
Fiche technique «Personnes âgées avec déficiences de la vision et de l'audition dans les institutions»

La présente fiche technique vise à attirer l'attention sur le fait qu'il faut toujours compter sur des déficiences de la vision et/ou de l'audition chez les personnes âgées, et notamment les personnes très âgées, ces déficiences ayant des répercussions importantes au quotidien pour les soins et l'assistance. L'accompagnement, le soutien, les soins et l'assistance peuvent très bien tenir compte des capacités de perception restreintes, pour autant qu'on connaisse ces limitations. Des examens spécifiques sont par conséquent très importants, dans la mesure où ils ont une grande influence sur la qualité de vie de ces personnes.

Mauvaise vue?

La diminution de la vision fait partie, chez presque toutes les personnes, du processus de vieillissement naturel. Chez quelques personnes, des maladies viennent s'y ajouter, qui entraînent une dégradation supplémentaire de la vision. Les deux causes de diminution de la vision, la naturelle liée à l'âge et la pathologique, entraînent des limitations dans la vie quotidienne et doivent être prises en compte dans les prestations d'accompagnement, de soins et d'assistance. A cela s'ajoute, chez un grand nombre de personnes âgées, une diminution de l'audition.

Ces limitations et les conséquences de cette diminution de la vision et de l'audition peuvent être compensées par de nombreuses ressources. Pour la diminution de la vision, notamment, il existe de nombreuses possibilités de maintenir la qualité de vie, y compris à un âge élevé. La prise en charge par la personne elle-même peut également être soutenue avec succès, ce qui représente une décharge importante pour le personnel de soins et d'assistance ainsi que pour les proches.

Diminution de la vision avec l'âge: qu'est-ce qui est normal et qu'est-ce qui peut représenter un handicap?

Une diminution de la vision peut être due à des modifications dans l'œil, le long du nerf optique ou au niveau du traitement de l'information dans le cerveau. Le traitement dans le cerveau joue un rôle important notamment chez les personnes âgées, mais pas seulement. Dans cette fiche, nous nous intéresserons d'abord aux causes et aux formes des diminutions de la vision périphérique, autrement dit concernant l'œil lui-même. Il est tout à fait normal qu'une personne de 80 ans ou de plus 85 ans ne voie pas aussi bien qu'une personne de 20 ans. Voyons les modifications dans le détail:

1. La plupart des personnes commencent à ressentir des problèmes d'accommodation à partir de 50 ans environ. Cela signifie que l'œil ne parvient plus à focaliser correctement sur des objets proches et qu'on a besoin, à partir de ce moment, de lunettes de lecture.
2. Le champ de vision diminue également avec l'âge. Alors qu'une personne de 20 ans possède encore un champ de vision de 175° horizontalement, cet angle baisse le plus souvent à moins de 140° chez une personne de 75 ans. L'angle de vision est également

limité verticalement, entre autres par le fait que les yeux sont plus profondément enfoncés dans leurs orbites et que la personne est penchée en avant. Comme cette diminution est très progressive, les personnes âgées n'en ont souvent pas conscience. Cette limitation doit toutefois être prise en compte, en particulier dans la circulation routière, et cela aussi bien en tant que piéton-ne qu'en tant que conducteur-trice.

3. A côté de cela, l'œil subit encore d'autres modifications, comme le jaunissement du cristallin. Les personnes touchées ont alors de la peine à distinguer les tons violets à verts. Il y a également moins de lumière bleue qui arrive sur la rétine, ce qui fait que de nombreuses personnes âgées deviennent moins actives la journée et ont des insomnies la nuit. En effet, c'est la lumière bleue qui nous tient éveillés et actifs pendant la journée. Le jaunissement du cristallin est un processus normal, qui n'a rien à voir avec la cataracte. Il diminue néanmoins la transparence du cristallin.
4. La transparence de l'œil diminue également en raison d'autres modifications: la pupille se rétrécit avec l'âge, tandis que la cornée et la rétine perdent en transparence. Cela entraîne, d'une part, une diminution de la lumière arrivant sur la rétine. D'autre part, la lumière subit une dispersion dans la cornée et le cristallin. C'est pourquoi de nombreuses personnes âgées ont, d'une part, besoin d'un bon éclairage, mais sont, d'autre part, facilement éblouies. Dans ce cas, des lunettes filtrantes ou des casquettes (avec visière) s'avèrent utiles. Avec l'âge, la rétine réagit moins sensiblement à la lumière. De ce fait, les personnes âgées ont toujours plus de peine à reconnaître des objets qui n'offrent pas un contraste élevé. Dans ce cas, un meilleur éclairage est efficace. Mais s'il s'agit uniquement de spots, autrement dit de sources lumineuses très focalisées, les personnes touchées seront éblouies.

Toutes ces modifications font que la vision des personnes âgées est environ moitié moins bonne que ce qu'elle était dans les jeunes années.

On parle de handicap visuel lorsque les modifications ci-dessus sont suffisamment développées ou sont aggravées par des maladies pour avoir des répercussions importantes sur la vie quotidienne. Selon les organisations suisses spécialisées, le handicap visuel est défini comme suit: « (Un handicap visuel est la) situation d'une personne atteinte d'une insuffisance visuelle non traitée ou non traitable par l'ophtalmologie, dont les conséquences persistent même après correction et qui entraînent des limitations dans un contexte de vie très axé sur la vision. Le handicap naît dans l'interaction entre la personne et son environnement; ses effets sont actifs ou passifs, ce qui signifie que la personne est handicapée dans l'exercice de ses activités et qu'elle est en même temps entravée par les conditions environnementales et le contexte.» (Heussler et al. 2016)

Un mythe: «Dans notre home, il n’y a que peu de personnes avec un handicap visuel»

Les 23 000 jeux de données RAI d’EMS de 16 cantons alémaniques ou bilingues ainsi que du Tessin datant de 2014 permettent quelques constats concernant les déficiences de la vision et de l’audition et leurs effets sur les résidents de ces homes:

- Quatre personnes sur dix vivant en EMS ont de sérieux problèmes de vision dans de nombreuses situations de la vie quotidienne (42%).
- Une personne sur sept souffre d’un important déficit visuel et ne parvient presque plus à reconnaître des personnes, des pièces et des objets (14%).
- Des limitations importantes et souvent ignorées du champ de vision sont également très répandues (au moins 9%).
- Près d’un tiers des résidents-tes ont à la fois des problèmes de vision et d’audition, dans une mesure qui ne permet pas de compenser le manque de compréhension par une observation attentive ou le manque de vision par une écoute attentive (27%).

Se déplacer de manière autonome dans le service, effectuer des activités courantes dans sa chambre, participer à des activités, accomplir ses activités quotidiennes, regarder par la fenêtre, lire: la personne touchée n’a aucune chance d’effectuer toutes ces activités sans une réhabilitation spécifique et sans que des professionnels ou des proches n’adoptent un comportement tenant compte de cette perte de vision et d’audition.

Pourquoi est-ce important?

Pour la plupart des personnes touchées, les déficiences de la vision sont une expérience tout à fait nouvelle dans la vie. Les deux tiers de ces personnes n’avaient pas de problèmes de vision auparavant et n’ont donc aucune expérience en la matière. Elles vivent un phénomène qui est, certes, souvent très progressif, mais qu’elles ne maîtrisent pas encore. Les proches n’ont, eux non plus, guère d’expérience avec cette situation. Ils ont de la peine à imaginer à quoi ressemble une «mauvaise vision», sont désécurisés et ne parviennent guère à offrir un soutien efficace. Les personnes touchées et les proches espèrent une guérison ou une amélioration. Ce qu’elles subissent est toutefois une perte d’autonomie dans les petites choses du quotidien, des limitations de leur mobilité et un retrait des domaines sociaux de la vie. Les conséquences sont une nette tendance à la dépression, une perte disproportionnée de capacités cognitives et, surtout, une perte rapide dans les domaines ALD et IADL (ADL: procédé pour la mesure des compétences de la vie quotidienne «Activities of Daily Living», IADL: procédé pour la mesure des compétences instrumentales de la vie quotidienne «Instrumental Activities of Daily Living»). Plusieurs études ont montré que les conséquences de déficiences sensorielles peuvent être confondues avec les premiers signes d’une démence sénile. Cela dessert les personnes touchées, dans la mesure où leurs difficultés sont attribuées aux symptômes inévitables inhérents à la démence sénile, alors que les conséquences des déficiences sensorielles peuvent tout à fait être compensées par des réadaptations – sous une forme adaptée à l’âge et à l’état de santé.

Un mythe: en cas de déficience de la vision, il n'y a rien à faire

Lorsqu'il constate des problèmes de vision, le personnel de soins et d'assistance est appelé à agir. Des études ont montré que les contrôles ophtalmologiques recommandés à un rythme bisannuel sont négligés chez au moins 50% des résidents-tes d'EMS et de manière générale chez un grand nombre de personnes âgées. Si ces contrôles mettent en évidence des déficiences de la vision ne pouvant pas être corrigées par des lunettes, des examens spécialisés pour la basse vision sont recommandés. Ceux-ci déterminent le potentiel de vision fonctionnelle et pour les actes de la vie quotidienne, et peuvent également être réalisés dans un home, un groupe d'habitation ou dans son propre logement. Il existe des offres correspondantes gratuites dans toutes les régions de Suisse. Ces offres sont axées sur des stratégies de vision individuelles et, si nécessaire, des aides simples et des adaptations de l'environnement quotidien (p. ex. éclairage) (adresses: www.ucba.ch).

Soins aux personnes souffrant de déficiences sensorielles et de démence sénile

Les déficiences de la vision et de l'audition sont le plus souvent la conséquence de troubles peu spectaculaires, mais progressifs de la vue et de l'ouïe. Les difficultés qui en résultent se combinent avec d'autres symptômes mentaux ou physiques liés à l'âge. Cela vaut aussi pour la démence sénile. Les personnes souffrant de démence sénile ont tout particulièrement besoin de leurs sens. Toute personne souffrant de démence sénile possède encore beaucoup d'éléments en bonne santé. Voir et entendre le mieux possible sont des conditions essentielles afin de profiter des ressources restantes, pour vivre dans de bonnes conditions. Pour ces personnes également, les perceptions sensorielles sont une source d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, pour la qualité de vie et la dignité.

Dans une phase précoce de la démence sénile, les perceptions sensorielles sont très importantes pour compenser les déficiences de la mémoire et pour reconnaître des pièces, des personnes ou des objets en se relisant ou en écoutant attentivement. Cela permet de maintenir l'autonomie et les soins à soi-même. Dans une phase ultérieure de la démence sénile, les perceptions sensorielles sont importantes pour participer aux activités de la vie quotidienne, pour ne pas tomber dans l'isolement et pour maintenir le plus longtemps possible quelques éléments d'autonomie comme les soins du corps, l'alimentation et la mobilité.

Dans les soins et l'assistance, il est important d'être attentif aux possibilités de perception des personnes touchées et de les promouvoir. L'éclairage, l'acoustique, des moyens auxiliaires répondant aux besoins ainsi qu'un environnement adapté ont une grande importance. Contrairement à d'autres troubles, les déficiences de la vision et de l'audition peuvent être compensées efficacement chez les personnes âgées. Même si une personne est limitée dans sa capacité d'apprentissage et refuse des aides auditives ou des loupes manuelles, des mesures constructives telles qu'un bon éclairage, des contrastes élevés du mobilier et des objets de la vie courante sont toujours utiles. Et des relations tenant compte des déficiences sensorielles sont extrêmement utiles. L'UCBA a élaboré des lignes directrices pour ces situations. Sept d'entre elles sont destinées au personnel de soins et d'assistance. La huitième s'adresse aux personnes responsables de la mise en œuvre des moyens nécessaires, des ressources en temps et de l'organisation pour les soins et l'assistance, afin de pouvoir travailler de manière adéquate.

Lorsqu'on souhaite procéder à des examens concernant une éventuelle démence sénile chez des personnes souffrant de déficiences visuelles ou auditives, nous recommandons de procéder d'abord à des examens de la vue et de l'ouïe par des médecins spécialisés, et de s'adresser avec ces résultats à une clinique de la mémoire. Dans une telle clinique, les

personnes bénéficiant d'un vaste instrumentaire et de procédures de diagnostic appropriées. Les procédures de dépistage usuelles sont insuffisantes en présence de déficiences de la vision ou de l'audition! Si ces personnes vivent dans un EMS, c'est au personnel de soins et d'assistance de proposer des examens dans ce sens.

Voir et entendre: un lien étroit

Lorsque des déficiences visuelles et auditives sont toutes les deux si développées qu'une compensation mutuelle est limitée, voire impossible, on parle de surdité acquise. Les données des EMS suisses montrent qu'environ un-e résident-e sur quatre souffre de surdité. Une diminution des capacités visuelles et auditives a dans tous les cas des répercussions sur la qualité de vie. Différentes mesures permettent toutefois de continuer à maîtriser la vie quotidienne et à participer à la vie (voir www.sensus60plus.ch).

Où puis-je trouver un soutien?

Les déficiences sensorielles liées à l'âge peuvent évoluer avec le temps. Les soins et l'assistance aux personnes touchées, leurs moyens auxiliaires ou leur environnement doivent régulièrement être réadaptés. Un changement de chambre ou une réorganisation des espaces communs requière éventuellement une modification de l'éclairage et du marquage. La sensibilisation aux déficiences visuelles et auditives et à leurs conséquences doit se faire régulièrement dans les institutions. Ce n'est qu'ainsi que les nouveaux collaborateurs-trices prendront conscience de cette problématique.

En Suisse, il existe dans tous les cantons des services de conseil et de réadaptation pour les personnes souffrant d'un handicap visuel ainsi que sept services spécialisés pour les personnes souffrant d'un handicap auditif. Tous les services de conseil et leurs prestations sont également à disposition des proches et du personnel de soins et d'assistance. Ils proposent des informations générales et ciblées afin de mieux comprendre les défis de la vie quotidienne liés au handicap visuel ou auditif, et d'apporter une aide efficace aux personnes concernées.

Services de conseil et de réadaptation pour personnes souffrant de handicap visuel ou auditif:
<https://www.ucba.ch/contacts/>

Moyens auxiliaires spécifiques pour personnes souffrant de handicap visuel:
www.szb.ch/hilfsmittel

Formations et perfectionnements pour le personnel de soins et d'assistance: www.szb.ch/kurse

A Lire

Rapports scientifiques :

Adler J., Blaser R., Wicki M. (2016), Soins et accompagnement de personnes atteintes de déficience visuelle ou de surdité et de démence. Élaboration de lignes directrices de good practice. HfH Zurich, BFH Berne et Union Centrale Suisse pour le Bien des Aveugles (UCBA), St. Gall et Lausanne. www.ucba.ch

Blaser R. , Wittwer, D. & Becker, S. (2013), Démences, handicap visuel et surdité. Une étude sur les influences réciproques entre les démences et les déficiences visuelles ou de la vue et de l'ouïe dans le diagnostic des personnes âgées. BFH Berne et Union Centrale Suisse pour le Bien des Aveugles (UCBA), St. Gall et Lausanne. www.ucba.ch

Spring S. (2017), Vision et audition dans les soins à domicile et stationnaires. Une étude exploratoire sur les déficiences sensorielles et la démence telles qu'elles apparaissent dans le système d'évaluation RAI des établissements médico-sociaux et des soins à domicile en Suisse. Union Centrale Suisse pour le Bien des Aveugles (UCBA), St. Gall et Lausanne. www.ucba.ch

Série d'études UCBA

- Surdité : regardons les choses en face
- Handicap visuel et cécité : évolution en Suisse
- Publication UCBA: Handicap visuel lié à l'âge : complexité et diversité
- Dépistage visuel et auditif pour des soins optimisés
- Handicap visuel lié à l'âge : jalons-clé pour la consultation et la réadaptation

Informations UCBA :

- Adresses des services de consultation (selon cantons) et informations sur le handicap visuel et la surdité: www.ucba.ch
- Informations sur le double handicap sensoriel / surdité l'âge venant: www.sensus60plus.ch
- Informations sur la Basse Vision : www.malvoir-bienvivre.ch

IMPRESSUM

Éditeur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53 – Case postale 1003 – 3000 Bern 14

Auteur

Stefan Spring, chargé de recherche, Union centrale suisse pour le bien des aveugles, UCBA, St-Gall, www.USBA.ch

Download

www.curaviva.ch/Infos-specialisees/Dossiers-thematiques

© CURAVIVA Suisse, décembre 2017