

MEMOIRE

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

Léa MASONI

soutenu publiquement en juin 2019

**Admission de patients atteints de la maladie
d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée au sein
d'EHPADs ou d'UCC : création d'un
questionnaire d'anamnèse**

MEMOIRE dirigé par
Elodie HEUGEBAERT, Orthophoniste, Bailleul

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Madame Heugebaert, pour sa disponibilité, ses conseils et son implication tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je souhaiterais remercier, Madame Behaegel pour la relecture de mon mémoire et les corrections qu'elle y a apportées.

Merci à tous les établissements et à tous les professionnels qui ont accepté de participer à mon enquête et de répondre à mon formulaire.

Un grand merci à mes maîtres de stage pour leur bienveillance et pour le partage de leur savoir-faire.

Merci à mes amis qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de mes études et lors de la rédaction de ce mémoire.

Merci à mon frère Lucas, ainsi qu'à Julie, Clémence et Camille pour leur enthousiasme et leur bonne humeur permanente.

Merci à mes parents pour leur soutien sans faille, leur amour inconditionnel et leurs nombreuses relectures.

Résumé :

Les personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer présentent des problématiques multiples liées à leur âge et à leur pathologie. La prise en compte de leurs spécificités est importante et ce, dès leur entrée dans des structures gérontologiques comme des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPADs) ou des Unités Cognitivo-Comportementales (UCC). Cependant, la majorité des établissements propose des adaptations collectives aux nouveaux résidents. Le manque d'informations à leur arrivée pourrait en partie expliquer les difficultés qu'ont les structures à mettre en place des adaptations spécifiques.

Le but de ce mémoire est de constituer un questionnaire d'anamnèse à compléter à l'entrée de la personne âgée en institution, centré sur les troubles sensoriels, visuels et auditifs, les troubles de déglutition, les troubles communicationnels et le suivi orthophonique. Pour cela, nous avons réalisé une enquête auprès de 113 professionnels d'équipes soignantes d'EHPADs et d'UCC des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Nous souhaitons répertorier les domaines pour lesquels ils estimaient manquer d'informations et nous voulions créer un questionnaire d'anamnèse le plus complet possible à partir des éléments récoltés.

Les résultats montrent que la présence d'orthophonistes salariés dans les établissements semble influencer positivement le niveau d'informations des équipes soignantes concernant les troubles de déglutition. De plus, ils suggèrent que les professionnels soignants estiment manquer d'informations concernant les capacités communicationnelles et le suivi orthophonique des nouveaux résidents. Les résultats nous ont permis de constituer un questionnaire d'anamnèse répondant au mieux aux attentes des professionnels soignants. Son efficacité n'a pas été testée dans ce mémoire.

Mots-clés :

Maladie d'Alzheimer, EHPAD, UCC, anamnèse

Abstract :

People with Alzheimer's disease have multiple problems related to their age and pathology. Their specificities must be considered from their admission in gerontological structures such as retirement homes and Cognitive Behavioral Units. However, most of the institutions offer collective adaptations for new residents. The lack of information at their arrival, could partly explain the difficulties in implementing specific adaptations.

The purpose of this memory is to develop an anamnesis questionnaire to be completed at the entrance of the elderly person in an institution focused on sensory, visual and auditory disorders, swallowing disorders, communication disorders and speech therapy monitoring. To this end, we conducted a survey of 113 professionals from retirement homes and Cognitive Behavioral Units in the Nord and Pas-de-Calais departements. We wanted to index the areas where the professionals reckoned a lack of information and we wanted to create a most reliable anamnesis questionnaire based on the information collected.

The results show that the presence of salaried speech therapist in institutions seems to have a positive influence on the level of information provided to healthcare teams regarding swallowing disorders. Moreover, they suggest that professionals lack information about the communication skills and speech therapy follow-up of new residents. The outcome enabled us to create an anamnesis questionnaire that best met the expectations of healthcare professionals. Its effectiveness has not been tested in this paper.

Keywords :

Alzheimer's disease, retirement home, Cognitive Behavioral Units, anamnesis

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1.Structures d'hébergement pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.....	2
2.La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.....	2
3.Communication.....	3
3.1.Vieillessement normal.....	3
3.2.Langage et communication dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.....	3
3.3.Bilan et prise en charge des troubles de la communication.....	4
4.Troubles sensoriels.....	5
4.1.Troubles auditifs.....	5
4.1.1.Vieillessement normal.....	5
4.1.2.Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.....	5
4.2.Troubles visuels.....	5
4.2.1.Vieillessement normal.....	5
4.2.2.Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.....	6
4.3.Troubles du goût et de l'olfaction.....	6
4.3.1.Vieillessement normal.....	6
4.3.2.Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.....	6
4.4.Bilan et prise en charge des troubles sensoriels.....	6
5.Troubles de la déglutition.....	7
5.1.Vieillessement normal.....	7
5.2.Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.....	7
5.3.Bilan et prise en charge des troubles de la déglutition.....	7
6.Adaptation des EHPADS aux spécificités des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.....	8
7.Buts et hypothèses de l'étude.....	9
Méthode.....	10
1.Population de l'étude.....	10
2.Elaboration et distribution du formulaire d'enquête.....	10
3.Analyse des données du formulaire d'enquête.....	11
Résultats.....	12
1.Caractéristiques de la population d'étude (personnel soignant).....	12
1.1.Profession.....	12
1.2.Ancienneté dans l'établissement.....	12
2.Caractéristique de la population d'étude (EHPADS et UCC).....	13
2.1. Méthode de recueil des données.....	13
2.2.Présence d'orthophonistes dans l'établissement.....	13
3.Niveau d'informations des équipes soignantes.....	14
4.Croisement de données.....	15
4.1.Niveau d'informations des équipes soignantes et présence d'orthophonistes dans l'établissement.....	15
4.2. Niveau d'informations des équipes soignantes et mode de recueil d'informations lors de l'entrée d'un nouveau patient atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée au sein de l'établissement.....	16
5.Intérêt d'un questionnaire d'anamnèse.....	17
6.Items souhaités dans le questionnaire d'anamnèse.....	18
6.1.Déglutition.....	18
6.2. Audition.....	19

6.3.Vue.....	19
6.4. Capacités de communication.....	20
7.Création du questionnaire d'anamnèse.....	20
8.Distribution du questionnaire d'anamnèse.....	23
Discussion.....	23
1.Interprétation des résultats et vérification des hypothèses.....	23
1.1.Niveau d'informations des équipes soignantes.....	23
1.2. Intérêt pour un questionnaire d'anamnèse.....	24
2.Limites.....	24
2.1. Population d'étude.....	24
2.2. Utilisation d'un formulaire de pré-enquête.....	25
2.3.Efficacité du questionnaire d'anamnèse.....	25
3.Perspectives.....	25
Conclusion.....	26
Bibliographie.....	27
Liste des annexes.....	29
Annexe n°1 : Courrier de demande de participation envoyé aux établissements des départements du Nord et du Pas-de-Calais.....	29
Annexe n°2 : Lettre d'informations transmise à chaque participant de l'enquête.....	29
Annexe n°3 : Formulaire d'enquête.....	29
Annexe n°4 : Exonération CNIL.....	29
Annexe n°5 : Questionnaire d'anamnèse.....	29

Introduction

La prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée peut s'effectuer à domicile ou dans des structures gérontologiques comme des EHPADs (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ou des UCC (Unités Cognitivo-Comportementales). La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées concernent majoritairement des sujets âgés. C'est pourquoi, les spécificités propres au grand-âge (ex. les troubles sensoriels, les troubles de la déglutition, la dégradation de l'état bucco-dentaire, etc.) peuvent aggraver les troubles liés à la maladie. Plusieurs études ont établi un lien entre les pertes auditives et les démences de type Alzheimer (Gates et al., 2011 ; Lin et al., 2011 ; Uhlman et al., 1989 ; Pouchain et al., 2007). En effet, selon celles-ci, les troubles auditifs favoriseraient la survenue de démences et pourraient aggraver les troubles cognitifs. Cependant, Lin et al. (2011) nuancent leur propos et se demandent si la perte auditive dans le cadre des maladies de type Alzheimer ne serait pas liée à un épuisement cognitif ou à un isolement social.

Les pertes sensorielles modifient les relations d'une personne avec son environnement, elles peuvent entraîner un isolement, des troubles du comportement et accélérer la dégradation des fonctions cognitives. La Haute Autorité de Santé (HAS), dans ses recommandations de 2009, préconise par ailleurs le repérage et la compensation des troubles sensoriels (principalement auditifs et visuels) afin de favoriser au mieux l'adaptation à l'environnement et limiter ainsi les troubles du comportement. De plus, des troubles de la déglutition et un mauvais état bucco-dentaire peuvent avoir des impacts négatifs sur l'alimentation, entraînant une fragilité d'autant plus importante, ainsi qu'un risque vital non négligeable. Lors de l'entrée en EHPAD, les spécificités des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée doivent donc être prises en compte pour permettre la mise en place, le plus rapidement possible, d'adaptations spécifiques à leurs besoins et à leurs troubles.

Grâce à une étude réalisée en juin 2016, la Fondation Médéric Alzheimer a mis en évidence le fait que les établissements d'hébergement pour personnes âgées manquaient d'outils pour repérer les déficits sensoriels de leurs résidents (Castel-Tallet, 2016).

A partir de cette revue théorique a émergé le but de ce mémoire : à savoir l'élaboration d'un questionnaire d'anamnèse à remettre aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, ou à leurs aidants, lors de leur admission dans un établissement de type EHPAD et UCC. Plusieurs domaines importants d'un point de vue orthophonique seront abordés : la déglutition, la communication, les troubles sensoriels et les prothèses (ex. dentaires, auditives, lunettes, etc.) ainsi que le suivi orthophonique. Ce questionnaire pourrait à terme et après une vérification de son efficacité dans le cadre d'un autre mémoire, être diffusé au sein des équipes soignantes pour leur permettre un accès rapide aux informations spécifiques concernant les nouveaux résidents. La mise en place d'aménagements adaptés à leurs profils pourrait ensuite être réalisée. Pour ce faire, une enquête, sous forme d'un formulaire papier, sera réalisée auprès de professionnels de la santé travaillant dans des EHPADs possédant une unité Alzheimer ou dans des UCC, pour déterminer quels sont les items qui leur semblent essentiels de voir figurer dans le questionnaire d'anamnèse. L'analyse de la fréquence des réponses à chaque item aboutira à la réalisation du questionnaire d'anamnèse.

Dans la première partie, nous aborderons le contexte théorique qui a servi de base à ce travail, puis nous préciserons la méthodologie utilisée. Ensuite, nous détaillerons les résultats obtenus au cours de notre enquête avant de les interpréter.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Structures d'hébergement pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée

Face à l'augmentation du nombre de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer en France, les différents gouvernements ont lancé depuis 2001 plusieurs plans nationaux de santé publique appelés "Plan Alzheimer" ou plus récemment "Plan Maladies Neuro-Dégénératives". Grâce à ces différents plans, le diagnostic, mais également la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée à domicile ou en établissements d'accueil se sont considérablement améliorés. Ainsi, elles peuvent être accueillies notamment :

- en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), au sein d'unités Alzheimer ou d'unités d'hébergement renforcées.
- dans des Unités Cognitivo-Comportementales, qui sont des structures qui proposent un accueil temporaire permettant de gérer les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ayant d'importants troubles du comportement ou en période de crise.

A ce propos, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (2014) révèle que fin 2011, 22 % des résidents en EHPAD étaient atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

2. La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative, c'est-à-dire une maladie qui entraîne la perte progressive des neurones. Elle constitue la première cause de démence chez le sujet âgé de plus de 60 ans. Elle représente 60 % à 75 % des démences. On considère qu'aujourd'hui plus de 850 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en France. On estime qu'en 2020, 1,2 millions de personnes souffriront de cette maladie (Dubois, 2009).

La plupart du temps, elle débute par une atteinte de la mémoire épisodique (mémoire des faits récents, des informations nouvelles). Cependant, une atteinte langagière (aphasie logopénique), une atteinte visuo-spatiale (atrophie corticale postérieure ou syndrome de Benson), ou encore une dysfonction exécutive (ex. troubles de l'initiation motrice et verbale, manque d'inhibition ou de flexibilité mentale, etc.) peuvent être les premiers symptômes de la maladie.

Les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer peuvent également présenter une atteinte des praxies et des gnosies (Hahn, 2015). Il est également possible de retrouver chez certains d'entre eux, des troubles du comportement d'origines diverses (ex. infections, perturbations neurologiques, perturbations réactionnelles à la maladie, environnement, etc.).

Il existe des maladies dites « apparentées » à la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire des maladies qui présentent certains aspects de la maladie d'Alzheimer mais qui possèdent également leurs propres spécificités :

- Les démences vasculaires sont liées à des facteurs de risques vasculaires ou à des antécédents d'accident ischémique vasculaire. Elles se manifestent le plus souvent par des troubles dysexécutifs, avec notamment un ralentissement psychomoteur important (HAS, 2011).
- La maladie à corps de Lewy se manifeste principalement par un déclin cognitif ainsi qu'un déficit attentionnel, exécutif et/ou visuo-spatial. On peut également retrouver des hallucinations visuelles, des troubles du comportement du sommeil paradoxal, un syndrome parkinsonien ainsi que des fluctuations de la vigilance et de l'attention (HAS, 2011).
- La dégénérescence lobaire fronto-temporale possède une variante comportementale qui débute par des troubles du comportement (ex. désinhibition, apathie, etc.) ainsi que deux variantes langagières (l'aphasie sémantique et l'aphasie primaire progressive non fluente) (HAS, 2011).

3. Communication

3.1. Vieillesse normale

La communication d'une personne âgée va être modifiée, sous l'influence de nombreux facteurs (ex. modifications physiques, sociales, psychiques, etc.). Les modifications sensorielles, la perte du statut professionnel, l'éloignement avec les enfants, le deuil, les modifications des centres d'intérêt sont autant de facteurs qui peuvent influencer la communication des personnes âgées (Rousseau, 1999). Au niveau linguistique, on remarque que (Hupet et al., 1999) :

- Les compétences phonologiques et lexicales sont relativement bien préservées à l'oral et à l'écrit.
- Les représentations sémantiques sont plutôt conservées malgré une augmentation du manque du mot et de la verbosité.
- Les aspects syntaxiques en production à l'oral et à l'écrit sont relativement préservés.
- La compréhension orale est également conservée malgré des difficultés plus marquées pour traiter les constructions syntaxiques complexes.
- Le discours narratif s'améliore avec l'âge et devient plus élaboré. On note cependant une tendance plus importante à la digression.
- La lecture est plus lente et le temps alloué pour traiter les différents segments de la phrase est plus important (Stine, 1990).

3.2. Langage et communication dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

Il existe une grande hétérogénéité en ce qui concerne les troubles linguistiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. De plus, les troubles observés varient en fonction du stade de la maladie (Cardebat, 1995).

Tableau 1 : compétences linguistiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer en fonction du degré de sévérité de la maladie.

Stade léger	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles lexico-sémantiques, se traduisant par un manque du mot (souvent compensé par des circonlocutions et des périphrases). • Capacités phonologiques, capacités syntaxiques et compréhension orale et écrite préservées (Cardebat, 1995).
Stade moyen	<ul style="list-style-type: none"> • Aggravation des troubles lexico-sémantiques. • Apparition de persévérations dans le discours mais aussi des troubles de la compréhension orale et écrite. • Capacités articulatoires toujours intactes (Cardebat, 1995). • En écriture, les patients produisent principalement des erreurs non phonologiquement plausibles (Platel et al., 1993).
Stade sévère	<ul style="list-style-type: none"> • Capacités de compréhension et d'expression orales très touchées. • Apparition d'un jargon, de palilalies, d'écholalies, voire d'un mutisme. • Certains automatismes langagiers peuvent être préservés (formules de politesse...). (Cardebat, 1995). • En écriture, les patients produisent majoritairement des erreurs graphomotrices (Platel et al., 1993).

En dépit des difficultés linguistiques, les compétences communicatives restent globalement efficaces jusqu'à des stades très avancés. Les capacités communicatives des patients Alzheimer peuvent être sous l'influence de différents facteurs comme : le degré d'atteinte cognitive, les facteurs individuels et psychosociaux (âge, niveau socio-culturel, lieu de vie), la réserve cognitive, le profil cognitivo-linguistique et les facteurs contextuels (ex. thème de la discussion, etc.) (Rousseau, 1999).

Les modifications que l'on peut observer au niveau de la communication des patients Alzheimer sont (Rousseau, 1999) :

- une diminution du nombre et de la qualité d'actes émis adéquats.
- une augmentation des actes non-verbaux.
- une mise en place d'actes de langage allant vers des simplifications.

Selon Rousseau (2009), la communication non-verbale perdure jusqu'à des stades très avancés, parfois même alors que la communication verbale a disparu.

Les troubles en langage oral et en langage écrit peuvent s'expliquer par le fait que, dans la maladie d'Alzheimer, les personnes peuvent également présenter des troubles des fonctions exécutives (initiations verbales et motrices, inhibition, flexibilité, résolution de problèmes, etc.).

3.3. Bilan et prise en charge des troubles de la communication

Il est possible d'évaluer les capacités linguistiques et communicationnelles des patients en réalisant un bilan orthophonique (AMO 36 intitulé «Bilan des troubles d'origine neurologique») prescrit par un médecin généraliste ou par un médecin spécialiste.

Les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (2011, p.19) stipulent que « la prise en charge orthophonique vise à maintenir et à adapter les fonctions de communication du patient (langage, parole et autres) et à aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade. L'objectif principal est de continuer à communiquer avec lui, afin de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnels».

La prise en charge orthophonique correspond à l'AMO 15,6 intitulé « Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives ».

Fried-Oken et al. (1985) ont pu montrer que l'utilisation d'une CAA (Communication Alternative et Augmentative) individualisée n'améliore pas de façon significative la communication des patients Alzheimer puisqu'ils n'y font que rarement référence. Cependant, McPherson et al. (2001) et Bourgeois et al. (1993) ont mis en évidence que les aides de mémoire externes (calendrier, photographies, pictogrammes...) permettent d'améliorer de façon significative la communication, en favorisant une conversation en contexte.

La communication non-verbale doit être prise en compte et être correctement interprétée par les familles et les soignants pour encourager les patients à utiliser cette voie de communication.

4. Troubles sensoriels

Au cours du vieillissement normal, les personnes âgées voient leurs fonctions sensorielles se dégrader.

Dans la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, les fonctions cognitives se détériorent et les sujets atteints ne perçoivent leur environnement qu'au travers des expériences sensorielles.

4.1. Troubles auditifs

4.1.1. Vieillesse normale

La presbycusis est une atteinte sensorielle s'intégrant dans le cadre du vieillissement normal. Il s'agit d'une diminution progressive bilatérale et symétrique de l'acuité auditive due au vieillissement du système auditif. Elle débute par une atteinte des fréquences aiguës avant de s'étendre vers les graves (Bouccara, 2016). Cinquante pour cent des personnes de plus de soixante ans en sont atteintes. La perte auditive est de 2 décibels par an à partir de 85 ans.

4.1.2. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Uhlmann et al. (1989) ont montré que la surdité était plus fréquente chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée que chez les sujets sans pathologie neurodégénérative.

La compréhension et la production d'un message verbal ne se limitent pas à la perception et à l'émission de sons. Ces tâches impliquent entre autres la participation de fonctions cognitives telles que les fonctions exécutives (attention, mémoire, planification). Ainsi, le déclin cognitif peut être majoré par une perte auditive (Uhlmann et al., 1989 et Peter et al., 1988 d'après Lin et al., 2011, Pouchain et al., 2007). Une détection, une prise en charge précoce et un suivi par des professionnels spécialisés et par les équipes soignantes en EHPAD et en UCC semblent essentiels pour retarder l'altération des fonctions cognitives (ANESM Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux, 2016).

4.2. Troubles visuels

4.2.1. Vieillesse normale

Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en juin 2014, 97 % des personnes de plus de 60 ans présentent des troubles visuels. L'origine de ces troubles peut être variée : la myopie, la presbytie, la cataracte, le glaucome, la DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge).

4.2.2. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Dans la maladie d'Alzheimer, ces troubles visuels vont s'ajouter aux troubles cognitifs. Kenigsberg et al. (2015) ont indiqué que chez certains de ces patients, on observe des atteintes des processus de bas niveau qui concernent le traitement des contrastes, la perception des couleurs et des mouvements. On remarque également des atteintes des processus de haut niveau concernant les représentations sémantiques, la reconnaissance des visages, la coordination motrice et la localisation spatiale.

La déficience visuelle peut avoir un impact sur la communication. En effet, une personne présentant un déficit visuel non compensé ne pourra pas percevoir tous les éléments de la communication non-verbale (mimiques, expressions verbales, postures), qui jouent un rôle important dans la communication (ANESM, 2016).

4.3. Troubles du goût et de l'olfaction

4.3.1. Vieillesse normale

Au cours du vieillissement normal, les troubles de l'odorat et du goût sont possibles (Mojet et al., 2001). La diminution des capacités à percevoir les odeurs ou les saveurs peut être due à un ralentissement du renouvellement des cellules sensorielles, à l'assèchement du mucus olfactif, à la modification du flux salivaire, à la prise de médicaments ou à des facteurs environnementaux (Kenigsberg, 2001). Or, le plaisir au cours d'un repas dépend fortement de la flaveur et de la texture des aliments.

4.3.2. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, les troubles olfactifs sont précoces en plus d'être fréquents (Naudin et al., 2013). Les patients ont des difficultés pour identifier les goûts et les odeurs (Mondon, 2014). Ces troubles peuvent engendrer une diminution du plaisir de manger et par conséquent une baisse des apports alimentaires. Celle-ci peut entraîner une perte de poids et dans les cas les plus graves une dénutrition.

4.4. Bilan et prise en charge des troubles sensoriels

Le repérage objectif de ces troubles se fait le plus souvent chez des professionnels spécialisés (ex. Oto-Rhino-Laryngologues, ophtalmologues, etc.), qui pourront poser un diagnostic et proposer une prise en charge adaptée.

Ces dégradations sensorielles impactent de façon négative la communication, qui peut alors être réduite ou altérée. L'absence de prise en charge ou une prise en charge inadaptée peut entraîner une modification de la perception de l'environnement et provoquer chez les patients des comportements inadéquats, de l'anxiété et un repli sur soi (Covelet, 2007).

Il existe des prothèses (ex. lunettes, prothèses auditives, etc.) qui permettent de compenser ou d'améliorer les déficiences sensorielles visuelles et auditives, mais il y a peu de possibilités de compensation au niveau des déficiences olfactives et gustatives. L'ANESM (2016) recommande le repérage des déficits sensoriels et l'accompagnement des personnes qui en sont atteintes au sein des établissements dans lesquels elles sont accueillies. Elle conseille aussi aux équipes soignantes de vérifier le bon fonctionnement des prothèses, l'entretien et le port de celles-ci (ex. prothèses auditives, lunettes, etc.). De plus, elle préconise de vérifier l'existence d'un suivi par un professionnel spécialisé dans les différents domaines pour lesquels il existe une déficience.

L'ANESM donne enfin des conseils pour adapter l'espace individuel des patients ainsi que les espaces collectifs (ex. éclairage, inscription des informations à l'écrit en cas de déficit auditif, etc.) afin d'optimiser la prise en charge des différents troubles. Il n'existe pas d'acte reconnu dans la nomenclature orthophonique en ce qui concerne les troubles sensoriels. Il faut cependant les prendre en compte dans le profil global du patient et dans leur prise en charge.

5. Troubles de la déglutition

5.1. Vieillesse normale

Avec l'âge, les mécanismes mis en jeu au cours de la déglutition s'altèrent. Cette dégradation peut être due à une atteinte musculaire (ex. atrophie musculaire, etc.), à une atteinte des structures intervenant dans les phases de la déglutition, à une atrophie des glandes salivaires, à l'absence de dents ou au non port de prothèse mais aussi à une diminution du nombre de papilles gustatives entraînant une perte du goût (Schweizer, 2010). Ces troubles sont fréquents et représentent un réel danger car ils peuvent favoriser des fausses routes, des pneumopathies, une dénutrition et une déshydratation.

5.2. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Horner et al. (1994) révèlent qu'en institution, 45% des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère présentent des troubles de la déglutition. Dans les cas les plus graves, ces troubles peuvent entraîner une déshydratation, une dénutrition ou des pneumopathies. En effet, la pneumopathie et la dénutrition constituent les deux plus grandes causes de décès chez les patients Alzheimer en structure (Lopez-Tourres, 2010).

Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, les troubles de la déglutition peuvent être aggravés par des troubles sensoriels, des troubles cognitifs, la présence de mycoses mais aussi par des troubles du comportement alimentaire, ce qui entraîne un trouble de sécurité au moment des repas. Ils peuvent également être secondaires à des traitements par psychotropes.

- Au stade léger de la maladie, on peut observer la présence de mâchonnements, ainsi qu'un retard de déclenchement du réflexe de déglutition (Priefer et al., 1997).
- Au stade moyen, vient s'ajouter la présence de résidus buccaux du fait de l'atteinte sensorielle, de l'agnosie orale tactile et d'une apraxie de la déglutition (Priefer et al., 1997).
- Au stade sévère, la majorité des troubles prédominent sur la phase orale.

Il semblerait que la sévérité des troubles de la déglutition soit liée de façon significative à la sévérité de la maladie.

Chez ces patients, la présence d'une apraxie motrice (difficulté à utiliser les couverts), d'une négligence ("désintérêt" pour une partie de l'espace et de l'environnement) ou d'une atteinte sémantique (perturbation de la reconnaissance des objets allant jusqu'à l'ingestion d'éléments non alimentaires) peut aggraver les troubles de la déglutition.

5.3. Bilan et prise en charge des troubles de la déglutition

Concernant l'évaluation des troubles de la déglutition, il est possible de réaliser, dans un premier temps, un bilan orthophonique complet, intitulé « AMO 22 Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques ». Ce bilan contient un recueil de diverses informations (plainte du patient, habitudes alimentaires, existence d'un amaigrissement, etc.), un examen analytique global (ex. posture, etc.) et oro-facial (ex. sensibilité, praxies bucco-faciales, etc.),

ainsi qu'un examen fonctionnel (ex. observation de la déglutition pour évaluer les différents temps de celle-ci, etc.).

Cependant, une prise en charge pluridisciplinaire est essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients (ex. ergothérapeute, orthophoniste, diététicien, etc.). En fonction de leurs difficultés, il est possible d'adapter les textures (ex. mixé, épaissement des liquides, etc.) et d'ajouter des exhausteurs de goût et des épices notamment en cas de diminution du goût et/ou de l'olfaction. On peut également leur proposer du matériel adapté (ex. assiette à rebord, vaisselle colorée, verre échancré, couverts élargis pour faciliter leur prise en main, etc.). De plus, il est possible d'adapter le régime des patients notamment en cas de perte de poids. Il est également important de veiller à leur posture.

Soixante pour cent des personnes de plus de soixante-cinq ans portent des prothèses dentaires relativement anciennes, mal adaptées, usées. Certaines n'en portent plus du tout. L'efficacité de la mastication reste intacte si la dentition est correcte. Cependant, elle diminue de 30 % à 75 % lorsque les personnes portent des prothèses dentaires car celles-ci altèrent les sensations gustatives et la sensibilité buccale (Horner, 1994).

La surveillance de l'état bucco-dentaire, l'entretien et l'adaptation des prothèses ainsi que l'absence de douleurs sont autant d'éléments qui peuvent améliorer la prise en charge des troubles de la déglutition. Cependant, l'accès aux soins dentaires reste difficile à cause des troubles du comportement ou de la présence de réflexes archaïques (ex. réflexe de succion, etc.) chez certains patients .

6. Adaptation des EHPADS aux spécificités des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée

Une enquête réalisée en juin 2016 par la fondation Médéric Alzheimer sur les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD, a mis en évidence que seul 33% des EHPADs procédaient au repérage systématique des déficits visuels et auditifs de tous leurs résidents.

Ce chiffre renforce l'idée qu'en cas d'absence de dépistage systématique prévu par un protocole institutionnel dès l'entrée d'un nouveau résident dans l'établissement, les équipes devraient a minima pouvoir disposer de ces informations grâce à une anamnèse relativement détaillée.

Cette étude indique que parmi les 6 % d'EHPADs disposant d'un protocole de repérage des troubles de la vision et de l'audition, seuls 25 % d'entre eux s'appuient sur les documents émanant de la HAS ou de l'ANESM. Pourtant, ces documents dispensent un grand nombre de propositions d'adaptations et d'aménagements individuels et collectifs concernant les troubles sensoriels.

Cette enquête précise également qu'un grand nombre d'EHPADs (98%) avait adopté des modifications de texture (haché, mixé), mais qu'une plus faible proportion d'établissements avait adopté des mesures destinées à favoriser la prise alimentaire (par exemple en cas d'apraxie : une adaptation des couverts, ou la possibilité aux patients de manger avec les mains).

Les auteurs ne précisent pas les raisons pour lesquelles peu de mesures ont été mises en place concernant la prise alimentaire. Cependant, on peut supposer que si les équipes

connaissaient, dès l'arrivée du patient dans l'établissement, les facilitations déjà mises en place à domicile concernant la prise alimentaire, ces spécificités seraient peut-être mieux et plus rapidement prises en compte.

Enfin, cette étude a permis de mettre en évidence le fait qu'une majorité d'EHPADs proposait des adaptations collectives (adaptations identiques pour tous les résidents) mais peu de mesures individualisées.

Il serait donc intéressant pour les équipes soignantes travaillant en EHPAD de disposer d'informations précises concernant les spécificités des nouveaux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, pour mettre en place rapidement des adaptations qui répondent au mieux à leurs besoins propres et qui correspondent à leurs particularités.

7. Buts et hypothèses de l'étude

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée présentent des problématiques multiples, liées à leur âge et à leur pathologie. Il est important de prendre en compte leur spécificité dès leur entrée dans des structures gérontologiques comme les EHPADs ou les UCC. Or, les établissements rencontrent souvent des difficultés pour proposer des adaptations spécifiques à leurs nouveaux résidents en partie à cause d'un manque d'informations sur leurs troubles (déglutition, troubles sensoriels, compétences communicationnelles) (Castel-Tallet, 2016).

C'est à partir de l'ensemble de ces constats théoriques qu'est venue l'idée de ce mémoire : à savoir la création d'un questionnaire d'anamnèse centré sur les différents aspects de la communication, les troubles sensoriels (auditifs et visuels) et de la déglutition ainsi que le suivi orthophonique antérieur, des domaines essentiels pour l'intervention de l'orthophoniste en structure. Ce questionnaire aurait pour objectif de permettre aux équipes soignantes d'accéder rapidement à des renseignements utiles lors de l'admission de nouveaux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée dans leur établissement, afin de mettre en place, sans attendre, des adaptations propres à chacun.

Pour créer notre questionnaire d'anamnèse, nous avons choisi d'effectuer une enquête préliminaire sous forme d'un formulaire papier envoyé par courrier à différents établissements de la région des Hauts-de-France (départements du Nord et du Pas-de-Calais).

Ce mémoire dispose de deux hypothèses principales :

- Hypothèse 1 : à l'arrivée de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, le personnel soignant travaillant au sein d'EHPADs et d'UCC manque d'informations concernant les troubles sensoriels, les capacités de communication, la déglutition et le suivi orthophonique.
- Hypothèse 2 : les soignants souhaiteraient bénéficier d'une fiche d'anamnèse concise et précise concernant les domaines précédemment cités.

Méthode

Dans cette partie, seront détaillées : la population de l'étude, la méthode de création du formulaire d'enquête, et l'analyse des données.

1. Population de l'étude

Le formulaire d'enquête préliminaire avait comme population cible les membres du personnel soignant travaillant au sein d'EHPADs disposant d'une unité Alzheimer ou d'une UCC.

Dans un premier temps, nous avons effectué un tirage au sort d'EHPADs disposant d'une unité Alzheimer et/ou d'une UCC situés dans la région des Hauts-de-France (anciennement Nord Pas-de-Calais). Pour lister les EHPADs, nous avons utilisé l'annuaire des établissements du site: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>. Sur ce site, nous avons indiqué successivement le département Nord, puis le département Pas-de-Calais. Une fois les résultats obtenus, nous avons affiné la sélection en indiquant que nous souhaitions des établissements disposant d'une unité Alzheimer. Un total de 209 établissements a été trouvé. Pour les UCC, nous avons utilisé une liste de la Haute Autorité de Santé (HAS), en s'intéressant uniquement aux UCC des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Dix établissements ont été sélectionnés.

2. Elaboration et distribution du formulaire d'enquête

En mars 2018, des courriers sollicitant la participation des établissements et présentant notre projet ont été envoyés (Annexe 1). Au total, soixante courriers ont été envoyés, cinquante à destination d'EHPADs et dix à destination d'UCC. Dix structures ont répondu positivement à notre demande de participation (deux UCC et huit EHPADs). Nous avons transmis à chacune d'entre elles plusieurs formulaires d'enquête ainsi qu'une enveloppe pré-timbrée pour faciliter leur renvoi. Au total 265 formulaires ont été envoyés par courrier aux différents établissements et 113 nous ont été renvoyés.

Chaque formulaire d'enquête était accompagné d'une lettre d'informations présentant aux répondants le projet et l'objectif de ce formulaire (Annexe 2).

Le formulaire d'enquête (Annexe 3) avait différents objectifs. Dans un premier temps, il devait permettre de déterminer si les membres du personnel soignant estimaient avoir accès à suffisamment d'informations concernant les capacités de communication, les troubles sensoriels, la déglutition et le suivi orthophonique des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée à leur arrivée au sein de l'établissement. Ensuite, l'enquête devait permettre aux équipes soignantes d'effectuer une liste des informations qu'elles souhaiteraient voir apparaître dans une anamnèse initiale.

Le formulaire contenait dix items. Il comportait trois parties.

La première partie a permis de recueillir des informations générales sur les répondants (profession, ancienneté dans l'établissement), tout en étant anonymisée.

La deuxième partie contenait des items nous permettant :

- de nous renseigner sur la manière dont étaient recueillies les informations au sein des établissements participant à l'enquête.

- de savoir si les équipes soignantes estimaient avoir suffisamment d'informations sur les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et ou d'une maladie apparentée à leur entrée dans la structure d'accueil (informations générales, informations concernant la déglutition, la communication, les troubles auditifs ou visuels et le suivi orthophonique).
- de savoir s'il semblait nécessaire aux répondants de posséder un questionnaire d'anamnèse sur les domaines précédemment cités, afin d'optimiser la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée à leur arrivée dans l'établissement.

Enfin, la troisième partie permettait aux professionnels d'indiquer les items qu'ils souhaiteraient voir inscrits dans l'anamnèse pour chaque domaine cité précédemment (troubles auditifs, troubles visuels, déglutition, communication, suivi orthophonique).

Le formulaire d'enquête se présentait sous forme de questions fermées, de questions à choix multiples mais également de sections de réponses libres (questions ouvertes). Les questions ouvertes étaient importantes, notamment dans la dernière partie du formulaire. En effet, même si des exemples d'items pour l'anamnèse étaient proposés, il semblait très intéressant que les professionnels en suggèrent également en fonction de leurs besoins.

Les réponses à ce formulaire étaient totalement anonymes. Il a bénéficié d'une exonération de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) (Annexe 4) assurant ainsi que les répondants ne pouvaient en aucun cas être identifiés à partir de celui-ci.

Nous nous sommes aperçus au cours du mois de septembre 2018 que nous ne demandions pas dans le formulaire si des orthophonistes intervenaient dans les établissements ou si leur personnel soignant avait déjà bénéficié de la présentation de certains troubles par des orthophonistes ou par d'autres professionnels de santé. Nous avons donc envoyé un mail à tous les établissements participants afin de compléter notre enquête préliminaire.

3. Analyse des données du formulaire d'enquête

L'analyse des données du formulaire d'enquête a nécessité l'utilisation d'un tableur et de plusieurs tests statistiques :

- Le test du Chi² d'homogénéité
- Le test exact de Fisher

Le risque d'erreur alpha a été fixé à 0,05. Ainsi, on considère un résultat significatif dès lors que la valeur de p est inférieure au risque alpha ($p < 0,05$), c'est-à-dire que la probabilité d'obtenir ce résultat par hasard est suffisamment faible. Si la valeur de p est supérieure au risque alpha ($p > 0,05$) les résultats ne seront pas considérés comme significatifs.

Ces tests statistiques ont été nécessaires lorsque nous avons souhaité réaliser une étude comparative du niveau d'informations des équipes soignantes en fonction de la présence d'orthophonistes salariés ou libéraux dans l'établissement et en fonction de la méthode utilisée pour recueillir des informations lors de l'entrée d'un nouveau patient atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée dans la structure d'accueil. Ils nous ont permis de tester la significativité des résultats observés.

Résultats

1. Caractéristiques de la population d'étude (personnel soignant)

1.1. Profession

L'échantillon se compose de 113 répondants. Il sera détaillé ici, leur profession au sein de l'établissement dans lequel ils travaillent.

Tableau 1. Profession des répondants à l'enquête

Professions	Nombres de répondants	Pourcentages
Aide soignant(e)	56	49,56 %
Aide médico-psychologique (AMP)	6	5,31 %
Auxiliaire gérontologique	2	1,77 %
Auxiliaire de vie sociale (AVS)	3	2,65 %
Cadre supérieur de santé	4	3,54 %
Ergothérapeute	2	1,77 %
Infirmier/infirmière	33	29,20 %
Médecin	3	2,65 %
Orthophoniste	1	0,89 %
Psychologue	1	0,89 %
Psychomotricien	2	1,77 %
TOTAL	113	100 %

Etant donné l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire au sein des établissements accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, nous avons fait le choix de conserver l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux.

La profession la plus représentée est celle d'aide-soignant. Tandis que les orthophonistes et les psychologues sont les professions les moins représentées.

1.2. Ancienneté dans l'établissement

Dans la première partie du formulaire, il était demandé aux répondants d'indiquer leur ancienneté dans l'établissement. L'ensemble des réponses a été regroupé en six groupes.

Tableau 2. Ancienneté des répondants dans l'établissement

	Moins d'un mois	Moins d'un an	1-5 ans	6-10 ans	11-19 ans	Plus de 20 ans
Ancienneté	1 (0,89%)	10 (8,85%)	57 (50,44%)	22 (19,47%)	16 (14,16%)	7 (6,19%)

La moitié des répondants travaillent dans leur établissement depuis une durée comprise entre un à cinq ans. Une très faible proportion de l'échantillon travaille depuis moins d'un mois ou depuis plus de vingt ans dans leur structure.

Aucun répondant n'a été exclu en fonction de son ancienneté dans l'établissement car il semblait important de pouvoir obtenir le point de vue de professionnels travaillant depuis longtemps dans une même structure mais également le point de vue de professionnels ayant intégré celle-ci récemment.

2. Caractéristique de la population d'étude (EHPADs et UCC)

Sur les dix établissements ayant répondu positivement à notre demande de participation, neuf nous ont renvoyé les formulaires. Il sera présenté ici certaines de leurs caractéristiques.

2.1. Méthode de recueil des données

Ces informations ont été recueillies à l'aide du formulaire d'enquête. Il était demandé dans chaque questionnaire les moyens par lesquels étaient collectées les informations concernant les futurs résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Tableau 3. Types de documents utilisés pour le recueil d'informations à l'entrée de nouveau patient dans l'établissement.

	Etablissement(s) utilisant uniquement des documents papier	Etablissement(s) utilisant uniquement des documents électroniques	Etablissement(s) utilisant des documents papier et électroniques
Total	5 (55,56 %)	0	4 (44,44%)

Tableau 4. Moyen de recueil d'informations auprès des familles

	Entretien avec les familles uniquement	Documents laissés à la famille uniquement	Entretien avec les familles et documents laissés à la famille
Total	6 (66,67 %)	0	3 (33,33%)

2.2. Présence d'orthophonistes dans l'établissement.

Cette information a été recueillie par mail ou par téléphone auprès des différentes structures. Il leur a été demandé de renseigner la présence ou non d'orthophonistes libéraux et/ou salariés au sein de leur établissement.

Tableau 5. Intervention d'orthophonistes dans les établissements

	Etablissement(s) bénéficiant uniquement d'orthophonistes libéraux	Etablissement(s) bénéficiant uniquement d'orthophonistes salariés	Etablissement(s) bénéficiant d'orthophonistes libéraux et salariés
Total	7 (77,78 %)	0	2 (22,22%)

Les établissements nous ont précisé que les orthophonistes réalisaient:

- des bilans orthophoniques
- des prises en charge individuelles
- ou participaient à des groupes avec des patients (ex. groupes communication...).

Sans que cela ne leur soit demandé, certaines structures ont évoqué le fait qu'elles avaient très peu de contact avec les orthophonistes libéraux intervenant dans leur établissement.

3. Niveau d'informations des équipes soignantes

Nous avons choisi de regrouper sous forme d'un graphique les réponses aux questions 4 et 5 du formulaire d'enquête. Ces questions permettaient de savoir si les équipes soignantes estimaient avoir suffisamment d'informations générales, ou relatives à la déglutition, aux troubles sensoriels, aux capacités de communication ou au suivi orthophonique des nouveaux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée dès leur arrivée au sein de leur établissement.

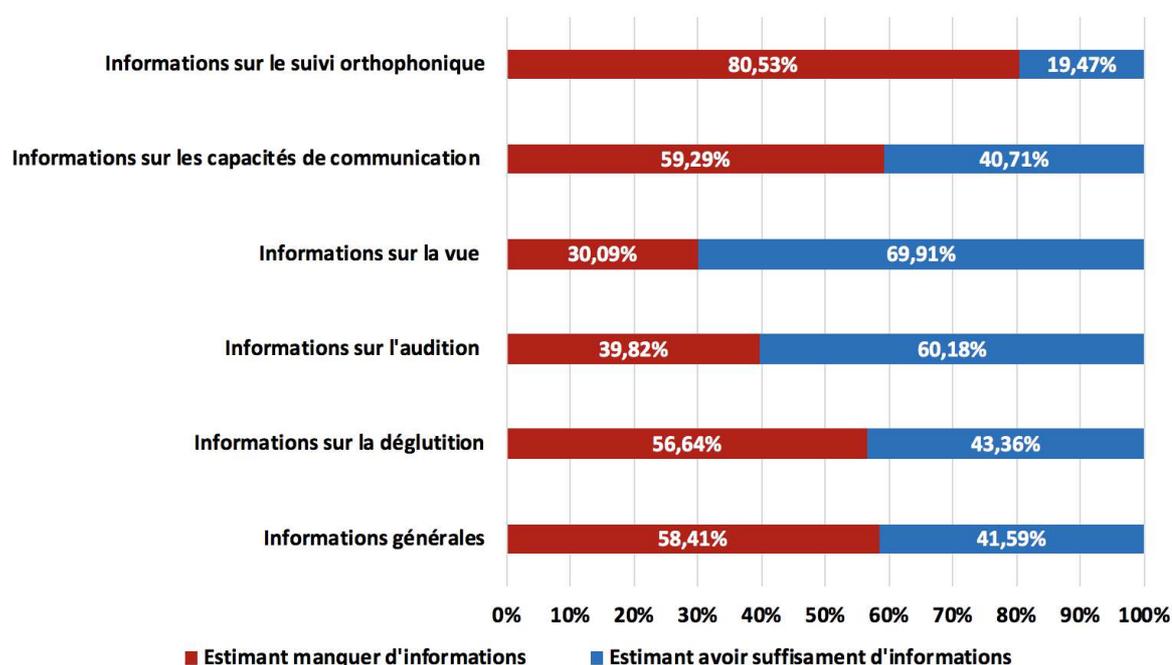


Figure 1. Niveau d'informations des équipes soignantes

Nous constatons que plus de 50 % des répondants estiment manquer d'informations générales, d'informations sur la déglutition, d'informations sur les capacités de communication et d'informations sur le suivi orthophonique. En revanche, une faible proportion d'entre eux estiment manquer d'informations dans les domaines de la vision et de l'audition.

4. Croisement de données

Pour le croisement de données, nous avons utilisé le test du Chi² ou le test exact de Fisher pour savoir s'il existait un lien statistiquement significatif entre deux variables. Pour rappel, un résultat est considéré comme significatif si le $p < 0,05$.

4.1. Niveau d'informations des équipes soignantes et présence d'orthophonistes dans l'établissement

Nous avons souhaité savoir si la présence d'orthophonistes libéraux ou salariés pouvait influencer le niveau d'informations du professionnel sur les domaines cités précédemment.

Sur les 113 répondants, 15 travaillent dans des établissements disposant d'orthophonistes libéraux et salariés et 98 dans des structures bénéficiant de l'intervention d'orthophonistes libéraux uniquement.

Tableau 6. Comparaison du niveau d'informations des équipes soignantes en fonction de la présence d'orthophonistes libéraux ou salariés

		Professionnels travaillant dans un établissement avec des orthophonistes libéraux et salariés	Professionnels travaillant dans un établissement avec des orthophonistes libéraux	p-value
Informations concernant la déglutition	Estimant avoir suffisamment d'informations	11	38	p < 0,05 (p = 0,01)
	Estimant manquer d'informations	4	60	
Informations concernant l'audition	Estimant avoir suffisamment d'informations	8	60	p > 0,05 (p = 0,56)
	Estimant manquer d'informations	7	38	
Informations concernant la vue	Estimant avoir suffisamment d'informations	12	67	p > 0,05 (p = 0,36)
	Estimant manquer d'informations	3	31	
Informations concernant les capacités de communication	Estimant avoir suffisamment d'informations	7	39	p > 0,05 (p = 0,61)
	Estimant manquer d'informations	8	59	
Informations concernant le suivi orthophonique	Estimant avoir suffisamment d'informations	3	19	p > 0,05 (p = 0,96)
	Estimant manquer d'informations	12	79	

Ici, le résultat est significatif seulement lorsqu'il s'agit des informations relatives à la déglutition. C'est-à-dire, que les professionnels travaillant au sein d'établissements disposant d'orthophonistes libéraux et salariés estiment avoir suffisamment d'informations concernant la déglutition lors de l'arrivée d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée au sein de la structure, contrairement aux professionnels travaillant dans des établissements ne disposant que d'orthophonistes libéraux

4.2. Niveau d'informations des équipes soignantes et mode de recueil d'informations lors de l'entrée d'un nouveau patient atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée au sein de l'établissement

Nous avons voulu savoir si la méthode utilisée pour recueillir des informations auprès des familles pouvait avoir une influence sur le niveau d'informations des équipes soignantes.

Sur 113 répondants, 77 travaillent au sein d'établissements qui effectuent uniquement un entretien avec les familles pour recueillir les informations relatives aux futurs résidents.

Les 36 autres travaillent dans des structures qui réalisent un entretien avec les familles et leur laissent des documents à remplir.

Tableau 6. Comparaison du niveau d'informations des équipes soignantes en fonction de la méthode de recueil d'informations utilisée

		Professionnels travaillant dans un établissement qui recueille des informations relatives au patient par un entretien avec les familles	Professionnels travaillant dans un établissement qui recueille des informations relatives au patient par un entretien avec les familles et des documents laissés à remplir aux familles.	p-value
Informations générales	Estimant avoir suffisamment d'informations	33	14	p > 0,05 (p = 0,69)
	Estimant manquer d'informations	44	22	
Informations concernant la déglutition	Estimant avoir suffisamment d'informations	36	13	p > 0,05 (p = 0,29)
	Estimant manquer d'informations	41	23	
Informations concernant l'audition	Estimant avoir suffisamment d'informations	49	19	p > 0,05 (p = 0,27)
	Estimant manquer d'informations	28	17	

Tableau 6. (suite) Comparaison du niveau d'informations des équipes soignantes en fonction de la méthode de recueil d'informations utilisée

		Professionnels travaillant dans un établissement qui recueille des informations relatives au patient par un entretien avec les familles	Professionnels travaillant dans un établissement qui recueille des informations relatives au patient par un entretien avec les familles et des documents laissés à remplir aux familles.	p-value
Informations concernant la vue	Estimant avoir suffisamment d'informations	58	21	p > 0,05 (p = 0,06)
	Estimant manquer d'informations	19	15	
Informations concernant les capacités de communication	Estimant avoir suffisamment d'informations	34	12	p > 0,05 (p = 0,28)
	Estimant manquer d'informations	43	24	
Informations concernant le suivi orthophonique	Estimant avoir suffisamment d'informations	17	5	p > 0,05 (p = 0,31)
	Estimant manquer d'informations	60	31	

Quel que soit le mode de recueil d'informations, il n'existe pas de différence significative concernant le niveau d'informations des équipes soignantes.

5. Intérêt d'un questionnaire d'anamnèse

La sixième question du formulaire permettait de savoir si les répondants estimaient nécessaire l'utilisation d'un questionnaire d'anamnèse ciblé sur les domaines de la déglutition, des troubles sensoriels et de la communication afin d'optimiser la prise en charge des patients atteints d'une maladie de type Alzheimer et nouvellement arrivés dans l'établissement.

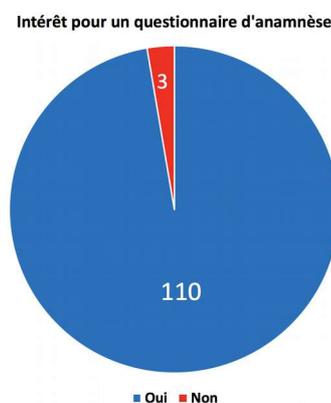


Figure 2. Intérêt pour un questionnaire d'anamnèse centré sur la déglutition, les troubles sensoriels et les capacités de communication

Nous constatons que 110 personnes, soit 97,35 % des répondants, estiment nécessaire l'utilisation d'un questionnaire d'anamnèse. Seuls 3 répondants, soit 2,65 % d'entre eux, ne considèrent pas l'utilisation d'un questionnaire d'anamnèse comme nécessaire.

6. Items souhaités dans le questionnaire d'anamnèse

Afin de créer un questionnaire d'anamnèse répondant aux attentes des équipes soignantes, il était proposé dans la troisième partie du formulaire d'enquête des exemples d'items dans les domaines suivants : la déglutition, les troubles sensoriels, la communication. Ainsi, les participants devaient cocher les items qu'ils souhaitaient voir apparaître dans le futur questionnaire d'anamnèse.

Les résultats ont été calculés sur un total de 110 réponses puisque 3 répondants sur 113 n'ont pas répondu à ces questions car ils n'estimaient pas nécessaire l'utilisation d'un questionnaire d'anamnèse.

Nous avons considéré qu'un item devait être inséré dans le questionnaire d'anamnèse s'il était coché par plus de 50 % des répondants. Pour les items proposés par les répondants eux-mêmes, dans les sections de réponses libres, le pourcentage d'occurrences a été calculé en fonction du nombre de personnes ayant inscrit une réponse dans ces sections.

6.1. Déglutition

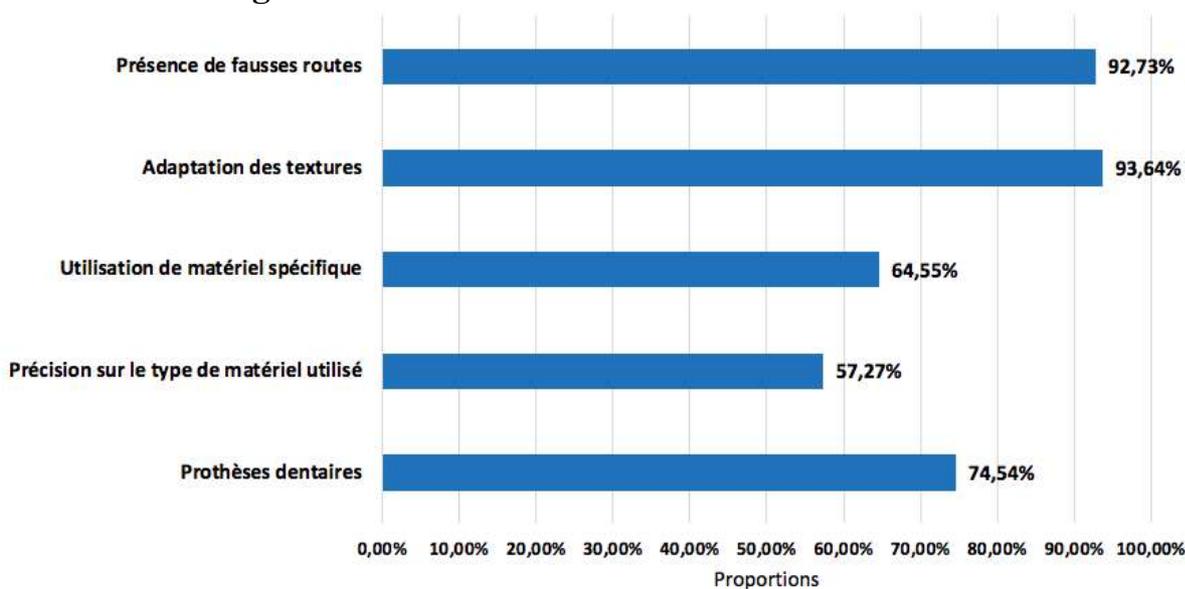


Figure 3. Pourcentages de sélection des items concernant la déglutition

Nous constatons que l'ensemble des items a été coché par plus de 50 % des répondants.

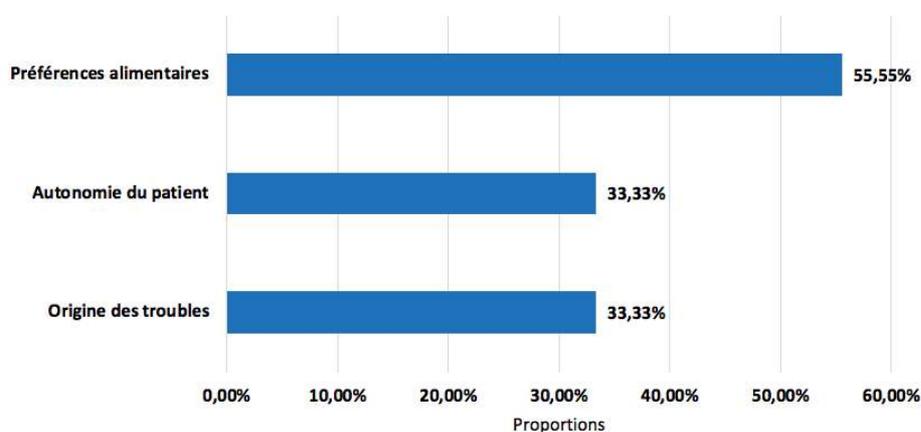


Figure 4. Pourcentages de sélection des items proposés par les répondants (réponses libres)

Dans la partie de réponses libres, neuf participants ont proposé un ou plusieurs autres items. Seul l'item "préférences alimentaires du patient" a été proposé plus de 50 % de fois.

6.2. Audition

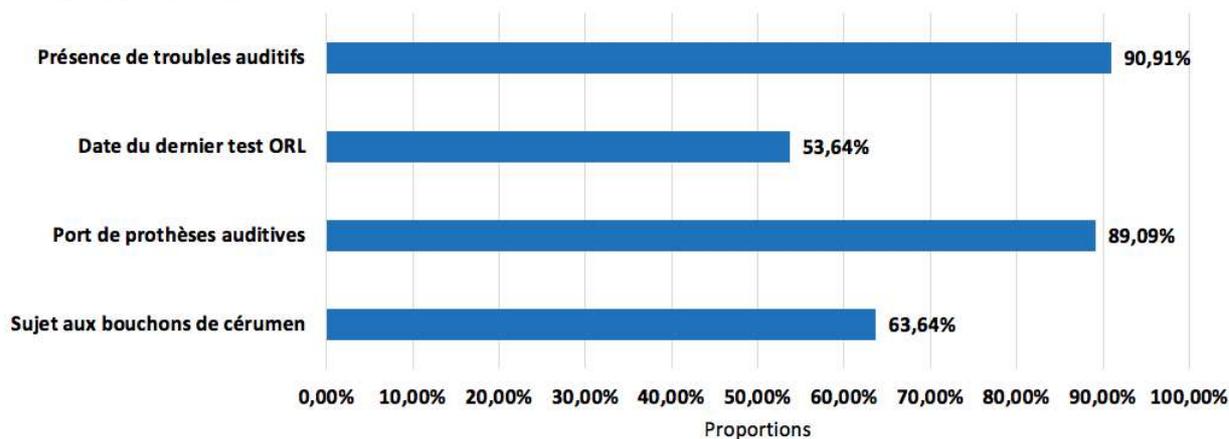


Figure 5. Pourcentages de sélection des items concernant l'audition

Nous remarquons que l'ensemble des items a été sélectionné par plus de 50 % des participants. Aucun d'entre eux n'a proposé d'items dans la section de réponses libres.

6.3. Vue

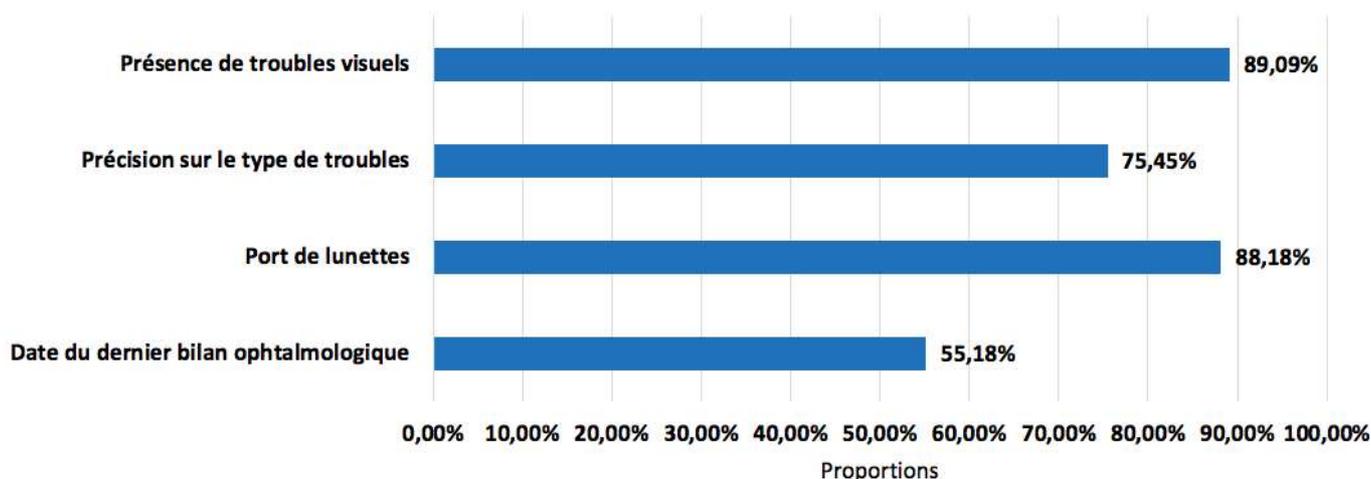


Figure 6. Pourcentages de sélection des items concernant la vue

L'ensemble des items proposés a obtenu plus de 50 % d'occurrence. Seul un participant a suggéré dans la section de réponses libres l'item suivant : « quand le port de lunettes est-il nécessaire ? ». Sa réponse obtient donc 100 % d'occurrence mais elle ne peut pas être comptabilisée car celle-ci n'est pas représentative puisqu'elle ne concerne qu'une personne sur 110.

6.4. Capacités de communication

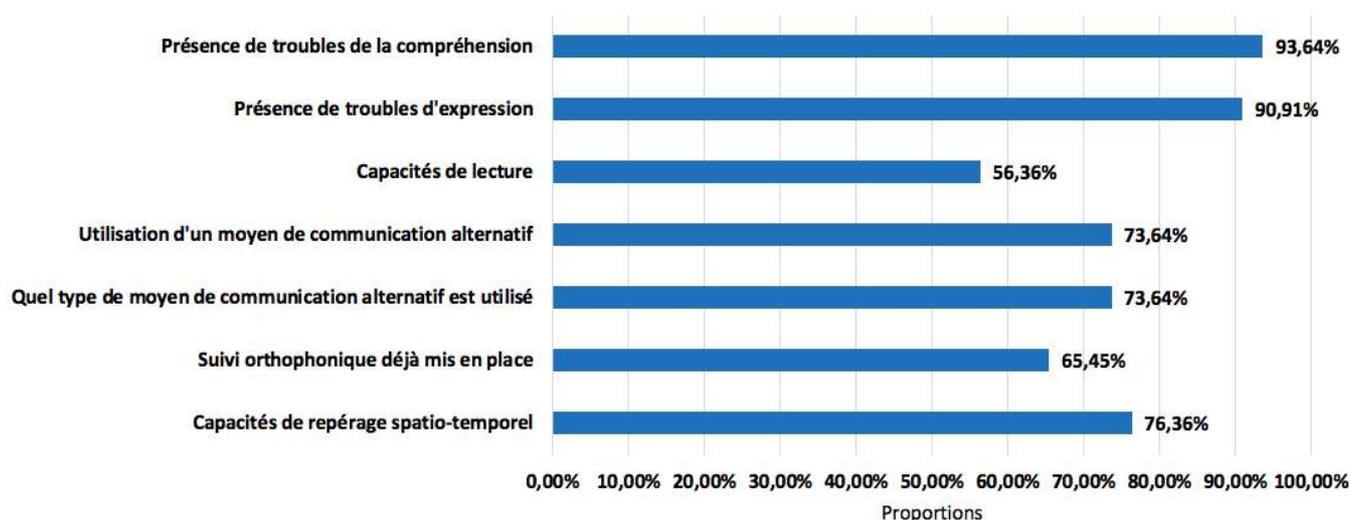


Figure 7. Pourcentages de sélection des items concernant les capacités de communication

Nous pouvons noter que l'ensemble des items a été sélectionné plus de 50 % de fois. Aucun item n'a été proposé par les répondants.

7. Création du questionnaire d'anamnèse

L'objectif était de créer un questionnaire d'anamnèse (Annexe 5) centré sur les troubles sensoriels, les troubles de déglutition, les capacités de communication et le suivi orthophonique. Nous désirions qu'il soit concis, facile et rapide à remplir par le patient ou par l'un de ses aidants.

Nous souhaitions créer un questionnaire d'anamnèse qui pourrait circuler au sein des équipes soignantes afin de leur permettre d'accéder rapidement aux informations concernant les nouveaux résidents sur les domaines précédemment cités. Ce questionnaire pourrait être inséré dans le dossier du patient et ainsi compléter l'anamnèse de pré-admission.

Afin que les items soient compris par le plus grand nombre, nous avons essayé d'utiliser le moins possible de termes spécifiques appartenant au domaine médical ou au domaine de l'orthophonie. Nous avons préféré remplacer certains d'entre-eux par des périphrases. De plus, pour certaines questions, nous avons choisi d'indiquer des exemples, afin de faciliter la compréhension de la question posée.

Ce questionnaire pourrait être rempli par les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée s'ils ont encore suffisamment de ressources cognitives pour le faire ou par l'un de leurs aidants. Pour ne pas complexifier les intitulés de chaque question, nous avons essayé d'être les plus informatifs possible tout en utilisant des phrases courtes.

Pour certains items, nous avons choisi d'associer une image au texte. Pour certaines images, nous avons utilisé une banque d'images libres de droit et pour d'autres, nous avons fait appel à une conceptrice 3D.

Ce questionnaire d'anamnèse a pour but de répondre aux attentes des équipes soignantes. Ainsi, pour aboutir à sa création, les items ayant été cochés par plus de cinquante pour cent des répondants ont été insérés dans le questionnaire. Nous avons également ajouté des items en lien avec ceux cochés par les participants dans notre formulaire d'enquête, afin d'apporter des précisions supplémentaires.

Le questionnaire d'anamnèse est composé d'un en-tête qui permet de renseigner l'identité et la date de naissance du nouveau résident ainsi que l'identité de celui ou de celle qui a rempli le formulaire d'enquête.

Nous avons inséré dans le questionnaire un maximum d'items à cocher, plutôt que des

réponses libres, qui sont considérées comme plus difficiles à remplir et plus coûteuses en temps.

Il est composé de 5 parties.

- La première partie concerne **l'audition**. On trouve cinq items :
 - **la présence de troubles auditifs** : cette information est utile car en cas de troubles auditifs, les équipes devront adapter leur façon de communiquer avec le patient (parler face au patient, utiliser un support écrit, etc.).
 - **la date du dernier rendez-vous chez un ORL** : cela permet de savoir si le patient est suivi pour ses troubles ou si un dépistage a été effectué récemment.
 - **le port de prothèses auditives** : il est important pour les équipes de savoir si les patients portent des prothèses afin de veiller à leur utilisation correcte et de vérifier leur bon fonctionnement (piles, entretien des prothèses, etc.). Les patients ou les aidants pourront également préciser le type d'appareil auditif utilisé et la/les oreille(s) concernée(s).
 - **la date du dernier rendez-vous chez l'audioprothésiste** : pour savoir si les prothèses que porte le patient sont toujours adaptées et s'il faut prévoir des rendez-vous réguliers chez l'audioprothésiste.
 - **la présence fréquente de bouchons de cérumen** : en effet, la présence de bouchons de cérumen entraîne une diminution de l'audition. Si le patient en a fréquemment, il est important de faire vérifier régulièrement ses conduits auditifs par le médecin. En effet, il est essentiel de surveiller chez ces patients l'absence de douleurs et le maintien d'une bonne audition.

- La deuxième partie traite de **la vue**. Elle est composée de quatre items :
 - **la présence de troubles visuels** : il est important pour les équipes de veiller aux formats (taille des lettres, etc.) des documents ou affiches utilisés par le patient ou pour celles destinées à l'ensemble des résidents.
 - **précision sur le type de trouble**: il peut être intéressant de connaître cette information pour pouvoir rappeler au patient de mettre ses lunettes dans les situations où il en a besoin (ex. repas, lecture, ou les porter tout le temps pour limiter le risque de chute) ou pour adapter la position des objets présentés au patient en cas d'héminégligence.
 - **le port de lunettes** : comme pour les prothèses auditives, cette information peut permettre aux équipes soignantes de veiller à ce que le résident porte ses lunettes ou faire la demande pour un bilan ophtalmologique si l'équipe constate des difficultés, alors que le patient ne porte pas de lunettes.
 - **la date du dernier rendez-vous ophtalmologique** : afin de savoir si les lunettes que porte le patient sont adaptées à sa vue actuelle.

- La troisième partie concerne **les troubles de la déglutition**. Cette partie comporte neuf items. :
 - **le port de prothèse(s) dentaire(s)** : afin que les équipes sachent si le patient en porte, si il en a en haut ou en bas, pour qu'elles puissent veiller à ce que les patients les portent au moment des repas et en dehors, mais aussi pour faciliter les interactions communicationnelles et veiller à leur entretien.
 - **la date de la dernière visite chez le dentiste** : afin de savoir si le patient bénéficie d'un suivi dentaire.
 - **la présence de gêne respiratoire, toux, respiration bruyante au cours des repas ainsi qu'une précision sur le type des aliments avec lesquels cela se produit** : cet item permet de savoir si le patient présente des troubles de déglutition avec la présence de fausses routes au cours des repas et avec quelle catégorie d'aliments cela se produit, afin de permettre aux équipes d'être vigilantes aux types d'aliments et de textures qui sont proposés aux patients.

- **l'utilisation de textures adaptées au cours des repas et quel(s) type(s) de texture est/sont utilisé(s) :** pour permettre d'adapter au plus vite la texture des repas proposés au nouveau résident afin d'éviter au maximum les fausses routes.
 - **les aliments à éviter :** il est important de connaître les aliments à éviter pour le patient quelle qu'en soit la raison : si le patient présente une allergie ou si certains aliments entraînent fréquemment des fausses routes.
 - **les préférences alimentaires du nouveau résident :** information importante afin de prévenir une dénutrition due à l'aversion de certains aliments.
 - **l'utilisation de matériel spécifique au cours des repas et précision sur ce matériel :** afin que le patient reste le plus autonome possible et qu'il ne souffre pas de dénutrition ou de déshydratation à cause de troubles de la déglutition ou d'une incapacité motrice l'empêchant de s'alimenter correctement.
- La quatrième partie s'intéresse aux **capacités de communication** du patient. Elle propose six items. Elle concerne :
 - **la présence de difficultés de compréhension orale,**
 - **la présence de difficultés d'expression orale,**
 - **l'utilisation d'un support de communication et une précision sur le type de support,**
 - **la préservation de la compréhension écrite.**

L'ensemble de ces informations est nécessaire afin de savoir comment communiquer de façon adaptée avec le patient, de lui permettre de conserver le plus longtemps possible un lien avec le monde qui l'entoure et ainsi éviter l'isolement.

- **les difficultés à se repérer dans le temps,**
- **les difficultés à se repérer dans l'espace.**

Ces informations peuvent permettre aux équipes de mettre en place des adaptations pour compenser ces difficultés (photographie du patient sur la porte de la chambre, calendrier, étiquetage des différentes salles, etc.).

- Enfin, la cinquième partie concerne le **suivi orthophonique** du patient. Elle comporte deux items. Il est demandé de renseigner :
 - **si le patient bénéficie d'une prise en charge orthophonique, depuis quand, à quelle fréquence et pour quel type de trouble.** Ces informations peuvent être intéressantes à recueillir afin de poursuivre la prise en charge en cours, d'installer un dialogue entre les équipes soignantes et les orthophonistes, afin de permettre à chacun d'adapter sa prise en charge en fonction des observations relevées par les uns et les autres.
 - **les coordonnées de l'orthophoniste qui prend en charge le patient :** afin de déterminer la possibilité que l'orthophoniste poursuive la prise en charge au sein de la structure ou de faire appel à un orthophoniste déjà présent dans l'établissement pour prendre le relais.

À la fin de chaque section se trouve une partie « informations complémentaires » pour permettre d'ajouter des renseignements qui semblent importants pour le répondant et qui n'auraient pas été demandés.

8. Distribution du questionnaire d'anamnèse

Une fois le questionnaire d'anamnèse terminé, il faudra tester son efficacité avant de l'envoyer aux établissements. Cela n'a pas été fait dans ce mémoire mais cela pourra faire l'objet d'un futur mémoire.

Discussion

Pour cette étude, nous avons formulé deux hypothèses :

- Hypothèse 1 : à l'arrivée de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, le personnel soignant travaillant au sein d'EHPADs et d'UCC manque d'informations concernant les troubles sensoriels, les capacités de communication, la déglutition et le suivi orthophonique.
- Hypothèse 2 : les soignants souhaiteraient bénéficier d'une fiche d'anamnèse concise et précise concernant des domaines précédemment cités.

1. Interprétation des résultats et vérification des hypothèses

1.1. Niveau d'informations des équipes soignantes

L'ensemble des structures qui ont participé à notre enquête disposent d'orthophonistes. Sept d'entre elles bénéficient de l'intervention d'orthophonistes libéraux et deux d'orthophonistes libéraux et salariés. Dans un premier temps, nous avons choisi de prendre en compte la totalité des réponses au formulaire sans distinguer les réponses des établissements en fonction du statut des orthophonistes intervenant au sein de la structure. Les résultats laissent supposer que plus de la moitié des répondants estiment manquer d'informations concernant les troubles de la déglutition et les capacités de communication des nouveaux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ce manque de renseignements peut être la conséquence d'un recueil d'informations incomplet dans ces différents domaines. Mais il peut également être dû à un défaut de transmission des données au sein même des équipes soignantes. En effet, la réduction actuelle de l'effectif soignant pourrait être un frein aux échanges entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des nouveaux résidents.

Dans un deuxième temps, nous avons souhaité affiner notre analyse, c'est pourquoi nous avons choisi d'interpréter les résultats en distinguant les réponses des établissements selon le mode d'exercice des orthophonistes. Ainsi, nous pouvons constater que les professionnels qui travaillent dans des structures bénéficiant d'orthophonistes salariés et libéraux s'estiment satisfaits de leur niveau d'informations concernant la déglutition des nouveaux résidents atteints d'une maladie de type Alzheimer, contrairement à ceux qui travaillent dans des établissements sans orthophoniste salarié. Cependant, nous pouvons relever que la présence d'orthophonistes salariés au sein des équipes soignantes n'influence pas leur niveau d'informations concernant les capacités communicationnelles des nouveaux résidents.

Au cours de l'enquête, plusieurs structures ont évoqué le fait qu'elles avaient très peu de contact avec les orthophonistes libéraux qui intervenaient au sein de l'établissement. En effet, les orthophonistes libéraux ont souvent un temps de présence très court qui se limite à la durée de leurs prises en charge au sein de la structure. Ils ont donc peu l'occasion d'être en contact avec les différents soignants. Les orthophonistes salariés sont davantage reconnus comme membres à part entière de l'équipe soignante. De plus, leur temps de présence au sein de l'établissement est mieux identifié ce qui facilite les échanges avec les autres soignants. En outre, ils jouent un rôle essentiel dans le recueil et la transmission d'informations concernant

la déglutition et la communication car ces domaines font partie de leur champ d'intervention.

Dans les équipes pluridisciplinaires, les renseignements concernant la déglutition sont probablement davantage mis en avant, car les troubles de la déglutition peuvent avoir des conséquences graves et immédiates sur la vie des patients. Les informations à propos des capacités communicationnelles passent donc peut-être au second plan à cause de leur moindre impact vital.

En outre, plus de la moitié des répondants à l'enquête estiment manquer de renseignements sur le suivi orthophonique des nouveaux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Il n'existe pas de distinction entre les établissements en fonction du statut des orthophonistes. Nous pourrions supposer encore une fois que cette information est manquante dans l'anamnèse de pré-admission ou qu'elle n'est pas suffisamment transmise au personnel dès l'arrivée du nouveau résident.

De plus, le mode de recueil de données concernant les nouveaux résidents n'influence pas le niveau d'informations des équipes soignantes concernant les troubles de la déglutition, les capacités communicationnelles et le suivi orthophonique. En effet, aucune des méthodes ne semble apporter le niveau de satisfaction que souhaiteraient les membres du personnel soignants des établissements participants.

Ces différents éléments confirment donc partiellement notre première hypothèse. En effet, le personnel soignant estime manquer de renseignements dans certains domaines uniquement (troubles de la déglutition, capacités communicationnelles et suivi orthophonique). Cependant, leur niveau d'informations concernant les troubles de déglutition est influencé par la présence d'orthophonistes salariés.

1.2. Intérêt pour un questionnaire d'anamnèse

La majorité des répondants (97,35 %) estime nécessaire l'utilisation d'un questionnaire centré sur les troubles sensoriels, les troubles de déglutition, les capacités de communication et le suivi orthophonique. Ce résultat vient confirmer notre deuxième hypothèse de départ, c'est-à-dire que les soignants souhaiteraient bénéficier d'une anamnèse succincte et précise concernant les troubles de déglutition ou les capacités de communication des nouveaux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

2. Limites

2.1. Population d'étude

Pour constituer notre échantillon, nous avons procédé à un tirage au sort et nous avons contacté les différents établissements par courrier. L'envoi de courriers permettait aux différentes structures de conserver une trace de notre demande. Cependant, cela a limité légèrement le nombre d'envois pour des questions de temps mais aussi de budget (achat d'enveloppes et de timbres, impression).

De plus, le tirage au sort ne nous a pas permis de recueillir les réponses d'établissements ne bénéficiant pas de l'intervention d'orthophonistes au sein de leur structure. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer le niveau d'informations des équipes soignantes dans ces établissements.

Nous ne disposons pas non plus de structures laissant uniquement des documents à remplir aux résidents ou à leur famille lors de l'admission de ceux-ci. Or, il aurait été intéressant de pouvoir comparer le niveau d'informations des répondants en fonction des trois moyens de recueil de données, pour savoir s'il existait une différence significative entre ces derniers.

Un plus grand échantillon d'établissements et donc de répondants, aurait également pu

améliorer la qualité des résultats statistiques. En effet, certains résultats ont été calculés sur la base de 15 réponses (ex. lors de la comparaison du niveau d'informations des équipes soignantes en fonction de la présence d'orthophonistes dans l'établissement).

2.2. Utilisation d'un formulaire de pré-enquête

L'utilisation d'un formulaire permet, lors de la réalisation d'une enquête, d'obtenir un plus grand nombre de réponses. Cependant, un formulaire est une grille que l'on impose aux répondants, les réponses des participants sont donc dépendantes des propositions faites. L'utilisation de celui-ci est soumise à de nombreux biais. Par exemple, les questions fermées permettent de répondre uniquement par oui ou par non alors qu'une position plus nuancée pouvait exister chez certains répondants. Ils ont donc dû choisir entre deux réponses qui ne correspondaient peut-être pas tout à fait à leur façon de penser.

Dans les questions à choix multiples, nous avons essayé d'être les plus exhaustifs possibles pour faciliter le remplissage de ce formulaire. Nous avons laissé des espaces de réponses libres, pour que les participants puissent rajouter eux-mêmes des items que nous aurions pu oublier. Or, ces réponses libres ont été très peu utilisées. Seulement 10 répondants sur 113 ont utilisé ces emplacements.

L'item 4 du questionnaire qui permettait de savoir si les répondants estimaient avoir suffisamment d'informations générales lors de l'entrée dans l'établissement d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée était finalement assez vague, d'autant plus qu'aucun exemple n'était donné.

2.3. Efficacité du questionnaire d'anamnèse

Nous avons essayé de créer un questionnaire concis et qui recueille néanmoins des informations essentielles. Son efficacité n'a pas été testée dans ce mémoire. Cependant, cela pourra faire l'objet d'un autre mémoire, afin de savoir si celui-ci répond aux attentes des équipes travaillant dans des structures qui accueillent des personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer.

3. Perspectives

Les résultats de notre étude laissent supposer que les équipes soignantes estiment manquer d'informations sur certains troubles lors de l'admission, au sein d'EHPADs et d'UCC de nouveaux résidents. Il pourrait être intéressant de tester l'efficacité de l'anamnèse créée et de rechercher les origines de certaines de ces lacunes. Il serait peut-être pertinent de s'intéresser à la transmission des informations entre les professionnels travaillant au sein d'une même structure et de préciser la place des orthophonistes au sein des équipes pluridisciplinaires.

Conclusion

Les personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer présentent de nombreuses problématiques en lien avec leur pathologie et leur âge. Leur prise en charge peut s'effectuer à domicile ou dans des établissements gérontologiques comme des EHPADs ou des UCC. Lors de l'entrée de ces patients dans ces structures, il est important de prendre en compte leurs spécificités afin de leur proposer une prise en charge adaptée. Cependant, la majorité des établissements contactés semble avoir des difficultés pour prendre en compte les particularités de leurs nouveaux résidents.

Ce mémoire avait pour but d'aboutir à la création d'un questionnaire d'anamnèse centré sur les troubles sensoriels, les troubles de déglutition, les capacités de communication et le suivi orthophonique lors de l'entrée de nouveaux patients atteints d'une maladie de type Alzheimer au sein d'EHPADs ou d'UCC. Nous souhaitons que ce questionnaire réponde au mieux aux attentes des équipes soignantes. Pour cela nous avons effectué une enquête, via un formulaire papier, auprès de 113 professionnels soignants travaillant au sein d'EHPADs et d'UCC des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Nous souhaitons savoir dans un premier temps si les équipes estimaient manquer d'informations sur les domaines concernés par notre projet de questionnaire d'anamnèse. Nous voulions également savoir si elles estimaient utile la création d'un tel matériel. Enfin, nous avons voulu savoir quels étaient les items qu'elles souhaiteraient voir apparaître dans le questionnaire d'anamnèse que nous voulions créer.

Les résultats de notre enquête ont montré que la présence d'orthophonistes salariés au sein des établissements influence positivement le niveau d'informations des équipes soignantes concernant les troubles de la déglutition. Cependant, plus de la moitié des professionnels estime manquer de renseignements concernant les capacités communicationnelles et le suivi orthophonique des nouveaux résidents atteints d'une maladie de type Alzheimer.

Dans les structures disposant d'orthophonistes salariés, nous avons remarqué qu'il existe malgré tout une distinction entre les informations concernant les troubles de déglutition et les capacités communicationnelles. En effet, celles-ci paraissent peut-être moins essentielles du fait de leur moindre menace pour la vie du patient. Toutefois, il appartient aux orthophonistes de poursuivre des actions d'informations, de formations et de prévention auprès des établissements afin de les sensibiliser davantage à l'importance du recueil de données sur les capacités de communication dès l'admission de nouveaux résidents.

L'ensemble des résultats nous a également permis de créer un questionnaire d'anamnèse concis et qui recueille des informations importantes. Son efficacité n'a pas été testée dans ce mémoire.

Bibliographie

- ANESM (2016) *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées.*
- Bouccara, D., Ferrary, E., Mosnier, I., & Sterkers, O. (2016). Presbyacousie. *Oto-rhinolaryngologie*, 11(4), 1-10.
- Bourgeois MS. (1993). Effects of memory aids on the dyadic conversations of individuals with dementia. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(1), 77–87.
- Castel-Tallet, M.-A., & Villet, H. (2016). Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. *La lettre de l'observatoire*, 42, 1-16.
- Covelet, R. (2007). Prendre conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 30(123), 249-262.
- D., Cardebat, B., Aithamon, & M., Puel, Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer. In F. Eustache & A. Agniel (Eds.), *Neuropsychologie cliniques des démences : Evaluation et prises en charge* (pp. 213-223). Marseille: Solal, 1995.
- DREES (2014). Troubles de la vision : sept adultes sur dix portent des lunettes. *Etudes et résultats*, 881, 1-6.
- DREES (2014). 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Etudes et résultats*, 899, 1-6.
- Dubois, B. (2009). Actualités de la maladie d'Alzheimer, *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 67(2), 116-12.
- Fried-Oken, M., Rowland, C., Daniels, D., Dixon, M., Fuller, B., Mills, C., ... Oken, B. AAC to Support Conversation in Persons with Moderate Alzheimer's Disease. *Augment Altern Commun.* 2012; 28(4), 219–231.
- Gates, G.A. et al. (2011) Central auditory dysfunction as a harbinger of Alzheimer dementia. *Arch. Otolaryngol.* 137, 390–395.
- Hahn, V. (2015). Neuropsychologie de la maladie d'Alzheimer. Dans Dubois, B. et Mandon-Michon, A. (dir), *Démences* (p. 157-161). Rueil-Malmaison : Doin.
- HAS (2009) *Recommandations de bonne pratique Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur.* https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf
- HAS (2011). *Recommandations de bonnes pratiques : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées diagnostic et prise en charge.*
- Horner, J., Albert, M. J., & Dawson, D. V. (1994). Swallowing in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 8, 177-189.
- Hupet, M., & Schelstraete, M. A. (1999). *Troubles du langage . Bases théoriques, diagnostic et rééducation.* Liège, Belgique: Madarga.

- Kenigsberg, P. A., Aquino, J. P., Berard, A., Boucard, M., Bouccara, D., & Brand, G. (2015). Les fonctions sensorielles et la maladie d'Alzheimer : une approche multidisciplinaire. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 13, 243-258.
- Lin, F.R. et al. (2011) Hearing loss and incident dementia. *Arch. Neurol.* 68, 214–220.
- Lopez-Tourres F, Lefebvre-Chapiro S, Guichardon M, et al. (2010). Fin de vie et maladie d'Alzheimer : étude rétrospective dans un service de gériatrie. *Neurol Psychiatr Gériatr*, 10, 37-42.
- McPherson A, Furniss FG, Sdogati C, Cesaroni F, Tartaglino B, Lindesay J. (2001). Effects of individualized memory aids on the conversation of persons with severe dementia: A pilot study. *Aging & Mental Health*, 5, 289–294.
- Mojet J, Christ-Hazelhof E, Heidema J. (2001). Taste perception with age : generic or specific losses in threshold sensitivity to the five basic tastes ? *Chem Senses*, 26, 845-60.
- Mondon K, Naudin M, Beaufils E, Atanasova B. (2014). Perception du goût et des odeurs au cours du vieillissement normal et pathologique : mise au point. *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 12(3), 313-20.
- Naudin, M., Mondon, K., & Atanasova, B. (2013). Alzheimer's disease and olfaction. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 11, 287-293.
- Platel, H., & Lambert, J. (1993). Characteristics and evolution of writing impairment in Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 31, 1147-1158.
- Pouchain, D., Dupuy, C., San Jullian, M., Dumas, S., Vogel, M. F., Hamdaoui, J., & Vergon, L. (2007). La presbycusie est-elle un facteur de risque de démence ? Etude AcouDem. *La revue de gériatrie*, 32(6), 439-445.
- Priefer BA, Robbins J. (1997). Eating changes in mild-stage Alzheimer's disease : a pilot study. *Dysphagia*, 12, 212-221.
- Rousseau, T. (1999). *Maladie d'Alzheimer et trouble de la communication* (2ème éd.). Paris, France: Elsevier Masson.
- Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, 5(503), 429-444.
- Schweizer, V. (2010). Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1859-1862.
- Stine, E.A.L. (1990). On-line processing of written text by younger and older adults. *Psychology and aging*, 5, 68–78.
- Uhlmann, R. F., Larson, E. B., Rees, T. S., Koepsell, T. D., & Duckert, L. G. (1989). Relationship of hearing impairment to dementia and cognitive dysfunction in older adults. *JAMA*, 261, 1916-1919.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Courrier de demande de participation envoyé aux établissements des départements du Nord et du Pas-de-Calais

Annexe n°2 : Lettre d'informations transmise à chaque participant de l'enquête

Annexe n°3 : Formulaire d'enquête

Annexe n°4 : Exonération CNIL

Annexe n°5 : Questionnaire d'anamnèse