute de patients hospitalisés malvoyants est multiplié par 13,9. En institution, le diagnostic ophtalmologique des résidents est souvent non renseigné. En l'absence d'identification de troubles visuels, cette déficience sensorielle peut être assimilée à des troubles cognitifs.

• • LES RECOMMANDATIONS POUR LES PROFESSIONNELS ET POUR LES STRUCTURES HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)[4]

LES SIGNES D'ALERTE POUR LES PROFESSIONNELS

« LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTE LORSQUE LA PERSONNE... »

- trébucher et/ou se cogner régulièrement, voire chute plus souvent ;
- marche plus lentement, se tient au mur pour marcher ;
- a réduit son périmètre de marche, voire ne sort plus ou va de moins en moins loin ;
- au cours de ses déplacements, ralentit, se crispe au bras ou s'arrête quand il y a un passage plus sombre ou au contraire plus lumineux ;
- devient maladroit/renverse ;
- se salit beaucoup, porte des vêtements tachés sans s'en rendre compte ;
- se rase/se maquille moins bien ou plus du tout ;
- ne regarde plus la télévision ou la regarde de très près ;
- ne lit plus, n'écrit plus, ne téléphone plus ou moins ;
- se plaint de ses lunettes, ne porte plus ses lunettes ;
- se plaint de ne pas voir ;
- a une manière inhabituelle de regarder (plisse les yeux, ferme les yeux, etc.) ;
- ne fixe plus le regard de ses interlocuteurs en leur parlant ;
- ne reconnaît plus les personnes, les confond ;
- perd ses objets/ les cherche / ne les reconnaît plus ;
- se plaint de la luminosité, allume les lampes dans les pièces en permanence, quelle que soit la luminosité ;

LES SIGNES D'ALERTE POUR LA STRUCTURE

« METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT D'IDENTIFIER LES SIGNES DE DEFICIENCES VISUELLES... »

- en vérifiant avec la personne et/ou son entourage dès l'entrée en établissement (si cela n'a pas été réalisé lors de la pré-admission), puis au moins une fois par an ou en fonction des besoins :
 - la date de la dernière visite chez un ophtalmologiste ;
 - la date de la dernière vérification des verres correcteurs (ophtalmologiste, opticien) ;
 - l'acuité visuelle par des outils simples (médecin traitant, médecin coordonnateur, IDEC) ;
- en observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne et de ses aidants ;
- en échangeant avec la personne mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage et les membres de l'équipe (aide-soignant, animateur, psychologue, etc.), ainsi qu'avec son médecin traitant, sur les changements observés ;
- en s'appuyant sur le personnel référent DS qui va procéder au repérage de la déficience avec l'aide d'outils simples ;
- en introduisant un item « vision » dans le projet personnalisé

Les pathologies ophtalmologiques sont fréquentes, liées à l'âge pour la plupart, impactent la qualité visuelle, mais également la qualité de vie et ont un impact clinique général.

Face à ces constats, il existe des mesures ophtalmologiques préventives, diagnostiques et thérapeutiques limitant le risque de cécité ou de malvoyance.

Du côté des institutions accueillant des personnes âgées, une attention particulière peut être portée sur l'identification des personnes atteintes de troubles visuels.



Un bilan ophtalmologique, à l'entrée de l'institution, pourrait constituer une action efficace.

[2] Hamedani, A, Vanderbeek, B et Willis, A. (2019). Causes of blindness and visual impairment in the Medicare population: disparities and associations with hip fracture and neuropsychiatric outcomes. *Ophthalmic Epidemiol.*

[3] Kasuga T et al. (2017). Visual impairment as an independent risk factor for falls in hospitalized patients. *Can Journal Ophthalmol.*

[4] Haute Autorité de Santé. (2016). *Recommandations : Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées.*

CONDITIONS D'EXERCICE DES OPTICIENS LUNETIERS

> MISSIONS

La délivrance de verres correcteurs d'amétropie et de lentilles de contact oculaire correctrices est réservée aux personnes autorisées à exercer la profession d'opticien-lunetier (*Article L4362-9 du CSP*).

La délivrance de verres correcteurs ou de lentilles est subordonnée à l'existence d'une prescription, par un médecin ou un orthoptiste, en cours de validité (*Article L4362-10 du CSP*).

L'opticien-lunetier qui réalise une réfraction lors de la première délivrance suivant la prescription de verres correcteurs ne peut pas adapter cette prescription (*Article D4362-12-1 du CSP*).

Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions initiales de verres correcteurs ou les prescriptions initiales de lentilles de contact oculaire en cours de validité, sauf opposition du médecin ou de l'orthoptiste.

Pour les verres :

La délivrance des verres correcteurs d'amétropie par un opticien-lunetier est subordonnée à la présentation ou la vérification de l'existence d'une ordonnance médicale ou orthoptique comportant la prescription de ces produits.

La durée de validité de l'ordonnance médicale est fixée à :

- un an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ;
- cinq ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans ;
- trois ans, pour les patients âgés de plus de 42 ans (*Article D4362-12 du CSP*).

La durée de validité de l'ordonnance orthoptique est fixée à deux ans.

L'opticien-lunetier peut adapter dans le cadre d'un renouvellement de délivrance les prescriptions de verres correcteurs en cours de validité :

- après réalisation d'un examen de la réfraction ;
- si le prescripteur ne s'y est pas expressément opposé dans l'ordonnance ;

Le prescripteur peut limiter la durée pendant laquelle l'opticien-lunetier peut adapter la prescription par une mention expresse sur l'ordonnance. L'opticien-lunetier reporte sur l'ordonnance l'adaptation de la correction qu'il réalise et indique lisiblement ses nom, prénom, qualité, identifiant d'enregistrement, date et signe cette modification. Il en informe le prescripteur par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises (*Article D.4362-12-1 du CSP*).

i Attention !

Les opticiens-lunetiers ne peuvent adapter et renouveler les prescriptions initiales de verres ou de lentilles délivrées par un orthoptiste qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste (*Article L4362-10 du CSP*).

i Remarque

La première délivrance de verres correcteurs multifocaux intégrant une correction de la presbytie est soumise à prescription médicale (*Article D. 4362-17 du CSP*).

Le prescripteur peut limiter la durée pendant laquelle l'opticien-lunetier peut adapter la prescription par une mention expresse sur l'ordonnance.

L'opticien-lunetier informe la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical (*Article L. 4362-10 du CSP*). L'opticien-lunetier peut réaliser, sur prescription médicale, les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles (*Article L. 4362-10 du CSP*).

Délivrance de lentilles

Primo-porteur :

Les conditions de délivrance de lentilles de contact oculaire correctrices à un primo-porteur sont déterminées par décret en Conseil d'Etat (*Article L4362-9-1 du CSP*). Le décret n°2015-888 du 21 juillet 2015 a introduit l'*Article R.4362-11* dans le CSP, lequel dispose : « La délivrance de lentilles de contact oculaire correctrices par un opticien-lunetier à une personne qui en porte pour la première fois est subordonnée à la présentation d'une ordonnance médicale ou orthoptique comportant la correction et les caractéristiques essentielles de ces produits, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. La durée de validité de ces ordonnances est fixée à un an ».

Renouvellement :

L'opticien-lunetier peut adapter dans le cadre d'un renouvellement de délivrance, les corrections optiques des prescriptions de lentilles de contact oculaire :

- après réalisation d'un examen de la réfraction ;
- si le prescripteur ne s'y est pas opposé dans l'ordonnance ;
- si l'ordonnance date de moins de trois ans pour une prescription médicale et deux ans pour une prescription orthoptique, pour les patients âgés de 16 ans et plus (*Article D. 4362-11-1 du CSP*) ;

L'opticien-lunetier adaptant la prescription initiale des lentilles de contact oculaire reporte sur l'ordonnance l'adaptation de la correction qu'il réalise et indique lisiblement ses nom, prénom, qualité, identifiant d'enregistrement, date et signe cette modification. Il en informe le prescripteur par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises (*Article D. 4362-11-1 du CSP*).

Cas de perte ou bris de verres

En cas de perte ou de bris des verres correcteurs d'amétropie, lorsque l'urgence est constatée et en l'absence de solution médicale adaptée, l'opticien-lunetier peut exceptionnellement délivrer sans ordonnance un nouvel équipement après avoir réalisé un examen réfractif (*Article D4362-13 du CSP*).

L'opticien-lunetier remet au patient le résultat de l'examen de réfraction réalisé et le transmet par tout moyen adapté au prescripteur ou au médecin désigné par le patient, à l'exception des cas où l'ordonnance est établie dans un autre Etat que la France (*Article D. 4362-13 du CSP*).

L'opticien-lunetier consigne dans un registre ces délivrances exceptionnelles d'équipement optique sans ordonnance afin d'en assurer la traçabilité. Ces données sont conservées par l'opticien-lunetier pendant un délai de trois ans (*Article D. 4362-13 du CSP*).

> LIEU D'EXERCICE

En vertu de l'*Article D. 4362-18 du CSP*, l'opticien-lunetier déterminant la réfraction reçoit le patient dans l'enceinte du magasin d'optique-lunetterie ou dans un local y attenant, conçu de façon à permettre une prise en charge dans les bonnes conditions d'isolement phonique et visuel et d'assurer la confidentialité des informations échangées avec la personne lors de l'examen optique.

Les locaux sont équipés de manière à préserver l'intimité du patient.

L'opticien-lunetier doit être identifié par le port d'un badge signalant son nom, prénom et titre professionnel (*Article D. 4362-16 du CSP*).

L'opticien-lunetier s'interdit, en dehors de son lieu d'exercice, toute publicité et toute communication destinée au public sur sa capacité à déterminer la réfraction (*Article D.4362-19 du CSP*).

L'opticien-lunetier procède à toutes les mesures utiles à la réalisation d'un équipement d'optique. Ces mesures peuvent être faites à distance. (*Article D. 4362-20 du CSP*).

L'opticien-lunetier, peut procéder, à la demande du médecin ou du patient, à la délivrance des lentilles oculaires correctrices et verres correcteurs auprès des patients à leur domicile ou admis au sein des établissements de santé publics ou privés ou médico-sociaux (*Article D. 4362-21 du CSP*).

Lieu d'exercice

Première délivrance de verre

Conditions du renouvellement et de l'adaptation de la prescription

Durée des prescriptions

Urgence

A retenir

- ▶ Par principe dans l'enceinte du magasin d'optique lunetterie ou un local attenant ;
 - ▶ A la demande du médecin ou du patient, délivrance simple (sans réfraction) des verres correcteurs auprès des patients au sein de l'EHPAD
-
- ▶ Subordonnée à l'existence d'une prescription, par un médecin ou un orthoptiste, en cours de validité ;
 - ▶ Pas d'adaptation possible de la prescription
- Attention : La première délivrance de verres correcteurs multifocaux intégrant une correction de la presbytie est soumise à prescription médicale
-
- ▶ Subordonnée à l'existence d'une prescription, par un médecin ou un orthoptiste, en cours de validité ;
 - ▶ Après réfraction ;
 - ▶ En l'absence d'opposition du médecin ou de l'orthoptiste sur l'ordonnance.
- Attention : adaptation et renouvellement des prescriptions initiales de verres correcteurs délivrées par un orthoptiste possible que si un bilan visuel a été réalisé.
-
- ▶ Ordonnance médicale : 3 ans pour les plus de 42 ans ;
 - ▶ Ordonnance orthoptique : deux ans.
-
- ▶ En cas de perte ou de bris des verres correcteurs d'amétropie, lorsque l'urgence est constatée et en l'absence de solution médicale adaptée, l'opticien-lunetier peut exceptionnellement délivrer sans ordonnance un nouvel équipement après examen réfractif.

•• EXPÉRIMENTATION DES INTERVENTIONS DES OPTICIENS EN EHPAD

La loi n°2019-72 du 5 février 2019 visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie, organise une expérimentation visant à autoriser les opticiens-lunetiers à intervenir en EHPAD.

Les régions participant à cette expérimentation sont le Centre-Val de Loire et la Normandie[2].

Dans le cadre de cette expérimentation, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) peut autoriser, au sein des EHPAD, à titre expérimental, les opticiens-lunetiers à réaliser une réfraction et à adapter, dans le cadre d'un renouvellement de délivrance :

- 1° Les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs en cours de validité, sauf opposition du médecin ; Arrêté du 21 octobre 2021 relatif aux régions participant à l'expérimentation prévue par la loi n° 2019-72 du 5 février 2019.

- 2° Les corrections optiques des prescriptions médicales initiales de lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.

L'expérimentation a débuté le 1er janvier 2022 et devrait prendre fin le 31 décembre 2025.

Dans le cadre de cette expérimentation, l'opticien-lunetier peut réaliser un examen de la réfraction pour délivrer sans ordonnance médicale un nouvel équipement en cas de perte ou de bris des verres correcteurs d'amétropie. L'opticien-lunetier adresse, pour chaque intervention, un compte-rendu au patient, au médecin traitant et le cas échéant, au médecin ophtalmologiste indiqué par le patient, par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises[3].

•• OBLIGATIONS À RESPECTER PAR LES LUNETIERS / OPTICIENS

Le professionnel a l'obligation de fournir à l'utilisateur un devis.

L'article L.165-9 du code de la sécurité sociale rappelle le contenu minimal de ce devis :

« Le professionnel de santé qui délivre au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficients de l'ouïe ou d'optique-lunetterie inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 165-1 remet à l'assuré social, avant la conclusion du contrat de vente, un devis normalisé comportant le prix de vente de chaque produit proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables, ainsi que les modalités de prise en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, complémentaire. Le devis comporte au moins un équipement d'optique médicale ou une aide auditive appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1, sous réserve qu'il existe un tel équipement ou une telle aide qui réponde au besoin de santé [4]. Avant le paiement, le professionnel de santé qui délivre au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficients de l'ouïe ou d'optique-lunetterie remet à l'assuré une note détaillée reprenant les mêmes éléments ainsi que les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité des dispositifs médicaux fournis. La note est transmise à l'organisme de sécurité sociale auquel est affilié l'assuré ».

Un modèle de devis est fixé par arrêté ministériel [5].

•• MISSIONS D'UN ORTHOPTISTE

La pratique de l'orthoptie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthoptique et le traitement des altérations de la vision fonctionnelle sur les plans moteur, sensoriel et fonctionnel ainsi que l'exploration de la vision (Article L. 4342-1 du CSP).

L'orthoptie consiste en des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision utilisant éventuellement des appareils et destinés à traiter les anomalies de la fonction visuelle (Article R. 4342-1 du CSP).

Dans son activité, l'orthoptiste est habilité à réaliser un interrogatoire et à recueillir les informations concernant le patient et son entourage dans le respect du secret professionnel (Article R. 4342-1 du CSP).

La prise en charge orthoptique est accompagnée, le cas échéant, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

Conditions de prescription de lunettes et de lentilles par un orthoptiste

L'orthoptiste peut, sans prescription médicale et sans être placé sous la responsabilité d'un médecin réaliser le bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire pour les patients âgés de 16 ans à 42 ans et ne présentant aucune des contre-indications listées par arrêté ministériel (Articles R. 4342-8-2 du CSP et article L4342-1 du CSP).

Les usagers des EHPAD ne sont donc pas concernés par cette hypothèse.

i Remarque

Pour les patients déjà porteurs de verres correcteurs, le bilan visuel et la prescription ne peuvent être réalisés par l'orthoptiste que si le dernier bilan visuel réalisé par le médecin ophtalmologiste date de moins de cinq ans.

Pour les patients déjà porteurs de lentilles de contact oculaire souples, le bilan visuel et la prescription ne peuvent être réalisés par l'orthoptiste que si le dernier bilan visuel réalisé par le médecin ophtalmologiste date de moins de trois ans.

Conditions de renouvellement d'une prescription par un orthoptiste

L'orthoptiste peut, sans prescription médicale et sans être placé sous la responsabilité d'un médecin, renouveler, le cas échéant en l'adaptant, une prescription de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire réalisée par un médecin ophtalmologiste ou par un orthoptiste si :

- un bilan visuel a été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste ;
- en l'absence d'opposition du médecin mentionnée expressément sur l'ordonnance (Article L4342-1 du CSP).

CADRE RÉGLEMENTAIRE

[2] Arrêté du 21 octobre 2021 relatif aux régions participant à l'expérimentation prévue par la loi n° 2019-72 du 5 février 2019.

[3] Décret n°2020-110 du 11 février 2020 relatif à l'expérimentation prévue par la loi n° 2019-72 du 5 février 2019.

[4] Offre 100% santé.

[5] Arrêté du 29 août 2019 modifiant l'arrêté du 28 avril 2017 relatif à l'information de l'assuré social ou de son ayant droit sur les conditions de vente des produits et prestations d'appareillage des déficients de l'ouïe et d'optique-lunetterie.

L'orthoptiste peut **renouveler en les adaptant les prescriptions médicales de lentilles** :

- Après réfraction ;
- Si l'ordonnance date de moins d'un an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ; de trois ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus *(Article R. 4342-8-1 du CSP)*.

L'orthoptiste peut **renouveler en les adaptant les prescriptions médicales de verres correcteurs** :

- Après réfraction ;
- Si l'ordonnance date de moins : d'un an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ; de cinq ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans ; de trois ans, pour les patients âgés de plus de 42 ans *(Article R. 4342-8-1 du CSP)*.

Le médecin peut limiter la durée pendant laquelle l'orthoptiste peut adapter la prescription par une mention expresse sur l'ordonnance.

L'orthoptiste reporte sur l'ordonnance l'adaptation de correction qu'il réalise, indique lisiblement ses nom, prénom, qualité, identifiant d'enregistrement, date et signe cette modification. Il en informe le prescripteur par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthoptiste est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en orthoptie. Un compte-rendu des actes accomplis dans ces conditions est transmis au médecin dès son intervention *(Article R. 4342-1-1 du CSP)*.

• • MODALITÉS D'INTERVENTION EN EHPAD

La profession d'orthoptiste ne peut s'exercer dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux *(Article R. 4342-16 du CSP)*.

Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'exercice de cette profession dans des locaux dépendant d'un établissement sanitaire, social ou médico-social ou d'éducation, ou dans des locaux aménagés par une entreprise pour les soins donnés à son personnel.

i Remarque

En vertu de l'*Article R4342-8 du CSP*, l'orthoptiste participe, à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation, de recherche et d'encadrement.

Ces actions concernent en particulier la collaboration avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention.

A retenir

Lieu d'exercice

- ▶ L'exercice possible dans des locaux dépendant d'un EHPAD

Primo-prescription

- ▶ Uniquement pour les patients âgés de 16 à 42 ans

Conditions du renouvellement de la prescription

- ▶ • Un bilan visuel a été réalisé préalablement par un ophtalmologiste ;
- ▶ • En l'absence d'opposition du médecin sur l'ordonnance ;
- ▶ • Après réfraction ;
- ▶ • Si l'ordonnance date de moins de trois ans pour les personnes de plus de 42 ans

Détecter une situation de déficience visuelle

Fiche rédigée par Dr Kirwan ASSELINEAU, Chirurgien Ophtalmologiste, co-fondateur et formateur chez OFORIS. Extrait basé sur la formation « Dépistage des troubles visuels en Ophtalmologie, comprendre les signes urgents pour limiter la perte d'autonomie »



Détecter une situation de déficience visuelle

•• GLAUCOME AIGU PAR FERMETURE DE L'ANGLE (GAFA)

Signes :

- Douleur extrême unilatérale réveillant la nuit le plus souvent
- Baisse de l'acuité visuelle très importante voire totale

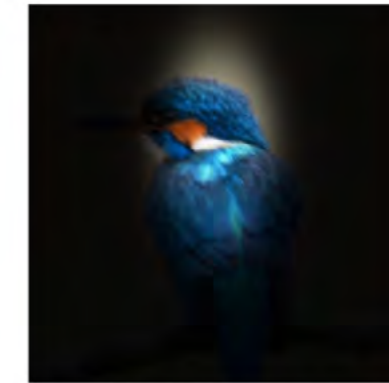
Oeil très rouge et très douloureux

Que faire ?

Rendez-vous ophtalmologique en urgence, risque de cécité.



Œil sain



Amputation du champ visuel quasi totale

•• DMLA - DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE

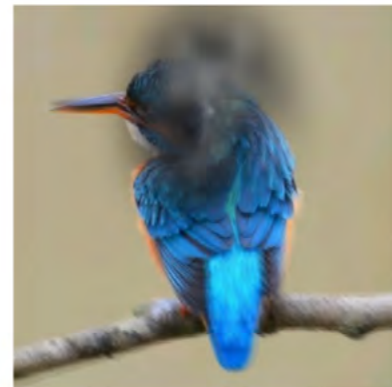
Signes :

- Baisse de la vision centrale brutale souvent unilatérale
- Lignes déformées (métamorphoses)
- Impossibilité de lire/reconnaître les visages

Indolore, œil normal



Œil sain



Métamorphose

•• DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE

Signes :

- Baisse de l'acuité visuelle rapide
- Voile opaque unilatéral, comme un rideau tiré, souvent précédé de phénomènes visuels comme des « éclairs » ou décharges électriques avec apparition de petites « mouches » dans le champ de vision

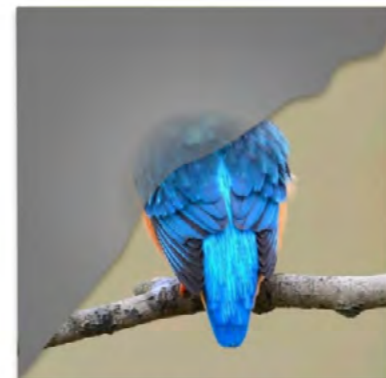
Indolore, œil normal

Que faire ?

Rendez-vous ophtalmologique en urgence, risque de cécité sans opération en urgence.



Œil sain



Décollement de rétine entraînant un voile opaque supérieur

•• ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)

Un AVC peut entraîner une multitude de signes (chute, perte de la parole...), mais certains AVC entraînent des signes ophtalmologiques et neurologiques évidents.

Signes :

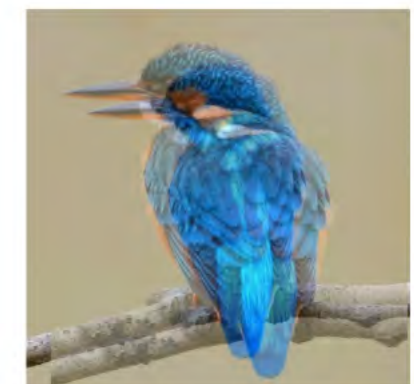
- Chute d'une paupière (ptosis) avec pupille dilatée (mydriase)
- Vision double (diplopie)
- Baisse de l'acuité visuelle avec amputation brutale du champ de vision souvent unilatérale

Que faire ?

En présence d'un ou plusieurs de ces signes, appeler le 15 ou rendez-vous directement aux urgences les plus proches, risque de décès.



Œil droit présentant un ptosis et une mydriase, œil gauche sain



Diplopie (vision double)

Fiche rédigée par Sophie CHAPPUIS, directrice générale et Philippe JOOS, responsable support et développement, E-Ophtalmo

Certaines pathologies liées à l'âge sont longtemps asymptomatiques, comme le Glaucome ou la DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age) et doivent être prises en charge rapidement pour éviter les aggravations, voire la cécité.

Cataracte

1 personne sur 5
après 65 ans

Glaucome

1 personne sur 10
après 70 ans

DMLA

1 personne sur 4
après 75 ans

Recommandation des ophtalmologistes :

- Dépistage 1 fois par an à partir de 60 ans
- Les examens médicaux pour dépister les pathologies oculaires peuvent être réalisés seulement par un ophtalmologiste ou un orthoptiste

•• LES DIFFÉRENTS EXAMENS DE LA VUE

L'examen de la réfraction

C'est la mesure de la « puissance » de l'œil exprimée en dioptries. La mesure peut être prise avec un réfractomètre automatique et est totalement indolore. Cette mesure va permettre de définir la correction optique à apporter au patient.

La prise de tension oculaire

Elle permet de connaître la tension à l'intérieur de l'œil. Cette mesure est indolore. Une mesure « normale » est inférieure à 21mmHg (millimètres de mercure). Si >21, cela peut indiquer un GLAUCOME.

La rétinographie

C'est une photo du fond d'œil, prise avec un rétinographe. Cet examen vient en complément de celui du fond d'œil. Il permet entre autres de dépister une rétinopathie diabétique.

La mesure de l'acuité visuelle

A partir des mesures de réfraction, on met devant l'œil du patient des verres correcteurs. Le patient lit sur des échelles d'acuité visuelle (lettres ou dessins). Une note sur 10 est obtenue et permet de prescrire une correction optique adaptée.

L'examen du fond d'œil

Il permet d'examiner :
- la rétine
- les vaisseaux
Cet examen est indolore. Parfois, une dilatation est nécessaire. Il permet le dépistage et le suivi de certaines pathologies (DMLA, rétinopathie diabétique, glaucome, décollement de rétine...)

En EHPAD, on constate différents obstacles à une prise en charge adéquate :
- le manque de mobilité des seniors
- les troubles cognitifs des patients empêchant la verbalisation d'une plainte

Pourtant, l'inconfort visuel des résidents génère des troubles de la concentration, de la fatigue psychique due à la difficulté de comprendre et analyser son environnement. La qualité de vie est alors altérée et les risques d'accidents augmentés. Pour le personnel soignant des EHPAD, la gestion des résidents ayant une déficience visuelle augmente la charge de travail, ces derniers demandant en effet davantage d'attention et de temps pour l'ensemble des gestes de soins.

•• APPLICATIONS DE LA TÉLÉMÉDECINE EN OPHTALMOLOGIE

Synthèse issue de l'article écrit par : Florent Aptel - Pierre Manoli - Eric Sellem - Philippe Joos - Sophie Chappuis, *Les Cahiers d'Ophtalmologie*, Novembre 2022, n°257:18-22

Intérêt de la télémedecine en ophtalmologie

L'ophtalmologie est un champ d'application très prometteur de la télémedecine car presque tous les examens nécessaires pour les tests de la vision ou pour le diagnostic et le suivi des principales maladies de l'œil peuvent être réalisés par un auxiliaire médical et télétransmis pour être interprétés à distance. La télémedecine permet d'augmenter le nombre de consultations réalisées en optimisant le temps médical et représente une solution aux difficultés d'accès aux soins dans les zones peu pourvues en médecins et pour les patients peu mobiles.

Plusieurs affections oculaires pouvant conduire à la déficience visuelle verront **leurs prévalences augmenter significativement dans les décennies à venir et nécessiteront une modification des pratiques médicales** afin de pouvoir être convenablement dépistées, diagnostiquées et prises en charge.

En Europe :

- Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) : 59 millions de personnes touchées en 2020 / 70 millions en 2040.
- Glaucome : 76 millions de personnes touchées en 2020 / 111,8 millions en 2040
- Rétinopathie diabétique : 55,4 millions de personnes diabétiques en 2020 / 66,5 millions en 2030

Dans de nombreux pays, les ressources en ophtalmologistes et en auxiliaires médicaux stagnent, voire diminuent, et ne suivent donc pas cette augmentation de la demande en consultations de dépistage ou de prise en charge. Par ailleurs, s'ajoutent aux **problèmes de démographie médicale des difficultés d'accès aux soins** en raison de l'état de santé et du lieu de résidence des patients (déserts médicaux, EHPAD, établissements pour personnes handicapées, etc.).

Les travaux évaluant la performance de la télémedecine pour le dépistage, le diagnostic ou le suivi des principales

maladies oculaires présentent des **résultats favorables** – sensibilité et spécificité élevées en comparaison avec un examen classique « en face à face », et meilleur ratio coût/efficacité.

De plus, des **évolutions législatives** récentes favorisent le recours à la télémedecine dans le cadre des protocoles organisationnels (entre ophtalmologistes et orthoptistes exerçant dans un même cabinet) et de coopération (entre ophtalmologistes et orthoptistes ou infirmier n'exerçant pas dans un même cabinet).

Expérience de télémedecine chez les résidents en EHPAD

La plupart des pathologies oculaires cécitantes ont une prévalence fortement liée à l'âge (cataracte, glaucome, DMLA) et elles sont nettement surreprésentées dans ces populations hébergées en EHPAD. Pour différentes raisons, ces populations ont peu accès aux soins ophtalmologiques : déséquilibre entre la démographie médicale et la demande de soins, difficultés de déplacement des résidents, technicité des examens et nécessité d'un matériel complexe et difficilement transportable pour les examens ophtalmologiques, éloignement géographique des centres de soins et concentration des spécialistes dans les grandes métropoles.

De nombreuses études ont déjà montré des performances élevées de la télémedecine pour le dépistage, le diagnostic, le suivi et la prise en charge des principales pathologies oculaires.

Conclusion

L'étude des examens ophtalmologiques réalisés par des orthoptistes chez les résidents en EHPAD et interprétée à distance par des ophtalmologues démontre la **faisabilité technique et logistique ainsi que l'intérêt médical** de cette modalité de prise en charge ophtalmologique pour cette population.

Les examens ont pu être réalisés dans plus de 90% des cas et les données étaient de **qualité suffisante** pour être interprétées par le lecteur dans presque 90% des cas :

- un défaut de correction optique nécessitant une prescription et un changement de correction optique était retrouvé chez 45% des sujets examinés,
- une pathologie oculaire autre qu'un problème réfractif chez 69% d'entre eux.

Après une prise en charge adaptée, on observe une augmentation de l'acuité visuelle chez plus de la moitié des résidents contrôlés, favorisant ainsi la poursuite d'activités sociales variées (lecture, télévision, jeux...).

Cela démontre une nette amélioration de l'accès aux soins ophtalmologiques dans cette population spécifique. La qualité du service médical rendu est comparable à celle d'une consultation au cabinet de première ligne sans contrainte de transport des patients.

CONSULTER
L'ARTICLE



Cette nouvelle étude avait pour objectif d'évaluer la faisabilité (technique, matérielle, humaine et organisationnelle) et l'intérêt (médical, pour le patient et sa famille et la structure d'hébergement) de la réalisation d'examens ophtalmologiques systématiques chez les résidents en EHPAD à l'échelle nationale et dans une organisation impliquant tous types d'établissements (privés/publics) et de professionnels (libéraux, hospitaliers). 722 résidents de 45 établissements ont ainsi bénéficié d'un examen ophtalmologique en télémedecine pendant une période de 15 mois.

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en 2017 des recommandations pour le repérage systématique des déficiences sensorielles en EHPAD et en résidence-autonomie, notamment des déficiences visuelles.

Concernant les déficiences visuelles, la HAS fait référence à 2 outils pour leur repérage :

- la grille d'AMSLER [1], qui permet de dépister les symptômes de la DMLA – Dégénérescence maculaire liée à l'âge,
- le questionnaire de dépistage des problèmes de vision fonctionnelle (FVSQ), outil validé également inclus dans le kit de repérage des fragilités sensori-cognitives dénommé « **A.V.E.C** » (**A**udition, **V**ision, **É**quilibre, **C**ognition) mis au point par la Société française de réflexion sensori-cognitive (SOFRESC).

Cette grille A.V.E.C a été créée à partir de quatre outils validés scientifiquement (Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition, de la Fondation Surdité et Communication de l'Institut Raymond-Dewar, FVSQ, Appui unipodal, Codex). La grille de repérage A.V.E.C permet de repérer, par des alertes, des déficiences qu'il conviendra de confirmer/infirmier par l'intervention d'un spécialiste.

La Fondation Médéric Alzheimer et Optic 2000 ont établi de manière conjointe une grille de repérage, inspirée de la grille A.V.E.C et adaptée aux EHPAD et EHPA.

Une évaluation de cet outil a permis de montrer que la grille a été bien comprise et bien reçue par les résidents et leur famille. Les professionnels l'ont estimée très appréhendable avec un temps de renseignement auprès du résident de 20 minutes en moyenne. Chaque domaine de la grille est indépendant et peut être rempli par différents professionnels : médecins coordonnateurs, infirmiers, psychologues, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes. Elle s'avère ainsi aisée à intégrer dans les pratiques.

Pour la Vision, un score est obtenu en fonction des réponses. Un seuil indique également une « Alerte vision » : la personne est encouragée à consulter à titre préventif un professionnel de la vision aux fins d'examen.

Téléchargement de l'outil :

Les professionnels des établissements peuvent télécharger la grille A.V.E.C, qui est mise à leur disposition gratuitement sur le site de la fondation Médéric Alzheimer et sur le **site de l'observatoire de la santé visuelle et auditive du groupement Optic 2000**.

TÉLÉCHARGER
LA GRILLE



[1] La grille d'AMSLER est une grille de lignes horizontales et verticales, utilisée pour évaluer la partie centrale du champ visuel d'une personne : elle peut ainsi permettre de dépister les symptômes de la DMLA – Dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Fiche rédigée par Marie METAIS, personne ressource et malvoyante et par Leila YAHIAOUI, Responsable du Pôle prévention et sensibilisation, Union Nationale des Aveugles et Déficients Visuels

Malvoyants, quand nos yeux ne nous guident plus, notre univers se rétrécit, nous sommes tentés de nous recroqueviller, de nous replier sur nous-même de ne plus sortir, ni de rencontrer les autres... Pour accompagner les personnes déficientes visuelles, il est possible d'agir pour les aider à garder confiance, autonomie, assurance et relations.

Voici nos petites astuces pour la vie au quotidien, basées sur nos propres expériences et celles de personnes déficientes visuelles.

COMMUNIQUER

Toujours s'annoncer
Permettre un accès aux outils de communication adaptés à la déficience visuelle, proposer des activités et jeux adaptés (gros caractères, livres audio, programmes TV et DVD audio-décrits).

STIMULER LES SENS

Lors d'une sortie, décrire le maximum d'éléments possibles et faire remarquer la chaleur du soleil, le chant des oiseaux, le souffle du vent, le parfum des fleurs, pour faire appel aux sens de la personne et la garder en alerte.
Installer des repères sonores au jardin : fontaine avec bruit d'eau, carillon tibétain à vent, carillon à vent solaire...
Installer des repères tactiles, avec lettres ou chiffres en relief.

GARANTIR LES REPÈRES DANS L'ESPACE

Eviter le plus possible de déplacer le mobilier et les objets de la personne. Si des changements doivent être faits, prévenir la personne et lui demander comment elle souhaite ranger ses affaires, selon quels codes ou quels moyens mnémotechniques.

BIENVEILLANCE

Signaler à la personne tout ce qui peut impacter son apparence et l'estime de soi.

LES REPAS

Il est important de s'interroger sur les retours de plateaux pleins.
Veiller à la bonne disposition des aliments dans l'assiette et de la vaisselle dans le plateau.
Garder la même organisation pour tous les repas.
Informers la personne sur le menu et le contenu du plateau et de l'assiette.

NUISANCES SONORES

Les personnes malvoyantes et non-voyantes se concentrent sur les autres sens, en particulier l'ouïe. Les nuisances sonores peuvent perturber le sommeil et la récupération, par exemple les claquements de porte, les discussions près des chambres...

LIMITER LES DANGERS

Dégager les espaces de circulation au maximum, y compris les obstacles en hauteur au niveau du visage (étagère, placard, support perfusions...).

Installer des repères tactiles sur les murs, au sol, ainsi que des détecteurs de présence pour l'éclairage.

Exclure les sprays pour éviter le risque de projection dans les yeux.

PRÉSERVER SES YEUX

Au moment des soins chez le dentiste, chez le coiffeur ou chez un professionnel utilisant un éclairage puissant et éblouissant, le port d'un masque de nuit est souhaitable (cache yeux opaque ou à défaut bandeau épais pour cheveux).
Privilégier un éclairage indirect et bannir les plafonniers.

RECONNAITRE SES VÊTEMENTS

Penser à laisser à la personne le choix des vêtements qu'elle va porter et prendre le temps de les lui décrire en lui faisant toucher.
Si elle le souhaite, aider la personne à ranger ses vêtements en fonction de la forme, des couleurs et du type de vêtement.
Pour distinguer les nuances (noir, bleu marine...) faire une étiquette écrite en gros caractères ou en relief indiquant la couleur et l'accrocher au cintre.
Pour les vêtements ne portant pas d'indication «devant ou dos» et pour éviter de les mettre à l'envers, faire broder au dos une marque tactile.

RANGER SES AFFAIRES

Toujours ranger les affaires à la même place, dans le même ordre.

Dédier 1 étagère par type de vêtement (robe, chemise, pantalon, vestes...), ou par couleur, ou par texture, ou par type de manches courtes/longues...

Organiser des boîtes avec séparateurs pour chaussettes, collants, sous-vêtements, lingerie, gants...

Installer des bandes lumineuses à allumage tactile autocollantes, à pile, à l'intérieur des portes de placards ou d'armoire.

IDENTIFIER LES OBJETS DU QUOTIDIEN

Procéder à un étiquetage ou à des pictogrammes sur le porte-serviettes précisant l'usage du linge de toilette: mains, visage, corps ; ou utiliser des serviettes de couleurs différentes selon les usages.

Utiliser des assiettes à rebords antidérapants.

Utiliser des pastilles en relief, des stylos pour écriture en relief, coudre une étiquette, coudre un bouton pour créer un relief.

Pour distinguer deux flacons, entourez-les avec des élastiques au relief un peu épais : 1 élastique sur le premier, 2 sur le second.

CONTACT

Union Nationale des Aveugles et Déficients Visuels (Unadev),
28 rue de Cursol - 33000 Bordeaux, Direction des missions sociales

Sophie Fages,
Assistante administrative de service
05 56 33 85 65

Leila Yahiaoui
Responsable du pôle prévention et sensibilisation
l.yahiaoui@unadev.com
06 34 44 96 71

Fiche réalisée sur la base de l'interview de Thierry Coignac, Opticien,
Formateur et Fondateur de OPTI'PROX

OPTI'PROX : Unité mobile d'optique

Cette solution innovante a été créée par l'opticien Thierry Coignac qui avait identifié que les besoins d'intervention des opticiens à domicile étaient de plus en plus présents pour les personnes qui ne pouvaient pas – ou plus – se déplacer en magasin.

Thierry Coignac a ainsi créé en 2015 une unité mobile d'optique OPTI'PROX (OPTicien et PROXimité), un dispositif à destination des personnes isolées sur le plan géographique, social ou familial et qui sont peu ou pas mobiles. OPTI'PROX, basé à Limoges, est mobile sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine.

Pour son innovation, Thierry Coignac a reçu :

- l'agrément de l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour une activité d'opticien à domicile
- le prix coup de cœur « Journée performance 2019 » de l'ARS Nouvelle-Aquitaine
- le prix coup de cœur du jury du "Prix de l'Innovation Artisanale de Haute-Vienne" en 2021

DANS VOTRE PRATIQUE D'OPTICIEN, COMMENT PROCÉDEZ-VOUS AVEC DES PERSONNES DONT LA COGNITION EST ATTEINTE :

Mon expérience en établissements pour personnes âgées mais aussi en situation de handicap et non communicantes m'a appris à me concentrer sur la communication non verbale. Les attitudes et comportements, souvent inconscients, ont l'avantage d'être spontanés, naturels et non emprunts de codes sociaux. Les mots, quant à eux, peuvent ne pas être les « bons mots » ou être mal compris et ne suffisent pas toujours pour que le professionnel puisse analyser la situation de l'utilisateur de manière pertinente.

Règle N°1 : Pour créer le lien, ne jamais intervenir seul

Lorsque je rencontre un habitant dans un EHPAD, je suis toujours accompagné par une tierce personne pour pénétrer dans la chambre de la personne âgée. Cette tierce personne peut être un proche mais le plus souvent un professionnel de l'établissement qui connaît la personne et qui la connaît dans son environnement. La personne qui m'accompagne crée le lien entre la personne âgée et moi-même, met en confiance. Elle permet également que ma présence ne soit pas perçue comme une agression dans la sphère intime de la personne et limite les craintes de vol ou de comportement déplacé ou inadapté que les habitants peuvent redouter. Il faut donc faire extrêmement attention à la « façon d'arriver » chez les gens.

La présence de cet accompagnant permet :

- un croisement des informations données par l'habitant et celles de l'accompagnant. Par exemple, en posant la question « avez-vous été opéré(e) de la cataracte ? », la réponse de la personne ainsi que celle de l'accompagnant permet une première évaluation de l'état cognitif de la personne, sans être intrusif.
- un avis partagé sur l'éventuel achat d'un appareillage : lors de la présentation du devis, l'habitant et l'accompagnant peuvent engager une réflexion sur sa pertinence, garantissant ainsi une autre parole que celle du vendeur.
- l'assurance d'une bonne compréhension du circuit administratif et financier, des sommes en jeu pour un appareillage.
- une continuité du lien entre la personne âgée et l'opticien : en cas de besoin de réglage, de questions d'ordre administratif, l'accompagnant peut reprendre contact avec l'opticien.

Règle N°2 : Être clairement identifié comme « l'opticien »

Il est très important de se présenter comme « l'opticien », d'expliquer ses missions, ce que l'on va faire. Il est utile de prononcer les mots « opticien », « lunettes », de proposer un miroir – la dimension esthétique de l'équipement est importante, notamment pour le public féminin majoritaire en établissements. Il est primordial de s'assurer que la personne comprend pourquoi je suis là et ce que je vais faire (mon identité, mon nom, ne sont pas les plus importants). Cela prend du temps, mais il est indispensable. Si cette étape est bâclée, le temps que la personne va passer à essayer de se rappeler qui je suis et ce que je vais faire va impacter sa concentration et ne fera pas sens pour elle. On ne doit pas partir du principe que la personne âgée nous a forcément reconnus, qu'elle sait forcément pourquoi on est là.

Les tests de vision

Des mesures sont systématiquement faites pour la vision de loin, parfois pour la vision de près, en fonction des besoins de la personne.

Différents tests existent en fonction des capacités de la personne.

Si la personne est en capacité de lire, une échelle d'acuité avec reconnaissance d'optotypes (lettres normalisées) est proposée. Il existe également une échelle d'acuité pour les personnes analphabètes ou maîtrisant un autre alphabet.

Pour mesurer l'acuité visuelle, un appareil appelé Autoréfracto-kératomètre portable est utilisé. Il permet une mesure de la correction optique, en quelques secondes, sans intervention de l'utilisateur. Il s'agit d'un boîtier qui nécessite cependant un contact physique avec la personne (au niveau de l'arcade sourcilière/front). Avec certaines personnes, il est parfois nécessaire de travailler l'acceptation de l'appareil, avec une attention sur la parole, la voix, les intonations du professionnel. En principe, une mesure pertinente s'obtient en utilisant l'appareil 3 fois avec la personne. Avec des personnes non communicantes, je peux présenter l'appareil jusqu'à 30 fois (sur plusieurs moments/jours) pour obtenir une moyenne de mesures la plus fiable possible.

i Remarque

Il existe des appareils qui permettent le même test que les Autoréfracto-kératomètre, à une distance d'1 mètre de l'utilisateur. Ce dispositif « sans contact » représente un avantage certain pour des examens avec des personnes non communicantes et permet de diviser par 10 le temps passé pour cet examen de la vue. Cependant, cet équipement est peu utilisé par les opticiens en dehors du domaine hospitalier, son coût étant élevé (15.000/20.000 euros).

DANS VOTRE ACTIVITÉ DE FORMATION, QUE TRANSMETTEZ-VOUS AUX ÉQUIPES DES EHPAD ?

L'idée de proposer une prestation de formation aux professionnels des EHPAD est née de l'incompréhension qui existait parfois entre nous lorsque j'intervenais auprès des habitants. Certains pouvaient légitimement se demander « pourquoi il passe tout ce temps avec les résidents ? » ou « pourquoi il pose toutes ces questions ? ». Pour qu'il y ait une véritable alliance entre l'équipe et moi-même, il faut d'abord que les professionnels comprennent ce que je fais et qu'ils soient intégrés à la démarche !

Dans mes formations sur les déficiences visuelles, je mets des mots sur des situations, je fais prendre conscience de l'importance de la vision dans le quotidien.

Pour cela, je fais expérimenter, par des ateliers pratiques, les différentes manières de mal voir. Equipés de différentes lunettes permettant de voir son environnement comme des déficients visuels, j'invite les professionnels à découvrir leur établissement – le jardin ou les espaces extérieurs – comme le voient les habitants. Rappelons que l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 85 ans : beaucoup d'habitants sont donc des déficients visuels, ce qui implique une grande attention aux situations du quotidien, gérées par les professionnels, au sein de l'environnement complexe qu'est l'EHPAD.

Ces formations concernent ainsi en premier lieu les personnels de cuisine, d'entretien, les aides-médico-psychologiques, qui vont pouvoir prendre conscience de tous les obstacles concrets pour les habitants déficients visuels, obstacles sur lesquels ils vont pouvoir intervenir facilement (réparer une main courante mal fixée, remplacer une ampoule grillée, organiser un plateau-repas...). En impliquant les professionnels, en les interrogeant sur leurs pratiques, on valorise leur rôle et leurs compétences au sein de l'établissement.

Ces temps de formation me permettent de décoder les attitudes et comportements des usagers que je traduis en mots pour les équipes :

1- Exemple de situation au restaurant de l'établissement :



Quel était le repas ? Du cabillaud accompagné de riz
Comment était servi ce repas ? Dans une assiette

Le repas proposé, du cabillaud blanc, accompagné de riz blanc, servi dans une assiette blanche, n'a pas permis à Madame Martin d'identifier les aliments qui composaient son repas, elle n'a donc pas pu manger.

2- Exemple de situation au restaurant de l'établissement :



Quelle boisson était proposée ? De l'eau au cours du repas
Comment cette boisson était proposée ? Dans un verre ; un pichet rempli d'eau était également disponible

La boisson proposée, de l'eau incolore, dans un verre transparent et un pichet rempli d'eau transparent, disposés en dehors du plateau, n'a pas permis à Madame Martin d'identifier la présence du verre et du pichet, elle n'a donc pas pu boire.

3- Exemple de situation au sein d'espaces de circulation :



Se dirige-t-elle vers la porte menant au jardin ? Oui, mais elle fait demi-tour
Quel éclairage pour le passage de l'intérieur vers l'extérieur ? Il y a une ampoule, mais elle est grillée

L'accès au jardin comporte une zone sombre/noire, qui est associée au vide, Madame Martin se sent en insécurité et fait demi-tour, elle n'a donc pas pu aller au jardin.

A quoi sert l'intervention d'un opticien en EHPAD ?

Sur ces bases d'expérimentations concrètes, en situation d'exploration de l'environnement comme des déficients visuels, les personnels vont être force de proposition, vont avoir des idées d'amélioration. Les cadres qui participent aux formations peuvent avoir une vision sur le plus long terme et sur le plan collectif. Enfin, les personnels formés gardent durablement cette capacité à observer et à s'interroger sur les attitudes et comportements des résidents.

Remarque

L'accès à l'information au sein de l'établissement

Dans les établissements, il est toujours aussi fréquent de voir les menus du restaurant affichés en police 12 ou 14 !
Si la personne n'a jamais pu lire le menu du restaurant parce qu'il est écrit trop petit, si la personne ne peut pas lire le planning des activités parce qu'il est écrit trop petit, alors on ne favorise pas la lecture, on ne favorise pas l'attention, on ne favorise pas l'envie de lire. Après ça, vous pouvez afficher n'importe quelle information importante, elle ne sera pas lue, puisque rien n'a jamais été fait pour que les autres informations soient lues !

•• VOUS QUI INTERVENEZ EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, OBSERVEZ-VOUS UNE ÉVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS AVEC DES DÉFICIENCES VISUELLES ?

Je sens un intérêt pour ces questions dans les établissements où je suis déjà intervenu. Mais, malheureusement, je ne vois pas d'évolution positive dans la prise en charge au quotidien des habitants dans la plupart des établissements. La question du déficit visuel en EHPAD ou en structure de handicap n'est que rarement ou même jamais évoquée. Ce n'est jamais considéré comme prioritaire alors que la vision est un sens majeur qui permet le traitement d'un nombre considérable d'informations qui permet à la personne d'analyser son environnement et ainsi d'adapter ses comportements aux situations. Il est important de rappeler que 80% des informations passent par la vue.

Par ailleurs, beaucoup d'idées reçues persistent [1], j'entends très souvent « de toute façon, Mme Martin voit bien puisqu'elle a des lunettes » ou « de toute façon, M. Dupont voit bien puisqu'il n'a pas de lunettes » ... Les formations basées sur des ateliers pratiques permettent aux professionnels de comprendre les déficiences visuelles pour comprendre comment les personnes voient leur environnement. Les professionnels en établissement ont des notions théoriques sur la vision, mais ce qui est plus important, c'est qu'ils aient connaissances des impacts des troubles de la vision sur le quotidien des résidents.

A quoi servent les solutions de domotique et autres si les résidents n'ont pas bénéficié d'un bilan de leur vue ? Cela n'a pas de sens si l'on ne sait pas ce que la personne voit ou ne voit pas.

Ma 1^{ère} utopie : que chaque personne qui entre en établissement bénéficie d'un bilan de sa vue

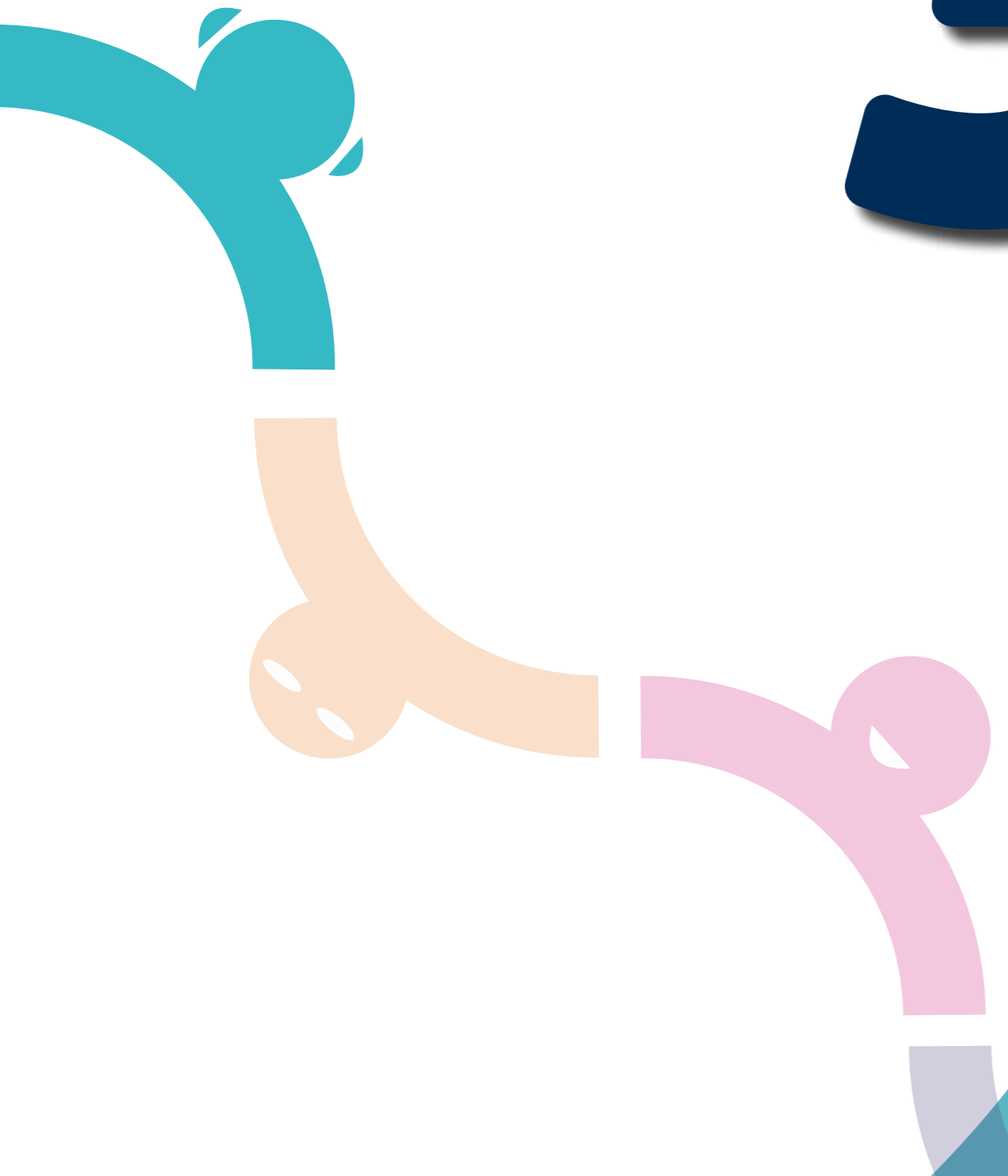
Ma 2^{ème} utopie : que chaque directeur d'EHPAD nouvellement nommé fasse une visite de son établissement dans la situation d'un déficient visuel pour qu'il se rende compte de la situation des résidents.

[1] Voir la fiche « Déficiences sensorielles et idées reçues »

3

LA SANTÉ

AUDITIVE



•• LA PRESBYACOUSIE

La presbyacousie est un phénomène d'apparition progressive, lié à l'âge, au cours duquel la personne âgée perd la capacité d'entendre et de distinguer les sons les plus aigus, ce qui provoque des difficultés de compréhension de la parole.

La presbyacousie génère une perte de capacité d'intelligibilité, c'est-à-dire qu'elle entend mais ne comprend pas.

Cette pathologie est rencontrée chez 30% des personnes âgées de 60 ans, chez 35% des 75 ans et chez 50 à 60 % des personnes de 80 ans [1].

Trois facteurs essentiels pour comprendre la presbyacousie :

- Un effet de masque entre les sons : le message est perçu comme brouillé par la personne âgée,
- Un ralentissement de l'audition,
- Un transfert sur la vision pour compenser le déficit de l'audition. La personne effectue une lecture labiale.

Presbyacousie et démence

La surdité est un facteur de risque supplémentaire vers la démence.

La déprivation sensorielle entraîne une diminution des stimulations des fonctions cognitives supérieures. L'effort d'écoute a une incidence car il vient diminuer les ressources cognitives restantes qui étaient disponibles pour d'autres actions.

Souffrir de presbyacousie entraîne une diminution de la qualité de vie avec des conséquences sévères : troubles de l'orientation dans l'espace, reconnaissance tardive des dangers et augmentation du risque inhérent de chute.

•• QUELLES CONSÉQUENCES POUR LES RÉSIDENTS SUR LA QUALITÉ DE VIE ET L'AUTONOMIE ?

Les conséquences comportementales

La presbyacousie a des conséquences sur le comportement des seniors. En entendant moins bien, la personne réduit ses interactions sociales, se met en retrait et s'isole.

Les conséquences cognitives

Le manque de stimulation via la parole et les interactions sociales, génère chez la personne âgée une forme de régression intellectuelle et des difficultés de communication.

Les conséquences émotionnelles

La presbyacousie entraîne des conséquences importantes telles qu'un sentiment d'exclusion, un isolement de la personne âgée et une forte solitude, de la frustration, de la colère, de l'agressivité, un sentiment d'anxiété car l'audition est un sens d'alerte, toutes ces conséquences émotionnelles peuvent amener la personne âgée à tendre vers un état dépressif.

•• QUELS SONT LES ENJEUX POUR L'INSTITUTION ?

1 La prévention

Afin d'éviter ces conséquences pour les personnes âgées, il est important de mettre en œuvre des dépistages au sein de l'institution.

2 L'adaptation

L'établissement doit pouvoir s'adapter en mettant en place des **mesures individuelles** pour les résidents concernés et des **mesures collectives** pour le bien être de tous les résidents.

- ▶ **Promouvoir les mesures individuelles**
Les professionnels doivent mettre en place un geste préparatoire pour fixer l'attention du sujet et ne pas le surprendre. Il est important de parler lentement, sans crier et de face afin de favoriser la lecture labiale.
- ▶ **Promouvoir les mesures collectives :**
 - Privilégier les dialogues duels ou en petit nombre afin de favoriser la compréhension chez la personne âgée.
 - Réaliser l'entretien dans le calme afin d'éviter l'effet masking par le bruit ambiant (message brouillé, « j'entends mais je ne comprends pas »)
 - Réserver une zone de silence autour des téléviseurs.
 - Atténuer au maximum les bruits dans la salle de restauration et les salles communes.
 - Favoriser la signalétique visuelle.
- ▶ **Promouvoir la réhabilitation :**
Appareiller le plus tôt possible avant la perte d'intelligibilité (entendre et ne pas comprendre)
-> Pour entretenir la chaîne cognitive
-> Pour améliorer la plasticité cérébrale
Points de vigilance : s'assurer du fonctionnement de l'appareillage (piles, cérumen etc...)

i Remarque

Quels liens entre bouchons de cérumen et surdité ?

Le cérumen est une cause très fréquente de surdité, en particulier dans 2 situations :

- Dans le cas de bouchons de cérumen bilatéraux
- Dans le cas de cérumen obstruant le canal de l'embout des prothèses auditives, qui est par nécessité très étroit.

L'obstruction de la voie auditive, qu'il s'agisse du conduit auditif ou des embouts de prothèse, n'impacte l'audition que lorsqu'elle est complète, « hermétique ». Après une période d'accumulation progressive, elle se complète le plus souvent de façon rapide, d'un jour à l'autre.

En conséquence il faut penser en priorité à un problème de cérumen devant la survenue rapide ou récente d'une surdité et vérifier la perméabilité des oreilles et des prothèses auditives éventuelles.

Le problème peut être résolu selon les cas :

- soit par un nettoyage des embouts de prothèse,
- soit par un lavage d'oreille à la condition d'être assuré qu'il n'existe pas de perforation du tympan, et avec de l'eau précisément à 37° (+/- 3°) pour éviter de provoquer des vertiges et des vomissements[2].

Le matériel devant figurer dans le local est fixé par décret :

Article D4361-19 du CSP « Le local réservé à l'activité professionnelle d'audioprothésiste comprend : 1° Soit un cabinet et une cabine insonorisée, soit une salle de mesures audioprothétiques d'un volume utile minimum de quinze mètres cubes. Dans les deux cas, le niveau de bruit dans les conditions normales d'utilisation n'excède pas quarante décibels A exprimé en niveau constant équivalent sur une durée de mesure d'une heure ; ce temps de réverbération ne doit pas, pendant les mesures audioprothétiques, y être supérieur à 0,5 seconde à la fréquence de 500 hertz ; 2° Une salle d'attente distincte de la salle de mesures audioprothétiques ; 3° Un laboratoire isolé de la salle de mesures audioprothétiques lorsqu'il y a fabrication d'embouts ou de coques ».

Article D4361-20 du CSP : « L'audioprothésiste dispose dans le local défini à l'article D. 4361-19 des matériels suivants : 1° Matériel de mesures audioprothétiques : a) Un audiomètre tonal et vocal classe A normalisé ou un ensemble audiométrique équivalent comportant des sorties sur écouteurs, vibreur, haut-parleur. Un système de localisation sonore est composé d'au moins trois haut-parleurs distants d'un mètre au moins par rapport au sujet testé ; b) Un dispositif permettant l'équilibrage des prothèses stéréophoniques ; c) Une boucle magnétique ; d) Un dispositif permettant d'effectuer des tests d'audition dans le bruit ; e) Un dispositif de conditionnement audiométrique adaptable aux aptitudes psychomotrices du sujet testé, comprenant notamment en cas d'appareillage du jeune enfant un matériel d'audiologie infantile ; f) Un dispositif permettant de tester l'efficacité des prothèses auditives vis-à-vis de différents moyens de communication ; g) Une chaîne de mesure électro-acoustique permettant de contrôler les caractéristiques des amplificateurs correcteurs de l'audition : courbe de réponse, gain ou formule acoustique, distorsions, niveau de sortie ; h) Un sonomètre de précision normalisé. 2° Matériel et produits nécessaires aux prises d'empreintes du conduit auditif : a) Otoscope éclairant ; b) Miroir de Clar pour l'examen du conduit auditif externe ; c) Seringues à empreintes ; d) Spéculum d'oreille. 3° Matériel d'entretien nécessaire à la maintenance des amplificateurs correcteurs de l'audition et des embouts ».

Il résulte de ces dispositions qu'un audioprothésiste ne peut exercer en EHPAD si ce dernier ne dispose pas d'un local répondant aux critères d'aménagement précités. En pratique, dans la quasi-totalité des cas, les EHPAD ne disposent pas d'un tel local. L'exercice des audioprothésistes est donc proscrit.

Il convient d'ajouter que le code de la santé publique prévoit que « la location, le colportage, les ventes itinérantes, les ventes dites de démonstration, les ventes par démarchage et par correspondance des appareils de prothèse auditive sont interdits » (Article L4361-7 du CSP).

i Remarque

Point de vigilance :

Les besoins en appareillage auditif sont très importants auprès des publics accueillis en EHPAD.

Certains professionnels, peu scrupuleux, tentent d'opérer un démarchage en EHPAD. D'autres parviennent à convaincre des directeurs d'EHPAD de les laisser intervenir.

Pourtant, l'exercice de l'activité d'audioprothésiste ne peut s'opérer en dehors d'un local spécifiquement aménagé à cet effet.

Même une ordonnance établie par un médecin indiquant que l'utilisateur a des difficultés à se déplacer ne saurait rendre l'intervention des audioprothésistes en EHPAD légale. Même avec l'accord de l'utilisateur, de sa personne de confiance, de son entourage, un directeur d'EHPAD ne saurait autoriser l'intervention d'un audioprothésiste en EHPAD.

•• MISSIONS D'UN AUDIOPROTHÉSISTE

Est considérée comme exerçant la profession d'audioprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe.

Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé.

La délivrance de chaque appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire du port d'un appareil, après examen otologique et audiométrique tonal et vocal (article L. 4361-1 du CSP). Le professionnel a l'obligation de fournir à l'utilisateur un devis.

L'Article L.165-9 du code de la sécurité sociale rappelle le contenu minimal de ce devis :

« Le professionnel de santé qui délivre au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficients de l'ouïe ou d'optique-lunetterie inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 165-1 remet à l'assuré social, avant la conclusion du contrat de vente, un devis normalisé comportant le prix de vente de chaque produit proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables, ainsi que les modalités de prise en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, complémentaire. Le devis comporte au moins un équipement d'optique médicale ou une aide auditive appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1, sous réserve qu'il existe un tel équipement ou une telle aide qui réponde au besoin de santé [2]. Avant le paiement, le professionnel de santé qui délivre au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficients de l'ouïe ou d'optique-lunetterie remet à l'assuré une note détaillée reprenant les mêmes éléments ainsi que les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité des dispositifs médicaux fournis. La note est transmise à l'organisme de sécurité sociale auquel est affilié l'assuré ».

Un modèle de devis est fixé par arrêté ministériel [3].

•• LIEUX D'INTERVENTION AUTORISÉS DES AUDIOPROTHÉSISTES

L'activité professionnelle d'audioprothésiste ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet et aménagé, selon des conditions fixées par décret, afin de permettre la pratique de l'audioprothèse (Article L4361-6 du CSP).

Le local réservé à l'activité professionnelle d'audioprothésiste comprend :

- 1 Soit un cabinet et une cabine insonorisée, soit une salle de mesures audioprothétiques d'un volume utile minimum de quinze mètres cubes. Dans les deux cas, le niveau de bruit dans les conditions normales d'utilisation n'excède pas quarante décibels A exprimé en niveau constant équivalent sur une durée de mesure d'une heure ; ce temps de réverbération ne doit pas, pendant les mesures audioprothétiques, y être supérieur à 0,5 seconde à la fréquence de 500 hertz ;
- 2 Une salle d'attente distincte de la salle de mesures audioprothétiques ;
- 3 Un laboratoire isolé de la salle de mesures audioprothétiques lorsqu'il y a fabrication d'embouts ou de coques.

[2] Offre 100% santé.

[3] Arrêté du 29 août 2019 modifiant l'arrêté du 28 avril 2017 relatif à l'information de l'assuré social ou de son ayant droit sur les conditions de vente des produits et prestations d'appareillage des déficients de l'ouïe et d'optique-lunetterie.

A retenir

Lieu d'exercice

L'activité ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet et aménagé, selon des conditions fixées par décret (a priori pas en EHPAD eu égard aux conditions devant respecter le local)

Prescription

La délivrance de chaque appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable

Devis

Devis obligatoire dont le contenu est encadré par le code de la sécurité sociale et par arrêté ministériel

•• CONSÉQUENCES EN CAS D'INTERVENTION D'UN AUDIOPROTHÉSISTE EN EHPAD

En tant que directeur/trice d'EHPAD, vous vous apercevez que des usagers reçoivent la visite d'audioprothésistes au sein de l'établissement : que faire ?

Le pouvoir des directeurs/trices d'EHPAD doit être appréhendé différemment selon que l'établissement est public ou privé.

Pour les EHPAD publics

Dans le secteur public, les directeurs/trices des établissements publics médico-sociaux disposent d'un véritable pouvoir réglementaire.

Le règlement de fonctionnement a la valeur d'une décision réglementaire :

- l'usager est placé, à l'égard de l'établissement, dans une position légale et réglementaire exclusive de tout lien de nature contractuelle (CAA Nancy, 30 mai 2011, n° 10NC01016 ; CE, 5 juillet 2017, n° 399977) ;
- le règlement de fonctionnement peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir (CAA Nancy, 15 décembre 2011, n° 11NC00185).

En conséquence, les directeurs/trices d'EHPAD publics peuvent, dans l'intérêt du service, interdire l'accès de l'établissement à des audioprothésistes.

Dans les EHPAD privés

Gérées par des personnes morales de droit privé à but lucratif ou non lucratif, les relations usagers/gestionnaires sont de nature contractuelle.

Le juge judiciaire a en effet reconnu la nature contractuelle :

- du contrat de séjour (Cass., Civ. 2, 12 mai 2005, n° 03-17994) ;
- du règlement de fonctionnement (Cass., Civ. 1, 21 octobre 1997, numéro 95-18462 ; Cass., Civ. 3, 19 mai 2004, n° 03-11360).

Les actes de nature contractuelle et notamment le règlement de fonctionnement sont inopposables aux tiers. Le règlement de fonctionnement ne s'impose donc pas aux visiteurs, à l'instar des audioprothésistes.

Afin d'éviter aux audioprothésistes d'intervenir en EHPAD :

- 1 il est envisageable de rappeler dans le règlement de fonctionnement les dispositions du code de la santé publique encadrant l'activité d'audioprothésiste et que l'établissement ne dispose pas de local adapté à cet effet afin de sensibiliser les usagers à l'interdiction d'exercice des audioprothésistes en sein de l'établissement ;
- 2 recourir à l'intervention de la police ou de la gendarmerie lorsque les troubles causés par un visiteur sont susceptibles de caractériser la commission d'une infraction pénale (violation de domicile [4], abus de faiblesse [5], pratique commerciale agressive [6], etc.)
- 3 dénoncer auprès de l'administration les tentatives de démarchages d'audioprothésistes en EHPAD ;
- 4 introduire une clause interdisant le démarchage dans le règlement de fonctionnement ;
- 5 assurer une surveillance des entrées et sorties, pour refuser l'accès de l'EHPAD aux visiteurs importuns, seuls étant admis à pénétrer dans l'établissement les visiteurs dont la présence est explicitement désirée par un résident. De manière plus générale, cette surveillance s'impose pour des raisons de responsabilité, dans la mesure où l'organisme gestionnaire est tenu, à l'égard des personnes accueillies, d'une obligation de sécurité.

•• QUID EN CAS DE BESOIN DE NETTOYAGE/ DE RÉGLAGE DE L'APPAREIL AUDITIF

Les usagers étant nombreux au sein des EHPAD à être équipés d'appareils auditifs, les professionnels peuvent être amenés à s'interroger sur les personnes compétentes pour régler ou nettoyer ces appareils.

Sur la question du réglage

Est considérée comme exerçant la profession d'audioprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe. Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente (Article L. 4361-1 du CSP). Il semble donc résulter de l'Article L. 4361-1 du CSP que le réglage des appareils auditifs relève exclusivement de la compétence de l'audioprothésiste.

[4] Article 226-4 du code pénal.

[5] Article 223-15-2 du code pénal.

[6] Article L121-6 du code de la consommation.

Sur la question du nettoyage

L'article R. 4311-3 du CSP prévoit que « relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6 ».

L'article R. 4311-5 du CSP prévoit que dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière « accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ».

Il résulte de la combinaison des dispositions précitées que **le nettoyage des appareils auditifs peut entrer dans le rôle propre des infirmiers.**

L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.

L'article R. 4311-4 du CSP prévoit que lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant du rôle propre de l'infirmier sont dispensés dans un ESMS, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers.

Fiche rédigée par Théodore MAGDELEINAT, Audioprothésiste D.E,
ATOL Bastide - Bordeaux

FICHE OUTIL

L'entraînement auditif est une pratique visant à l'amélioration de la compréhension de la parole par le sujet sourd ou malentendant au moyen d'exercices de compréhension dans des environnements variés. C'est une pratique qui nécessite un audioprothésiste formé, avec du matériel spécifique. Pour le moment, cela ne peut être réalisé que dans des centres d'audioprothèses équipés de ce genre de matériel, mais nous devrions voir arriver dans les prochaines années des dispositifs permettant de faire ces entraînements directement chez soi, notamment à l'aide d'applications smartphone dédiées, ou de tablettes.

Nombre de patients se plaignent de ne pas avoir un gain de compréhension suffisant grâce à l'appareil auditif, et 25% des personnes appareillées déclarent ne pas porter leurs appareils. Or, depuis une quinzaine d'années, le nombre d'études attestant de l'apport de l'entraînement auditif en termes de compréhension et de capacités cognitives a considérablement augmenté ; il est aujourd'hui commun de retrouver dans la littérature un **gain de 30% à 40% de la compréhension de la parole grâce à l'entraînement auditif par rapport à un appareillage seul.** De plus, il a été démontré que ce gain de compréhension perdure après l'arrêt des séances d'entraînement auditif. Malgré tout cela, la prise en charge du patient sourd n'a pas, ou trop peu évolué.

Il a été démontré que l'entraînement auditif améliore les capacités de compréhension et de communication de **tous les types de patients sourds** : peu importe le degré de surdité, l'ancienneté ou le niveau d'expérience à l'appareillage auditif. La littérature fait état d'une amélioration significative de la compréhension pour tous les types de surdité, avec un gain plus important lorsque la surdité est de perception ou mixte.

•• LE PRINCIPE DE FONCTIONNEMENT DE L'ENTRAÎNEMENT AUDITIF

Tout d'abord, il est important de mettre en évidence qu'entendre n'est pas comprendre. En effet, le fait de percevoir un son signifie simplement qu'il est suffisamment fort pour déclencher une réponse de notre cortex auditif. Pourtant, un son peut être perçu mais n'avoir aucune signification.

Je ne parle pas chinois. Si j'entends quelqu'un parler chinois, mon cortex auditif me permettra bien de me rendre compte qu'une information sonore est perçue, mais n'ayant pas les connexions neuronales me permettant de comprendre le chinois, cette perception ne me sera d'aucune utilité. Cet exemple simpliste permet juste de mettre en évidence une caractéristique importante de l'audition : **la perception ne signifie pas nécessairement la compréhension.**

Beaucoup de facteurs peuvent empêcher l'auditeur de comprendre une personne qui lui parle : présence de bruits importants, débit de parole trop élevé, incapacités du cortex auditif à bien extraire le sens de la parole, etc. On constate que chez beaucoup de personnes âgées, ces capacités de compréhension sont altérées. Ces capacités sont en partie indépendantes de l'appareillage auditif : elles ne dépendent pas directement du niveau de perception des sons, mais de la manière dont le cerveau va traiter ces sons une fois perçus.

Le principe de l'entraînement auditif permet donc de se pencher sur ces difficultés. L'on va mettre le patient dans un environnement très calme, entouré d'enceintes. Un programme spécifique va présenter au patient une voix enregistrée qui va énoncer des mots, des nombres, un texte... le patient devra sélectionner le mot (ou autre en fonction de l'exercice) qui a été prononcé, dans une liste de quelques items.

Ce test se fera dans le calme, dans le bruit, avec une voix d'homme, une voix de femme. Les résultats de compréhension seront compilés et le logiciel fera ensuite travailler le patient dans les zones les plus difficiles pour lui : type de bruit, type de mots, etc.

Cet entraînement pourrait s'apparenter à des séances de "kiné des oreilles". Il faut donc un certain nombre de séances (en moyenne une dizaine) pour avoir une amélioration notable de la compréhension de la parole.

• L'ENTRAÎNEMENT AUDITIF CHEZ LES RÉSIDENTS D'EPHAD

Pour le moment, à ma connaissance, il n'existe pas de solution d'entraînement auditif à faire chez soi qui soit satisfaisante. Néanmoins, le développement de cette pratique permettra sans nul doute l'émergence de solutions à domicile. En attendant, cette pratique ne peut être réalisée que dans un centre disposant du matériel nécessaire. L'apport en compréhension de la parole est si notable qu'il est fortement recommandé pour les établissements de solliciter les audioprothésistes de leur région afin de proposer cet accompagnement aux résidents et à leurs familles. En effet, les résidents et leurs familles ne se plaignent pas tant de leur difficulté à percevoir le son d'un klaxon au loin, des oiseaux dans le jardin... mais bien de leur difficulté à converser, à comprendre la télévision, leur entourage. L'entraînement auditif est alors **un outil complémentaire** à l'appareillage auditif très efficace pour les résidents souffrant de difficultés de compréhension.

Fiche rédigée par Nicolas LE FOLL Responsable actions de prévention et de dépistage chez TokTokDoc

FICHE OUTIL

Les pathologies des conduits auditifs et des tympanes sont très fréquentes dans les populations d'EHPAD (otites séreuses ou aiguës, bouchons de cérumen, eczéma, sténoses, ostéomes, perforations tympaniques, etc.). Malheureusement, pas assez souvent dépistées, elles aboutissent sur une **baisse des capacités auditives et impactent directement le bien-être**.

Un médecin ORL peut dépister, en quelques minutes seulement, les maladies du conduit auditif et/ou du tympan à distance par téléexpertise. **La téléexpertise permet de réaliser un diagnostic à distance** grâce à l'envoi sécurisé de données médicales et de clichés (du conduit auditif en l'occurrence) par une infirmière au chevet du patient.

• COMMENT RÉALISER UNE TÉLÉEXPERTISE ?

Pour réaliser une téléexpertise otologique, un otoscope numérique de bonne qualité est nécessaire.

L'**infirmière** réalise un cliché pour chaque conduit auditif de manière à ce que le tympan soit bien visible.

Les **otoscopes numériques** sont en général non invasifs lorsqu'ils sont bien maîtrisés. Les clichés peuvent être réalisés très rapidement même sur des personnes ayant des troubles cognitifs.

Les données médicales nécessaires à l'ORL sont récupérées via un questionnaire clinique standardisé réalisé par l'infirmière auprès du patient. Il s'agira notamment d'indiquer s'il y a des antécédents de chirurgie au niveau de l'oreille, de signaler toute douleur ou écoulement.

Le **médecin ORL** recevant ces éléments pourra porter un diagnostic comme s'il était lui-même aux côtés du patient. Le médecin ORL est rémunéré en cotant son acte de téléexpertise auprès de l'assurance maladie.

A travers nos actions de dépistage du conduit auditif par téléexpertise, nous avons observé un taux de prévalence des pathologies du conduit auditif à plus de 70% dans les EHPAD. **Plus de 7 résidents sur 10 ont donc au moins un conduit auditif porteur d'une anomalie.** Les conséquences de ces pathologies, si elles ne sont pas dépistées, lors d'une action de prévention, peuvent être particulièrement préjudiciables pour le patient.

Les bouchons de cérumen représentent en moyenne plus de 95% des troubles otologiques détectés lors de nos journées de dépistage et peuvent diminuer l'acuité auditive de 15 à 30dB lors d'une obstruction de du conduit auditif externe. Ces bouchons peuvent être traités de manière simple après dépistage par céruménolytiques (préparations à base d'eau ou d'huile dispensées en goutte à goutte), irrigation ou retrait manuel.

Plusieurs études ont montré que leur élimination avait des conséquences importantes sur l'amélioration de l'audition mais également des fonctionnalités cognitives des personnes âgées.

• LA TÉLÉMÉDECINE PEUT JOUER 3 RÔLES POUR LA SANTÉ AUDITIVE

1

Améliorer l'audition en dépistant un bouchon et en permettant à l'équipe soignante de l'EHPAD de la traiter avec l'ordonnance de solution auriculaire du médecin

2

Éviter ou limiter une perte d'audition en traitant une maladie liée à une pathologie identifiée

3

Améliorer le bien-être des résidents et éviter l'isolement social en limitant les troubles cognitifs liés aux troubles auditifs.

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en 2017 des recommandations pour le repérage systématique des déficiences sensorielles en EHPAD et en résidence-autonomie, notamment des déficiences auditives.

Concernant les déficiences auditives, la HAS fait référence à 3 outils pour leur repérage :

➤ 2 outils en ligne : <http://www.hein-test.fr/> et <http://www.hear-it.org/fr/Test-de-l-audition>

➤ le questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition, outil validé également inclus dans le kit de repérage des fragilités sensori-cognitives dénommé « **A.V.E.C** » (**A**udition, **V**ision, **É**quilibre, **C**ognition) mis au point par la Société française de réflexion sensori-cognitive (SOFRESC).

Cette grille A.V.E.C a été créée à partir de quatre outils validés scientifiquement (Questionnaire de dépistage des difficultés d'écoute et d'audition, de la Fondation Surdité et Communication de l'Institut Raymond-Dewar, FVSQ, Appui unipodal, Codex). La grille de repérage A.V.E.C permet de repérer, par des alertes, des déficiences qu'il conviendra de confirmer/infirmier par l'intervention d'un spécialiste.

La Fondation Médéric Alzheimer et Optic 2000 ont établi de manière conjointe une grille de repérage, inspirée de la grille A.V.E.C et adaptée aux EHPAD et EHPA.

Une évaluation de cet outil a permis de montrer que la grille a été bien comprise et bien reçue par les résidents et leur famille. Les professionnels l'ont estimée très appréhendable avec un temps de renseignement auprès du résident de 20 minutes en moyenne. Chaque domaine de la grille est indépendant et peut être rempli par différents professionnels: médecins coordonnateurs, infirmiers, psychologues, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes. Elle s'avère ainsi aisée à intégrer dans les pratiques.

Pour l'Audition, un score est obtenu en fonction des réponses. Un seuil indique également une « Alerte audition » : à signaler au médecin coordonnateur et au médecin traitant, pour une consultation ORL.

Téléchargement de l'outil

Les professionnels des établissements peuvent télécharger la grille A.V.E.C, qui est mise à leur disposition gratuitement sur le site de la fondation Médéric Alzheimer et sur le site de l'observatoire de la santé visuelle et auditive du groupement Optic 2000.

TÉLÉCHARGER LA GRILLE



Fiche rédigée par Théodore MAGDELEINAT, Audioprothésiste D.E, ATOL Bastide - Bordeaux

L'appareillage auditif des résidents en EHPAD représente un enjeu de santé primordial, mais c'est un accompagnement qui comporte certaines difficultés.

LES ÉTAPES D'UN APPAREILLAGE AUDITIF EN EHPAD

- 1 Le résident ou son entourage se plaint de moins bien entendre, de ne pas suivre les conversations, ou présente des signes de baisse cognitive, d'isolement.
- 2 Son audition est mesurée soit par un médecin ORL, soit par un audioprothésiste (idéalement qui se déplace - Cf. « Les déplacements de l'audioprothésiste en établissement »).
- 3 Après établissement d'une prescription médicale, l'audioprothésiste choisit avec le résident et la famille l'appareillage le plus adapté : en termes de capacités, de facilité de manipulation, de coût.
- 4 L'audioprothésiste se déplace ensuite de nouveau afin d'installer les appareils auditifs avec le résident. Il effectue le premier réglage et explique le plus simplement possible la manipulation. (Il peut être intéressant pour l'audioprothésiste de rencontrer à ce moment-là le personnel soignant de manière à leur montrer la manipulation des appareils pour que les soignants puissent vérifier le bon port de l'appareillage, ou assister le résident si besoin). C'est le début de l'essai, qui est obligatoirement gratuit et sans engagement pour le résident [1].
- 5 Pendant la durée de l'essai, l'audioprothésiste se rendra auprès du résident afin d'affiner les réglages, corriger d'éventuelles difficultés de manipulation ou d'adaptation.
- 6 À la fin de l'essai, le résident et sa famille décident de conserver ou non les appareils auditifs. S'ils préfèrent les rendre, cela ne leur coûtera rien. S'ils préfèrent conserver les appareils, alors la facture sera établie et le résident ne règlera que le reste à charge si sa mutuelle permet de dispenser de l'avance des frais.
- 7 Pendant toute la durée de conservation des appareils (en général au minimum 4 ans), l'audioprothésiste devra se rendre au moins tous les 6 mois auprès du résident afin de vérifier son audition et ses réglages. Le résident pourra bien sûr le solliciter plus régulièrement (et gratuitement) s'il en ressent le besoin.
- 8 Si une panne survient, les appareils sont récupérés par l'audioprothésiste afin de les renvoyer au fabricant (durée de garantie obligatoire : 4 ans). L'audioprothésiste doit pouvoir proposer des appareils équivalents en prêt le temps du SAV.

Conseil

S'il est possible que certaines étapes puissent être légèrement modifiées en fonction de la situation du résident, la qualité de suivi ne doit cependant pas être altérée par le fait que l'audioprothésiste se déplace en établissement.

[1] L'audioprothésiste peut utiliser la Grille d'évaluation de l'autonomie dans l'utilisation d'un appareillage auditif. BIAP (2013). Recommandations 06/13. Evaluation de l'autonomie dans l'utilisation d'un appareil auditif.

• LES DIFFÉRENTS TYPES D'APPAREILS AUDITIFS :

Quel que soit le fabricant choisi par l'audioprothésiste, il n'existe que deux familles d'appareils auditifs aujourd'hui :

- L'intra-auriculaire
- Le contour (ou micro-contour) d'oreille

Ces deux familles d'appareils existent dans toutes les gammes : du 100% santé (reste à charge 0 pour tous) au plus haut de gamme. La plupart des fabricants proposent 4 gammes d'appareils.

L'intra-auriculaire

Avantages

Dispositif le plus discret : toute l'électronique est logée dans le conduit auditif et rien n'est présent à l'extérieur.

Inconvénients

Appareil moulé au conduit du patient, il demande donc de faire une prise d'empreinte ; malheureusement, c'est un appareil qui n'est pas adaptable à tous les conduits ni à toutes les surdités. Cet appareil étant petit, est très difficile à manipuler. Il est ainsi rarement recommandé chez les résidents d'EHPAD.

Le contour (ou micro-contour) d'oreille

Avantages

Dispositif le plus facile à manipuler : il présente un boîtier contenant l'électronique au-dessus de l'oreille du patient et un petit écouteur dans le conduit auditif. Les deux parties sont reliées soit par un tube transparent, soit par un fil. Il est alimenté soit par des piles, soit par une batterie rechargeable. Le grand avantage du système rechargeable est bien sûr sa simplicité et sa praticité : le résident n'a pas à manipuler de petites piles toutes les semaines.

Inconvénients

Dans le cas des appareils alimentés par un système rechargeable, ceux-ci n'existent pas dans la gamme 100% santé de la réforme gouvernementale. Ils présentent alors pour la plupart des résidents un reste à charge plus ou moins important en fonction de la gamme choisie et des contrats de complémentaires santé.

• COMMENT CHOISIT-ON LA GAMME D'UN APPAREIL ?

La différence majeure entre les gammes d'appareils auditifs réside dans leurs capacités à traiter la parole dans le bruit. En effet, il s'agit de la situation la plus délicate pour un appareil électronique :

- comprendre de lui-même quand le patient est dans un milieu bruyant ;
- extraire la parole utile de ce milieu bruyant ;
- amplifier la parole correctement afin de la rendre plus compréhensible par le porteur,

Ces trois traitements doivent, bien sûr, intervenir en temps réel et sans intervention de la part du patient.

C'est donc sur ces capacités que se concentre la quasi-totalité des innovations en appareillage auditif. Plus l'appareil est de gamme élevée, plus ses capacités de traitement de la parole dans le bruit seront élevées.

Les résidents d'EHPAD ont-ils vraiment besoin d'appareils auditifs performants ?

L'on serait tenté de penser que la grande majorité des résidents d'EHPAD n'auraient que des besoins limités en termes de compréhension dans le bruit. Cependant, même si ces personnes préfèrent souvent le calme ou les conversations avec peu de personnes, il y a deux situations très communes qui pourtant justifieraient le choix d'appareils plus performants :

Tout d'abord, **la télévision**. En effet, la plupart des résidents consacrent beaucoup de temps à la télévision. Malheureusement, beaucoup de programmes présentent des situations dans lesquelles la personne à l'écran parle par-dessus un bruit important : dans les films, dans les émissions de divertissement très rythmées, etc. De plus, nombre de résidents possèdent un téléviseur simple, sans barre de son, ce qui fait que l'écoute n'est pas forcément optimale en termes de détails sonores.

La deuxième situation de bruit à laquelle les résidents font régulièrement face sont **les repas en groupe**. Même si beaucoup de salles de restauration sont traitées contre la réverbération, ce sont néanmoins des lieux où beaucoup de résidents sont présents en même temps. Il y a donc un bruit de fond qui peut facilement masquer la parole de la personne avec qui le résident souhaite converser.

Il est de ce fait important pour l'audioprothésiste, lors du choix de l'appareillage auditif, de bien expliquer au résident, ainsi qu'à sa famille, les enjeux du choix de la gamme d'appareils au regard de ces potentielles difficultés.

• LES DÉPLACEMENTS DE L'AUDIOPROTHÉSISTE EN ÉTABLISSEMENT : CE QUE DIT LA LOI ET LES PRATIQUES SUR LE TERRAIN

Au regard de l'état de santé de beaucoup de résidents, il paraît parfaitement judicieux de proposer de l'appareillage à domicile. Ainsi, lors de toutes les étapes d'appareillage et de suivi, le résident n'a pas à se déplacer jusqu'au laboratoire d'audioprothèse.

Cependant, l'appareillage à domicile, bien que primordial pour ce type de public, est interdit par la loi [2]. En effet, la loi concernant cette pratique est très claire : cela est considéré comme du colportage. Cette loi rappelle aussi que tout appareillage auditif doit être effectué dans un local traité et normé, comme ce que l'on retrouve chez tous les audioprothésistes.

Cela étant posé, il existe néanmoins une différence entre ce que disent les textes et ce qu'il en est vraiment dans la pratique. Depuis des années, un besoin important est apparu pour toutes les personnes ne pouvant pas se déplacer qui pourtant nécessitent un appareillage de leur audition.

Ainsi, beaucoup d'audioprothésistes et d'enseignes ont commencé à proposer ce service. Cette pratique est donc bien connue et tout à fait tolérée : le législateur sait parfaitement qu'il y a un besoin important et qu'il en va de la santé de personnes vulnérables. Cette loi a ainsi été plusieurs fois remise en cause, notamment lors de l'établissement de la loi santé.

Alors pourquoi cette loi existe toujours ?

Ma réflexion m'amène à penser qu'elle sert de contrôle à la pratique. En effet, si cette loi n'existait plus, il pourrait s'avérer difficile de vérifier la compétence et la qualité d'un audioprothésiste se déplaçant au domicile d'un des résidents. Or, lors de la création d'un centre d'audioprothèse, celui-ci doit être homologué par la CPAM et l'ARS. À ce titre, l'audioprothésiste doit fournir son diplôme, des certificats de calibration de la cabine, des factures de matériel professionnel précis, etc. Ainsi, lorsqu'un audioprothésiste détenant un centre d'audioprothèse se déplace en EHPAD ou au domicile d'un patient, l'on peut être sûr que c'est une personne qui dispose des compétences requises à cette pratique, et qui dispose du matériel adapté en cas de besoin.

[2] Pour une parfaite information, se référer à la fiche « Cadre réglementaire » du Chapitre La Santé auditive

Ainsi, l'interdiction de l'appareillage à domicile pourrait être vue non pas comme une limitation de la prise en charge des résidents, mais plutôt comme une garantie que les professionnels de l'audition qui se déplaceront chez les résidents auront le minimum de connaissances et de professionnalisme pour exercer ce métier convenablement.

De plus, bien que l'appareillage en centre soit fait dans des conditions contrôlées et reproductibles, l'appareillage à domicile n'est pas nécessairement synonyme de tests incertains et de réglages flous. En effet, le matériel s'est considérablement amélioré et beaucoup d'outils indispensables sont maintenant tout à fait transportables. Ainsi, si le résident reçoit l'audioprothésiste dans un endroit calme et que ce dernier est correctement équipé, un appareillage de bonne qualité est parfaitement possible.

Manipulation et entretien des appareils auditifs [3]

Il est tout à fait courant de voir en établissement des résidents qui ne sont pas capables d'assurer convenablement l'entretien de leurs appareils, et qui ont des difficultés à les mettre et les retirer. Dans ce cas, il est souhaitable que le personnel de l'établissement puisse exercer un contrôle de l'appareillage et apporter une aide régulière quant à son entretien.

La mise en place d'un appareil intra-auriculaire est plutôt aisée pour un soignant : en effet, l'appareil étant moulé au conduit du résident, l'insertion se fait naturellement. En ce qui concerne les contours d'oreilles, il est souhaitable que l'audioprothésiste puisse montrer la mise en place aux accompagnants. Dans tous les cas, cette mise en place est plutôt aisée : il faut positionner le boîtier de l'appareil sur l'oreille du patient, faire passer le fil ou le tube devant l'oreille, et enfoncer l'embout dans le conduit du patient jusqu'à ce que le fil soit plaqué contre la peau.

Concernant l'entretien, quelques gestes importants sont à connaître :

- 1 Il est important de vérifier que le bout de l'appareil qui rentre dans l'oreille ne présente pas trop de cérumen. En effet, si du cérumen bouche la sortie de l'appareil, le patient entendra beaucoup moins bien. Pour cela, un simple contrôle visuel peut suffire. auditif. Parfois cet embout peut se boucher. Le son ne sort donc plus de l'appareil. Cela est prévu et ces embouts sont jetables : le patient doit avoir reçu des bâtonnets qui servent à sortir l'embout, le changer et le remplacer par un nouveau. Cela se fait de manière très simple et très rapide.
- 2 La plupart du temps l'audioprothésiste aura fourni des lingettes ou un spray nettoyant avec les appareils. Leur utilisation est très simple : ils servent tous les deux à dégager et nettoyer la sortie du son, c'est à dire la partie qui est à l'intérieur du conduit auditif. Les lingettes s'utilisent très classiquement et la plupart des sprays présentent une brosse à leur extrémité. Il suffit d'imbiber la brosse avec quelques pressions sur le spray, et ensuite de venir brosser le bout de l'appareil.
- 3 Tous les appareils sont équipés à leur extrémité d'un petit pare-cérumen. C'est en général un petit embout blanc d'imm de diamètre qui est fixé au bout de la partie qui est dans l'oreille du patient. C'est une sorte de tamis qui permet d'empêcher le cérumen de rentrer dans l'appareil
- 4 La vérification des piles ou de la recharge : Il existe un moyen simple pour se rendre compte si un appareil auditif est allumé : on le pose dans la paume de sa main, on approche de son oreille et on referme la main autour de l'appareil en faisant des vas-et-viens : ouvert, fermé, ouvert... Cela permet de forcer l'effet larsen, ce qui se traduit par un sifflement aigu. Si ce sifflement n'est pas présent c'est probablement que l'appareil est déchargé ou que les piles sont usées. Il est possible aussi que les piles ne soient pas usées mais que l'appareil soit bouché par le cérumen. Si c'est le cas, voir les points précédents. Il faut cependant faire attention : l'électronique de l'appareil possède des anti-sifflements qui sont de plus en plus performants, il est possible qu'il faille bien se concentrer pour se rendre compte de l'émission ou non de sifflements.

• QUELQUES PISTES DE RÉFLEXIONS QUANT À LA PRISE EN CHARGE DE L'APPAREILLAGE AUDITIF EN EHPAD

La surdité est malheureusement souvent diagnostiquée trop tard en France et les répercussions sur l'état de santé des personnes peuvent être importantes.

Il est important de noter que la réussite d'un appareillage auditif dépend de plusieurs facteurs, dont celui du **temps de port des appareils et leur bon fonctionnement**. Beaucoup de résidents d'EHPAD ne sont pas toujours en mesure de mettre leurs appareils seuls, ou même d'y penser. Cela est encore plus le cas concernant le **nettoyage régulier des appareils**.

Conseil

Il pourrait être judicieux pour les établissements accueillant des personnes âgées de proposer régulièrement des journées de dépistage auditif avec un médecin ORL ou un audioprothésiste. Cela permet de détecter des baisses auditives plus précocement, ou de conserver un historique régulier de la santé auditive des résidents.

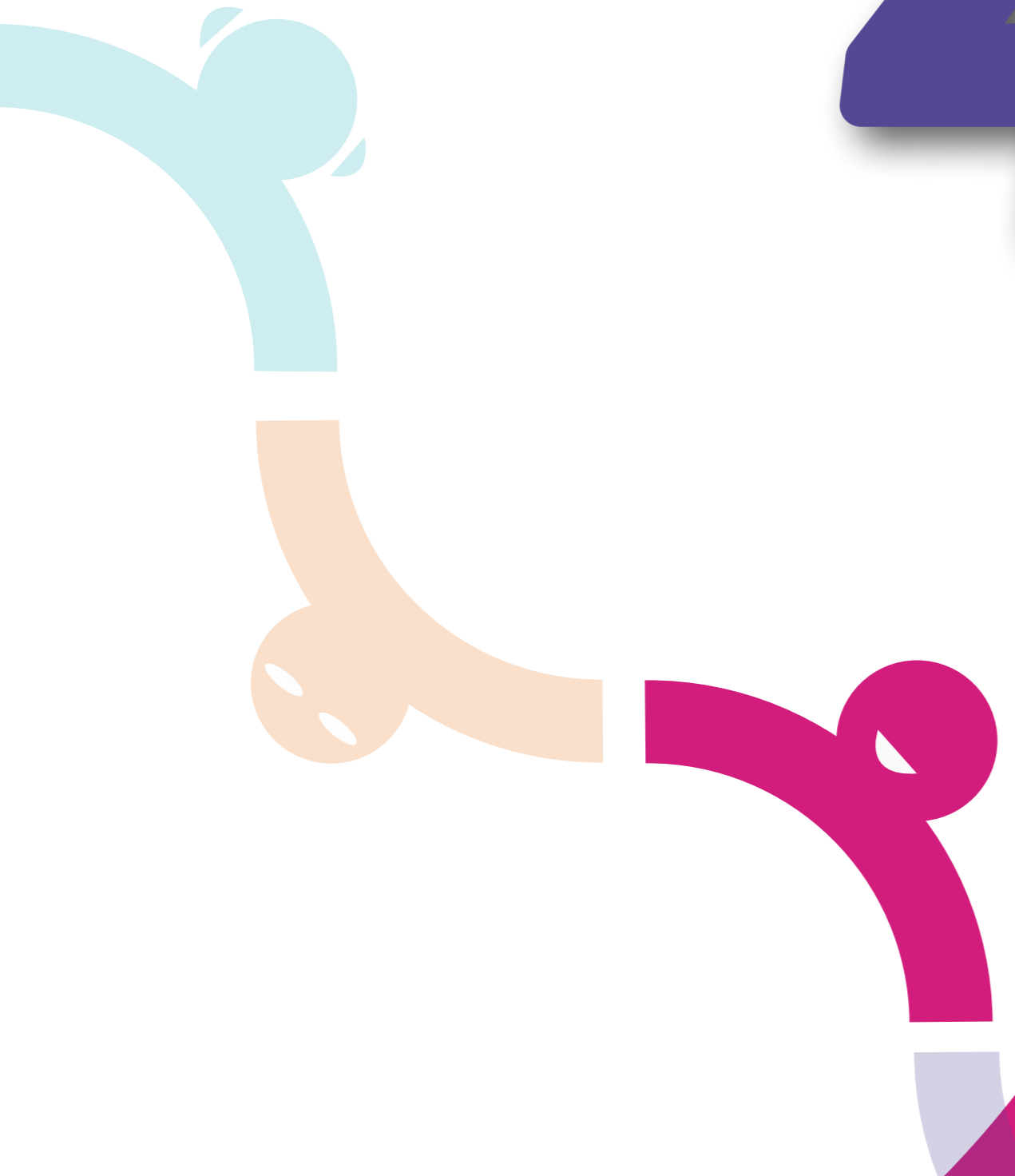
Il paraît important qu'un suivi de l'appareillage auditif des résidents soit assuré par les **soignants**. Les infirmiers ou aides-soignants sont souvent parfaitement disposés à vérifier les appareils des résidents, à les aider à les installer le matin et à les enlever le soir. Cependant, ces professionnels n'ont pas toujours les connaissances pour bien réaliser ce suivi. Il pourrait être intéressant de ce fait pour les établissements de **permettre au personnel soignant de se former [4]**. Ces connaissances et savoir-faire sont primordiaux, car ils permettent d'assurer le succès des prises en charge de la surdité des résidents et donc de leur état de santé général et cognitif.

[3] En complément, des capsules vidéo réalisées par InfoSens sont consultables en ligne, voir la partie Ressources en ligne

[4] Certains audioprothésistes proposent des formations, la plupart du temps gratuitement.

4

**LA SANTÉ
BUCCO-DENTAIRE**



Fiche rédigée par Dr Jacques WEMAERE, Président Union Régionale Des Professionnels de Santé (URPS), Chirurgiens-dentistes Nouvelle-Aquitaine

•• LES FONCTIONS DE LA BOUCHE



- ▶ PARLER
- ▶ RESPIRER
- ▶ GOÛTER
- ▶ DIGERER
- ▶ EMBRASSER
- ▶ MANGER
- ▶ SOURIRE ET FAIRE DES MIMIQUES
- ▶ ADAPTER LA POSTURE

•• LES MALADIES BUCCALES : QUELLE ORIGINE ?

Les maladies bucco-dentaires ont plusieurs origines :

- Les caractéristiques biologiques et génétiques
- Les habitudes de vie : alimentation, hygiène bucco-dentaire, tabac, alcool...
- L'importance de la plaque dentaire
- Le temps : expositions répétées

•• POURQUOI INTERVENIR AUPRÈS DES RÉSIDENTS D'EHPAD ?

Le vieillissement a un impact sur l'état bucco-dentaire

- une diminution de la force musculaire accentuée par une possible perte des dents,
- des troubles moteurs et/ou cognitifs pouvant empêcher une hygiène buccale de qualité,
- une difficulté de mastication,
- une baisse de la salivation,
- une baisse de la protection des dents face à la plaque dentaire,
- une diminution des capacités de défense et de cicatrisation des tissus vis-à-vis d'une agression microbienne.

Quelques spécificités bucco-dentaires liées au vieillissement

- La sécheresse buccale
- Les malpositions et les espaces interdentaires
- Les caries de la racine
- La stomatite prothétique

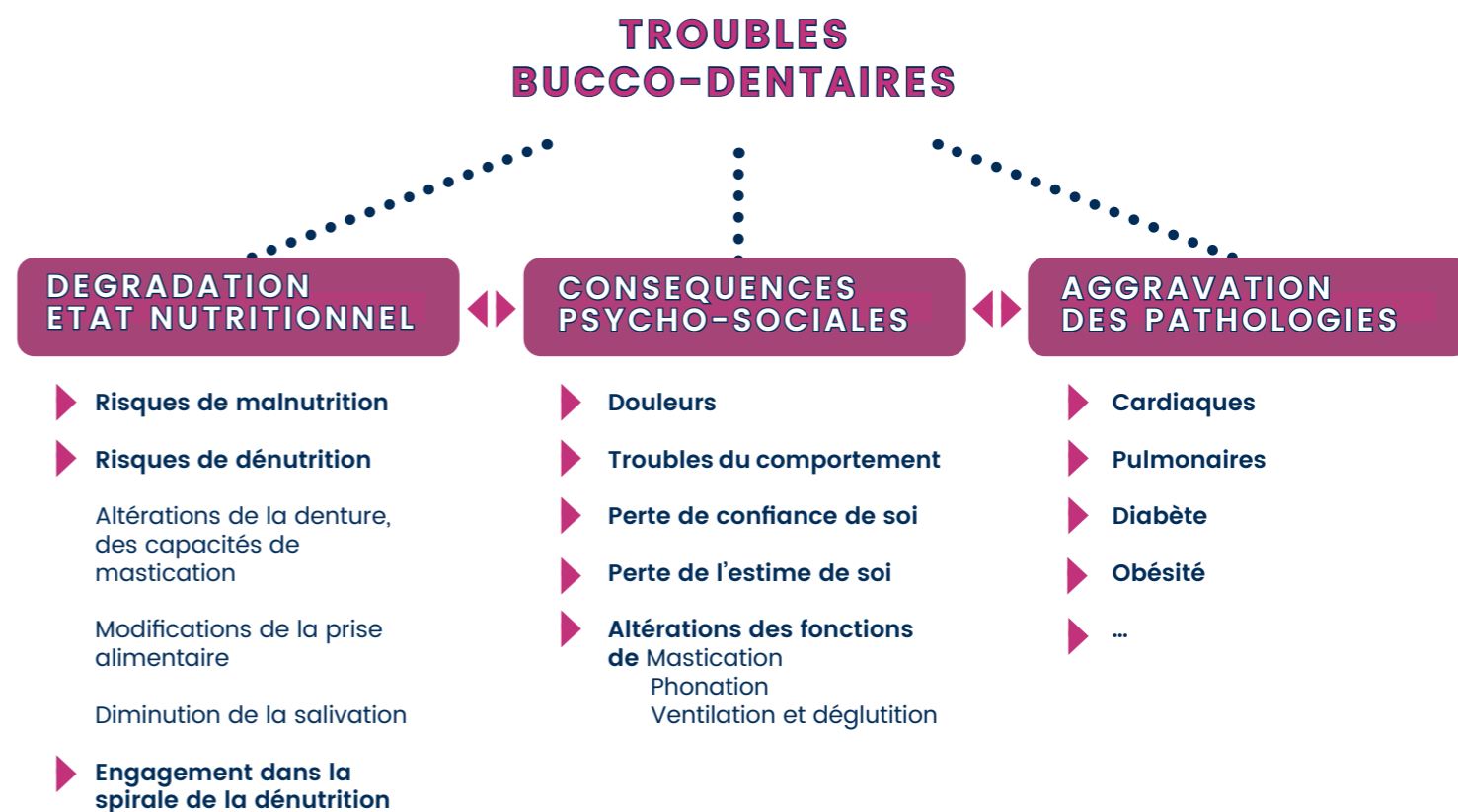


Zoom sur les médicaments

De nombreux médicaments peuvent être responsables d'effets indésirables au niveau de la cavité buccale. En exemple, quelques manifestations et effets les plus fréquents :

- La xérostomie : sècheresse de la bouche
- L'hyposialie : diminution du débit salivaire
- La dysgueusie : altération du goût
- La stomatite : inflammation des muqueuses buccales
- Affections des glandes salivaires : hypersalivation, modification de la couleur de la salive
- Ulcérations de la muqueuse buccale

•• L'IMPACT DES TROUBLES BUCCO-DENTAIRES SUR LA SANTÉ





• • COMMENT INTERVENIR ? RECOMMANDATIONS ET PISTES D'ACTIONS

- La santé bucco-dentaire doit s'inscrire dans le parcours de santé de la personne.
- L'État de santé bucco-dentaire est plus dégradé chez les personnes dépendantes en EHPAD.
- Les besoins de soins bucco-dentaires chez ces personnes sont supérieurs à la population générale.

Il est important d'effectuer régulièrement des bilans bucco-dentaires chez les personnes âgées car des pathologies prises en charge précocement permettent d'améliorer l'état de santé global de la personne et par conséquent sa qualité de vie. C'est aussi un gage de bien-être des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux.

Comment prévenir les maladies bucco-dentaires ?

Il est important de respecter quelques recommandations :

- Accompagner l'hygiène bucco-dentaire
- Deux toilettes bucco-dentaires par jour. Si une seule toilette est possible, privilégier celle du soir
- Utilisation d'un dentifrice fluoré et d'une brosse à dents adaptée, d'une compresse. Pour les prothèses : brosse à prothèses et savon neutre
- Suivi régulier avec un chirurgien-dentiste
- Alimentation à prendre en compte, respect des rythmes des repas et limitation des pratiques de grignotage

• • LA DÉMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE AU SEIN DES ESMS

Cette démarche se réalise en deux étapes :

1 Évaluer régulièrement les besoins en soins d'hygiène bucco-dentaire et soins dentaires des personnes [1]

- Effectuer un bilan bucco-dentaire à l'admission dans l'établissement
- Effectuer 1 bilan bucco-dentaire par an

2 La prise en charge des soins dentaires des personnes en situation de handicap

- Orientation du patient vers un chirurgien-dentiste : préparation et accompagnement
- Recours au référent handicap départemental

• • LA PROFESSION ET LES MISSIONS D'UN CHIRURGIEN-DENTISTE

Le chirurgien-dentiste est un professionnel de santé médical (*Articles L4111-1 à L4163-10 du CSP*), il assure la prévention, le diagnostic et le traitement des anomalies et maladies congénitales ou acquises de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants.

Le champ d'intervention des chirurgiens-dentistes comprend traditionnellement les soins dentaires, les actes prothétiques et les actes de chirurgie. Certains praticiens réalisent aussi des actes d'orthodontie.

La profession de chirurgien-dentiste est réglementée. La profession dispose d'un décret d'exercice codifié dans lequel sont listés les actes qu'elle est autorisée à effectuer.

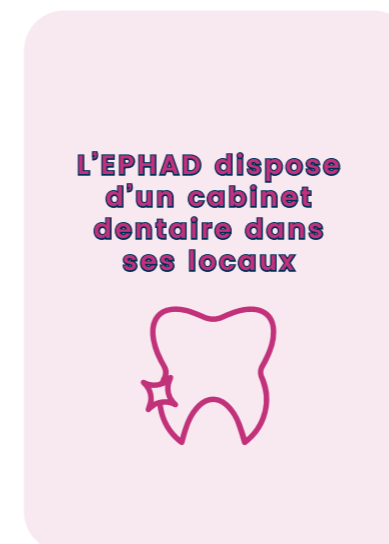
Comme toutes les professions réglementées, les chirurgiens-dentistes sont soumis à un Code de déontologie régissant leur mode d'exercice (*Articles R4127-201 à R4127-284 du CSP*). Un enregistrement auprès du Conseil de l'Ordre du département d'exercice du praticien est obligatoire (*Article R4127-201*).

• • LIEUX D'INTERVENTION AUTORISÉS DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Des règles déontologiques sont applicables aux chirurgiens-dentistes (*Article R.4127-274 du Code de la santé publique*) :

- Il est interdit au chirurgien-dentiste d'exercer hors d'une installation fixe conforme aux dispositions du Code,
- Cependant, des dérogations peuvent être accordées par le Conseil de l'Ordre du département d'exercice du praticien, dans l'intérêt de la santé publique, notamment pour répondre à :
 - > des besoins de prévention,
 - > des besoins d'urgence,
 - > des besoins permanents de soins à domicile.

Les EHPAD sont considérés comme le domicile des personnes qui y résident. L'exercice du chirurgien-dentiste est donc parfaitement envisageable, selon 2 possibilités :



- **Un contrat d'exercice doit être conclu entre l'EHPAD et le chirurgien-dentiste intervenant. Il n'existe pas de contrat-type pour le chirurgien-dentiste portant sur les conditions d'intervention en EHPAD.**
- ▶ Le contrat peut prendre des formes variées, que ce soit en exercice libéral ou en salariat. Dans le cas d'un contrat d'exercice libéral, l'intervention du praticien sera prévue :
 - soit à la demande du médecin coordonnateur de la structure,
 - soit à la demande du patient,
 - soit à la demande de la direction.
 Pour les actions de prévention, le contrat peut prévoir la venue du praticien à un rythme régulier, prédéfini.
- ▶ L'établissement doit s'adresser à tous les praticiens exerçant dans la zone géographique de l'EHPAD pour leur proposer d'exercer au sein de la structure avant de signer un contrat avec l'un d'entre eux.

L'EHPAD ne dispose pas d'un cabinet dentaire dans ses locaux



- ▶ Un contrat d'exercice doit être également conclu entre l'EHPAD et le chirurgien-dentiste intervenant. (cf point précédent.)
- ▶ Une dérogation doit être demandée au Conseil de l'Ordre du département d'exercice du praticien. Pour obtenir cette dérogation, le chirurgien-dentiste doit adresser au Conseil départemental de l'Ordre un courrier expliquant les conditions et les modalités exactes de ses interventions en EHPAD ainsi que les justificatifs de la faisabilité du projet :
 - convention,
 - contrat de travail,
 - mise à disposition des locaux et du matériel...

Le Conseil Régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Aquitaine met à disposition des modèles de conventionnement faisant office de contrat. Ces conventions permettent d'encadrer les interventions des chirurgiens-dentistes et ainsi protéger leur activité professionnelle. Ces conventions définissent les droits et obligations réciproques des parties et précisent les moyens mis en œuvre pour que soit assuré le respect des règles de déontologie médicale, notamment en ce qui concerne l'indépendance professionnelle des chirurgiens-dentistes et le secret médical. Plusieurs modèles sont disponibles pour réaliser :

- des actions ponctuelles : dépistages bucco-dentaires ou soins bucco-dentaires
- des actions annuelles : dépistages et soins bucco-dentaires

L'EHPAD étant considéré comme le domicile de la personne, l'intervention d'un praticien, dans l'établissement, est assimilée à une visite à domicile. L'exercice du chirurgien-dentiste, même pour une intervention ponctuelle, est considéré comme un exercice distinct de son exercice principal. Dans ce cas, une dérogation du Conseil départemental de l'Ordre doit être demandée (Article R.4127-274 du CSP).

Organisation des actes dentaires en EHPAD ou à domicile

L'intervention d'un chirurgien-dentiste au sein d'un EHPAD nécessite une organisation spécifique et une coordination chirurgien-dentiste / équipe soignante :

- Mise à disposition du dossier médical du résident,
- Préparation du résident pour les consultations,
- Organisation des rendez-vous vers un cabinet de ville ou une structure hospitalière si des soins sont nécessaires et ne peuvent être réalisés au sein de l'établissement,
- Accompagnement et coordination de la prise en charge des soins dentaires : articulation avec la famille, les ambulanciers et si possible un accompagnement le jour du rendez-vous

Le praticien facturera au patient :

- la visite : 23€
- les indemnités de déplacement : forfaitaire si distance cabinet - EHPAD inférieure à 2 km : 2,75€ ; égale à 0,61€/km si distance supérieure à 2 km

L'établissement s'engage à fournir l'ensemble des documents nécessaires à l'élaboration des feuilles d'honoraires et des facturations des actes.

La télémedecine

La profession de chirurgien-dentiste est largement impactée par la révolution numérique et l'intelligence artificielle. Le guide de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) consacré à la téléconsultation et à la téléexpertise publié en juin 2019 reconnaît le chirurgien-dentiste en tant qu'acteur de la télémedecine buccodentaires. Cependant, à ce jour, si l'acte de téléconsultation, réalisé par le médecin est remboursable par l'assurance maladie, il n'en est pas de même pour celui réalisé par le chirurgien-dentiste. Les chirurgiens-dentistes de ville n'étant pas rémunérés, cette activité ne peut se développer.

Fiche rédigée par l'Équipe Projet Qualité de Vie et Sens au Grand Âge

FICHE OUTIL

Selon le Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Nouvelle-Aquitaine :

- Une toilette buccale ainsi que le nettoyage des prothèses dentaires amovibles doivent être réalisés tous les jours, idéalement après chaque repas, en particulier celui du soir.
- Si le résident ne peut assurer en totale autonomie les gestes nécessaires, les soins d'hygiène dentaire relèvent alors du rôle propre de l'infirmier en collaboration avec les aides-soignants et doivent être distinguées des soins de bouche thérapeutiques qui nécessitent une prescription médicale.
- En effet, les professionnels de la santé bucco-dentaire s'accordent pour dire qu'une bonne hygiène bucco-dentaire (comprenant l'hygiène des dents, des gencives et des prothèses) permet d'éviter l'apparition ou l'aggravation de pathologies bucco-dentaires.

Dans le cadre de la région, la thématique bucco-dentaire a été identifiée comme prioritaire par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, des financements sont disponibles pour permettre une montée en compétences des personnels soignants en matière d'hygiène et de santé bucco-dentaire.

**PLAN D' ACTIONS
RÉGIONAL
NOUVELLE-AQUITAINE
2018-2023**



Des outils pratiques existent sur la question de l'hygiène bucco-dentaire des personnes dépendantes ou en situation de handicap.

» Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées, en partenariat avec l'UFSBD, AGIRC ARRCO, 2014, édition actualisée en 2017

CLIQUER ICI



» Les soins d'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante, une démarche quotidienne et assistée à ne pas négliger – Gérontopole Toulouse, CHU Toulouse, URPS CD Occitanie, ARS Occitanie, Mutualité Française Occitanie

CLIQUER ICI



» Hygiène bucco-dentaire et handicap, guide de recommandations, SODHEV, 2017

CLIQUER ICI



Grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire

Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes –
Union Régionale des Professionnels de Santé Chirurgiens-Dentistes Nouvelle-Aquitaine



urps
CHIRURGIENS
DENTISTES
NOUVELLE
AQUITAINE
L'union par l'action

Cet outil permet de regrouper les informations et observations de l'état bucco-dentaire pour les résidents en EHPAD.

Une première partie est à compléter par l'équipe soignante qui renseigne les données administratives, médicales ainsi que des informations sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation du résident.

Une seconde partie est à compléter par le chirurgien-dentiste, permettant un suivi par le médecin coordonnateur. Cet examen donne lieu à des recommandations éventuelles en termes d'hygiène bucco-dentaire et/ou de soins curatifs avec évaluation du degré d'urgence.

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

A destination des professionnels de santé

Cet outil permet de regrouper les informations et observations de l'état bucco-dentaire pour chaque résident. Une première partie est à compléter par l'équipe soignante qui renseigne les données administratives, médicales ainsi que des informations sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation du résident. Une seconde partie est à compléter par le chirurgien-dentiste, permettant un suivi par le médecin coordonnateur. Cet examen donne lieu à des recommandations éventuelles en termes d'hygiène bucco-dentaire et/ou de soins curatifs avec évaluation du degré d'urgence.

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ÉQUIPE SOIGNANTE

DATE DU BILAN :

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Tutelle Curatelle

Date de naissance : _____ Date d'entrée établissement : _____

Médecin Traitant : _____ Chirurgien-Dentiste Traitant : _____

Dernier bilan bucco-dentaire ou visite : _____

Pathologies actuelles : _____

Traitements médicaux en cours : _____

QIR : _____ ALD : _____

Mobilité : Peut tenir debout Transfert possible au fauteuil Alité

Brosage des dents :

Fréquence précise : _____

Moment(s) du brossage dans la journée : _____

Personne autonome
 Besoin d'une aide
 Brosse manuelle
 Brosse électrique

Alimentation :

Normale
 Coupée
 Hachée
 Moulinée
 Mixée

Port de prothèses dentaires :

Haut Oui Non
Bas Oui Non
Pendant les repas : Oui Non

Demande spécifique :

Plainte du patient au niveau de la bouche : Oui Non
Au moment des repas : Oui Non
En dehors des repas : Oui Non

Prothèse fracturée
 Problème constaté par l'équipe soignante (dent mobile, abcès, blessure etc.)
Préciser : _____

1

TÉLÉCHARGER LA GRILLE

Installer un cabinet dentaire au sein d'en EHPAD

Fiche réalisée sur la base de l'interview du Dr Elizena BARBOSA ROGIER, chirurgien-dentiste à Bordeaux et au sein de l'EHPAD « Le Hameau de la Pelou », à Créon (Gironde).



Vous êtes chirurgien-dentiste et vous intervenez en EHPAD depuis 2015. Vous avez donc une certaine antériorité sur cet « aller vers » qui reste exceptionnel. Nous sommes curieux de vous entendre sur les conditions pour qu'un cabinet dentaire installé en établissement fonctionne et soit « une réussite » pour les résidents, les professionnels et l'institution.

•• EN QUOI CONSISTENT VOS INTERVENTIONS ?

Je vois, dans un local dédié au sein de L'EHPAD, les 90 résidents de l'établissement, **idéalement dans le mois qui suit leur arrivée, puis tous les ans pour un contrôle**. Bien entendu, je vois aussi les résidents qui ont besoin d'un soin rapidement. Un EHPAD voisin a aussi la possibilité d'amener quelques-uns de « ses » résidents, ce qui porte à environ le nombre de personnes suivies à 100. Idéalement, pour être dans la prévention et le soin non urgent, il faudrait une demi-journée d'intervention par semaine.

•• QUELLES SONT LES SPÉCIFICITÉS DU PUBLIC QUE VOUS RECEVEZ LORS DE CES CONSULTATIONS EN ÉTABLISSEMENT ?

Environ un tiers ont des **problèmes cognitifs**, certains sont en accueil de jour, en Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) ou encore en unité protégée. Parmi eux, **peu nombreux sont ceux qui expriment de la douleur car celle-ci est « masquée » par les traitements médicamenteux**. Il faut pouvoir détecter cette douleur... c'est une des raisons pour lesquelles **la présence d'un professionnel de l'établissement est indispensable lors des consultations** : le soignant va m'expliquer la situation, les signes de douleur, il va aussi être l'interface avec le patient, le mettre en confiance ; c'est une des conditions pour que cela se passe bien. Une autre spécificité est que **90% des résidents ont des besoins en prothèses**. Même s'il m'arrive de faire du « petit bricolage », je n'interviens pas sur les prothèses. Pour une question de logistique, une consœur qui fait aussi des vacations avec nous et qui a son cabinet proche, prend en charge les prothèses.

•• QUELLES SONT LES CONDITIONS ADMINISTRATIVES POUR MONTER UN TEL CABINET EN EHPAD

Il faut tout d'abord être un chirurgien-dentiste inscrit auprès de l'Ordre. Il faut également avoir souscrit une assurance responsabilité civile et être à jour à ce niveau. Et puis ne pas être atteint de phobie administrative !

A Créon, nous avons également informé de notre projet les dentistes des alentours pour, d'une part leur proposer d'intervenir au sein de l'établissement s'ils le souhaitent, et d'autre part pour pouvoir, le moment venu, leur adresser des patients en cas de besoin. Sans oublier que le Conseil de l'Ordre nous met en garde que « si les confrères ne sont pas informés, cela peut être assimilé à de la concurrence déloyale ».

•• QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS QUE VOUS AVEZ RENCONTRÉES LORS DE CETTE AVENTURE QUELQUE PEU PIONNIÈRE ?

La principale difficulté est de trouver des confrères prêts à intervenir en établissement ! Il faut être motivé... et « s'accrocher » !

Ce n'est pas facile de convaincre des confrères pour intervenir en dehors de leur cabinet car en France la globalité des confrères travaillent en cabinet libéral ou salarié. Dans notre cas, la question de la rémunération est réglée par le paiement de vacations par l'EHPAD au dentiste.

Celui-ci peut aussi facturer à la sécurité sociale ses actes. **Les vacations permettent de ne pas avoir de contrainte de rentabilité, donc de ne pas de soucier du temps plus long passé avec ces patients, qui communiquent parfois difficilement.**

Une autre difficulté est le manque de personnel disponible au sein de l'EHPAD, pour assurer les vacations, auprès du dentiste comme cela est prévu. Il est impossible d'assurer les vacations sans le référent bucco-dentaire (Infirmier ou Aide-soignant). Il arrive, et j'espère que ce n'est que passer, que des vacations soient annulées faute de soignants le jour J !

•• QUELLE EST L'ORGANISATION QUE VOUS AVEZ MISE EN PLACE AVEC L'EHPAD ?

L'IDEC de l'établissement organise les vacations : il gère les rendez-vous et le planning. Dans notre projet, les référents (Infirmier ou Aide-soignant) sont formés par nous. Ils viennent dans notre cabinet pour une formation « express » et puis cela se fait « sur le tas ».

Les Infirmiers ou Aides-soignants apportent leur connaissance des patients, les accompagnent de la chambre au cabinet, sont présentes pendant la consultation. Elles assurent aussi la traçabilité dans le dossier et font le lien avec les médecins/dentistes traitants. Et leur présence est la condition sine qua non pour que la vacation ait lieu.

•• QUELS SONT LES MOYENS MATÉRIELS DONT IL FAUT DISPOSER

Les consultations et soins sont réalisées dans un **local dédié** (même s'il m'arrive de faire des soins dans l'unité protégée, ou « au pied du lit » de résidents grabataires). Je dirais que le local doit surtout être bien aéré/ventilé. Il faut une autorisation d'ouverture de fauteuil dentaire, à obtenir auprès du Conseil Départemental de l'Ordre.

Quant au matériel, il faut acquérir :

- Un fauteuil dentaire
- Un autoclave,
- Un « kart », sorte de charriot/valise dentaire.

Tout cela peut être acheté d'occasion ou reçu en don. Cela a été le cas pour nous. Pour chaque élément, on trouve des choses simples, jusqu'à du matériel élaboré. L'hygiène du local et la stérilisation du matériel sont assurés par le personnel de l'EHPAD.

Les consommables font l'objet d'un accord entre le dentiste et l'établissement (blouses, instruments jetables...).

Nous avons aussi acquis un lecteur carte vitale avec un logiciel (environ 1 700 euros/an). Il est à noter que ce même local peut être utilisé par d'autres professionnels de santé, pour des dépistages, des soins...

•• QUID DU FINANCEMENT ?

Nous (la direction, le médecin coordonnateur de l'époque, et moi-même) avons monté un projet, à la suite duquel **l'Agence Régionale de Santé (ARS) a financé 20 000 euros pour le cabinet** (ce qui est largement insuffisant). Sachant que, pour monter un cabinet complet, il faut compter de 100 à 150 mille euros.

En réponse à notre projet, **l'ARS finance également un temps de soignant** (les référents) pour gérer les plannings, accompagner le résident dans le cabinet et être présent pendant la consultation.

Nous sommes rémunérés, en tant que dentiste, sous deux formes : la vacation à la demi-journée (en gardant notre statut d'indépendant; un contrat a été signé entre le Conseil de l'Ordre, l'établissement et le dentiste). Ensuite, je cote chaque acte et me fais rémunérer via la carte vitale ; je ne fais que des soins conservatoires (par opposition aux soins prothétiques), qui sont totalement pris en charge.

•• UN MOT POUR CONCLURE ?

Lors de mes passages en établissement, ma plus grande satisfaction est l'humain. Les professionnels en EHPAD sont admirables dans leur façon de prendre en charge ces personnes en institution ; ce que j'apporte est sans doute une technicité dans un domaine, le bucco-dentaire, où **les besoins sont énormes**: les personnes âgées n'ont parfois pas vu de dentiste depuis plusieurs années... Je m'occupe de la bouche de ces aînés, comme je pense que je voudrais qu'on s'occupe de la mienne plus tard.

Je trouverais tellement pertinent que d'autres cabinets dentaires soient installés dans les établissements. Le bucco-dentaire devrait faire partie du « médico » dans le « médico-social ».

DEFICIENCES SENSORIELLES & AMENAGEMENT DES ETABLISSEMENTS MEDICAUX-SOCIAUX ET SANITAIRES

RESSOURCES CITEES

CNSA. (2022). Demain, quels lieux de vie pour les personnes âgées ? Des solutions de demain
Consulté sur le site de la CNSA

Covelet, R. (2007). Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées. Volume 30/123, numéro 4, pages 249 à 262.
Consultable sur CAIRN.

Haute Autorité de Santé. (2016). Recommandations : Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. *Consultable sur le site de l'HAS*

INSEE. (2022). Les données de population 2019. Insee Flash Nouvelle-Aquitaine, n°76.
Consultable ici

INSEE. (2011). Enquête Handicap-Santé en 2008. Volet Ménages. *Consultable ici*

OMS. (1947). Définition de la santé – Constitution.
Consultable ici

RESSOURCES COMPLEMENTAIRES

AGIRC ARRCO et MFAM. (2012). Déficiences sensorielles : guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires.
Consultable sur le site SRAE

SANTE VISUELLE

RESSOURCES CITEES

Aptel, F., Manoli, P. Sellem, E., Chappuis, S et Joos, P. (2022). Applications de la télémédecine en ophtalmologie et présentation d'une expérience en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les Cahiers d'Ophtalmologie, n°257:18-22.
Consultable ici

Fondation Médéric Alzheimer et Optic 2000. Grille A.V.E.C - Audition Vision Equilibre Cognition : repérage des fragilités sensori-cognitives. Recommandations de la Haute Autorité de santé. *Consultable ici.*

Hamedani, A, Vanderbeek, B et Willis, A. (2019). Blindness and visual impairment in the Medicare population: disparities and associations with hip fracture and neuropsychiatric outcomes. Ophthalmic Epidemiol. *Consultable ici.*

Kasuga T et al. (2017). Visual impairment as an independent risk factor for falls in hospitalized patients. Can Journal Ophthalmol. *Consultable ici.*

Steinmetz, J et al. (2021). Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to vision the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet Global Health, Volume 9. *Consultable ici.*

RESSOURCES COMPLEMENTAIRES

Centre Régional Basse Vision et Troubles de l'Audition (CRBVA) Rééducation basse vision, Actions de sensibilisation à la déficience visuelle du personnel (dans le cadre de l'appel à projet «Prévention hors les murs»).
Consultable ici.

CENTRE D'APPEL ET DE CONSEILS SUR LA DEFICIENCE VISUELLES, numéro national et gratuit à destination du grand public et des professionnels : 0 800 013 010

Haute Autorité de Santé. (2022). Des recommandations pour un repérage plus précoce de la DMLA
Consultable ici.

INPES et Fondation de France. (2012). Quand la malvoyance s'installe : Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage.
Consulté sur le site Santé Publique France

SRAE Sensoriel. (2021) Bibliographie sur la déficience visuelle des personnes âgées. *Consultable ici.*



SANTE AUDITIVE

RESSOURCES CITEES

Association France presbycousie. Test en ligne "Hein Test"
Recommandations de la Haute Autorité de santé. [Consultable ici](#).

BIAP (2013). Recommandations 06/13. Evaluation de l'autonomie dans l'utilisation d'un appareil auditif. [Consultable ici](#)

Fondation Médéric Alzheimer et Optic 2000. Grille A.V.E.C - Audition Vision Equilibre Cognition : repérage des fragilités sensori-cognitives. Recommandations de la Haute Autorité de santé. [Consultable ici](#).

Hear-it. Test auditif en ligne. Recommandations de la Haute Autorité de santé. [Consultable ici](#)

InfoSens. Capsules vidéo sur les appareils auditifs et leur entretien
[Consultable ici](#)

Roth, TN., Hanebuth, D et Probst, R. (2011). Prevalence of age-related hearing loss in Europe: a review. Eur Arch Otorhinolaryngol. [Consultable ici](#).

RESSOURCES COMPLEMENTAIRES

AGIRC ARRCO. (2015). Bien vieillir : De l'importance de bien entendre, Etude nationale. [Consultable sur calaméo](#).

Centre Régional Basse Vision et Troubles de l'Audition (CRBVA) - Parcours de soins lié aux acouphènes

Gérond'if - Solid'Age : Guide Je surveille mon audition. Test de connaissances sur l'audition [Consultable ici](#)

Pulsieux, F et al. (2017). Dossier spécial : l'appareillage auditif en ehpad. Les Cahiers de l'audition, vol.30, Mai/Juin 2017, num.3. [Consultable en pdf](#)

SRAE Sensoriel. (2021) Bibliographie sur la déficience auditive des personnes âgées. [Consultable ici](#)

SRAE Sensoriel (2023). Accès aux soins et à la prévention pour les personnes sourdes et malentendantes [Consultable ici](#)

SANTE BUCCO-DENTAIRE

RESSOURCES CITEES

Agence régionale de Santé. (2018). Le plan d'action régionale en faveur de la santé bucco-dentaire. [Consultable sur le site de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine](#)

AGIRC ARRCO. (2018). Bien vieillir : Les déterminants de la santé bucco-dentaire. En partenariat avec la CNAV. Etude nationale. [Consultable ici](#).

Conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes et Union Régionale des Professionnels de santé Chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Aquitaine (2023). Grille d'évaluation de l'état Bucco-dentaire. [Consultable ici](#)

Gérontopole Toulouse, CHU Toulouse, URPS CD Occitanie, ARS Occitanie et Mutualité Française Occitanie. (2017). Les soins d'hygiène bucco-dentaire chez la personne âgée dépendante, une démarche quotidienne et assistée à ne pas négliger. [Consultable ici](#).

UFSBD et AGIRC ARRCO. (2017). Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées. [Consultable sur le site de l'UFSBD](#)

SODHEV. (2017). Hygiène bucco-dentaire et handicap, guide de recommandations. [Consultable ici](#).

RESSOURCES COMPLEMENTAIRES

Boiteaud, M. (2021). Prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en Nouvelle-Aquitaine, état des lieux et perspectives d'actions. [Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état en chirurgie-dentaire]. [Consultable ici](#).

Grille OHAT. (2014). Outil d'évaluation de l'état de santé buccodentaire pour les professionnels qui ne sont pas spécialisés en soins dentaires. Canada. [Consultable ici](#) (pour en *savoir plus*)

Mutualité Française Nouvelle-Aquitaine. Action « La vie à pleine dents, longtemps » : un programme de sensibilisation sur la prévention bucco-dentaire au sein des établissements pour personnes âgées. [Reportage au sein d'un EHPAD](#)

Ordre national des chirurgiens-dentistes et Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine. Plaquette sur le chirurgien-dentiste référent handicap départemental: Favoriser le parcours de soins bucco-dentaires de la personne en situation de dépendance et de handicap. ARS Nouvelle-Aquitaine. [Consultable ici](#)

URPS CD, (2022). Les différentes solutions d'interventions d'un chirurgien-dentiste auprès des résidents d'EHPAD, notamment interventions en itinérance à l'aide d'une mallette spécifique : [Vidéo de Maxime Boiteaud, Chirurgien-dentiste, Bordeaux](#)

CADRE REGLEMENTAIRE

RESSOURCES COMPLEMENTAIRES

Santé Info Droits est une ligne d'informations juridiques et sociales constituée de juristes et avocats qui ont vocation à répondre à toutes questions en lien avec le droit de la santé. Cette ligne s'adresse à toute personne confrontée à des difficultés, des doutes, des interrogations en lien avec une problématique de santé : Représentants des Usagers, Patients, professionnels de santé, du social. Santé Info droits a réalisé des fiches pour mieux comprendre le système de santé et nos droits.

- *Le Droit à l'information sur les soins*
- *Le droit à l'information des usagers sur les coûts et la prise en charge des frais de santé*
- *Complémentaires santé : les contrats responsables et solidaires*
- *Le consentement aux soins*
- *La personne de confiance*
- *La télémédecine*
- *La téléconsultation*
- *Le télésoin*

OUTILS DE COMMUNICATION ADAPTES A TOUS

Outils Santé BD pour promouvoir une information accessible à TOUS dans le domaine de la santé

REMERCIEMENTS

L'Equipe projet remercie très chaleureusement toutes celles et tous ceux qui ont contribué à faire vivre le projet « Qualité de vie et sens au grand âge ».

Tout d'abord, un grand merci aux auteurs-trices des fiches présentes dans ce guide. Experts, mais aussi sensibles au bien-être de nos aînés, parfois engagés dans des actions pionnières, ils ont accepté de partager leur savoir et leur expérience, pour que vous puissiez, en établissement, installer des démarches efficaces.

Notre reconnaissance va également aux relecteurs attentifs, sans qui ce Guide ne serait guère aussi cohérent.

Nous remercions également celles et ceux qui sont intervenus lors de notre cycle de webinaires « Développer la prise en charge des fragilités sensorielles pour les résidents », de mars à juin 2022 et qui ont ouvert la voie à ce travail collaboratif. La diversité des contributeurs associés à cette publication en fait toute la richesse.

Nous remercions les EHPAD qui ont accepté de répondre à nos questions lors de l'étude préliminaire, menée en 2019. Les informations que les professionnels en poste nous communiquées nous ont été très utiles pour définir le périmètre de notre projet.

Nous remercions également celles et ceux qui ont contribué à la conception du projet, parfois bien en amont du Guide.

Nos directrices ont su maintenir le cap tout au long de cette aventure, nous guidant et prenant les virages opportuns. Qu'elles en soient remerciées. Un grand merci également à Alexane Simon pour la belle réalisation du Guide.

Enfin, ni les webinaires ni ce projet n'auraient eu le même souffle sans la contribution brillante du Professeur Achille TCHALLA, chef du pôle de gériatrie clinique, CHU Limoges, directeur Laboratoire VieSanté, UR 24134, Vieillesse, Fragilités, Prévention, E-Santé, Université de Limoges. Le Pr TCHALLA a su mettre en évidence les liens entre fragilités sensorielles et avancée en âge. Il nous a convaincus, si besoin était, de travailler en bonne intelligence pour la qualité de vie des personnes âgées, de manière globale et coordonnée.

L'Equipe projet « Qualité de vie et sens au Grand Âge »

Martine JOURDAIN-BERNARD, Cheffe de projet, CCECQA

Agathe CURIEN, Chargée de mission,
France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine

Françoise CHARTIER, chargée de mission filières
Santé et Silver économie, Gériatopôle Nouvelle-Aquitaine

Dr Kirwan ASSELINEAU, chirurgien ophtalmologiste, co-fondateur et formateur, OFORIS, Anglet
oforis.contact@gmail.com

Dr Elizena BARBOSA-ROGIER, chirurgien-dentiste, Bordeaux et EHPAD « Le Hameau de la Pelou », Créon
dentistebarbosarogier@gmail.com

Arnaud BIZIEN, ergothérapeute, Alogia Groupe, Bordeaux,
abizien@alogiagroupe.com

Dr Maxime BOITEAUD, chirurgien-dentiste, Bordeaux
boiteaud@lescdf.fr

Sandra BRANTHOME, infirmière référente des bilans sensoriels, aujourd'hui remplacée par Jeanne MICHAUD, EHPAD - Pôle Ressources de Proximité, COS Sainte-Marie, Saint-Front
jmichaud@fondationcos.org

Meriem CHANE, chargée de projets prévention, E-Ophtalmo, Lyon
meriem.chane@e-ophtalmo.com

Sophie CHAPPUIS, directrice générale, E-Ophtalmo, Lyon
Sophie.chappuis@e-ophtalmo.com

Dr Virginie CHUY, chirurgien-dentiste chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux, Université de Bordeaux
virginie.chuy@u-bordeaux.fr

Thierry COIGNAC, opticien, formateur, OPTI'PROX, Limoges
thierry.coignac@optiprox.fr

François COURBIN, directeur régional, Les Opticiens mobiles
client@lesopticiensmobiles.com

Laëtitia DARRIEUTORT, chargée de mission, Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Nouvelle-Aquitaine
cro.dhp@gmail.com

Dr Julie DE PERETTI DELLA ROCCA, médecin coordonnateur en établissements sanitaires et médico-sociaux, psycho-géronte et DU de nutrition

Hélène FORTIN, chargée de mission Union Régionale des Professionnels de Santé Chirurgiens-Dentistes de Nouvelle-Aquitaine
projet@urpscdna.org

Dr Pierre FRONTY, chirurgien-dentiste, président de l'Aide Odontologique de Suivi Itinérant des soins (AOSIS), Poitiers
aosis86@orange.fr

Dr Isabelle HAUGER, médecin coordonnateur, Référent Télé médecine, Résidence Talanssa, Talence
medec.talanssa@lna-sante.com

Jenny Line HEDOUIN, responsable du pôle partenaires, DO-Pharma, La Rochelle

Delphine HERNU, directrice adjointe de la direction santé de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, Paris
delphine.hernu@mutualite.fr

Dr Philippe JOOS, responsable support et développement, E-Ophtalmo, Lyon
philippe.joos@e-ophtalmo.com

Nicolas LE FOLL, responsable projets autonomie et soins, TokTokDoc, Strasbourg
nicolas@toktokdoc.com

Théodore MAGDELEINAT, audioprothésiste D.E, ATOL, Bordeaux
audio@atol-bastide.com

Marie METAIS, personne ressource et malvoyante, Bordeaux

Dr Anne MORVAN-BOUTHIER, chirurgien-dentiste, Bordeaux

Dr Philippe POISSON, chirurgien-dentiste conseil, MSA Dordogne et Lot-et-Garonne
poisson.philippe@dlg.msa.fr

Lisa POTTIER, responsable R&D, Alogia Groupe, Bordeaux
lpottier@alogiagroupe.com

Dr Alain QUEYROUX, ORL, Centre Hospitalier de Guéret
a.queyroux@ch-gueret.fr

Thomas RADVANYI, directeur général exécutif, DO-Pharma, La Rochelle

Pascal RAMON, directeur EHPAD Louise Michel, Fondation E. et O. Bocké, Ambarès-et-Lagrave
pramon@fbocke.fr

Marie-Pierre ROBERT, responsable de l'EHPAD Pôle Ressources Le PRISMS, EHPAD Le Sablonat, Bordeaux
prisms.lesablonat@cheminsdesperance.org

Dr Bernard SARICASSAPIAN, odontologiste des hôpitaux, spécialiste en Médecine bucco-dentaire, Centre Hospitalier de Guéret
sarrybernard@wanadoo.fr

Pr Cédric SCHWEITZER, professeur des universités-praticien hospitalier, CHU Bordeaux, Glaucome & Cataracte, service d'ophtalmologie, Centre François Xavier Michelet, Bordeaux
cedric.schweitzer@chu-bordeaux.fr

Albane TESSIER-BEGOUT, opticienne spécialisée en basse vision, responsable technique Ecouter Voir - Optique Mutualiste, Limoges
optiquegaribaldi@mutualitelimousine.fr

Le Comité de pilotage

Catherine POURIN, médecin directeur du CCECQA

Géraldine GOULINE-FITE, coordinatrice régionale, France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine

Murielle BOUIN, directrice du Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine

Myrtille DUBOIS D'ENGHIEN, responsable du pôle développement et partenariats, Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine

Création graphique

Alexane SIMON, chargée de communication, Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine

Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux, Nouvelle-Aquitaine

contact@urpsml-na.org

Sylvie VEILLON, directrice des établissements COS de Charente
sveillon@fondationcos.org

Me Agathe VITOUR, avocate en charge du droit de l'action sociale, Cabinet Accens Avocats Conseils, Angers
contact@accens-avocats.com

Dr Jacques WEMAERE, président Union Régionale des Professionnels de Santé Chirurgiens-Dentistes de Nouvelle-Aquitaine
projet@urpscdna.org

Dr Leila YAHIAOUI, responsable du pôle prévention et sensibilisation, Union Nationale des Aveugles et Déficiants Visuels, Bordeaux
lyahiaoui@unadev.com

Ce guide est consultable et téléchargeable sur les sites du CCECQA, de France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine et du Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine.

