

Zeitschrift: Curaviva : revue spécialisée
Herausgeber: Curaviva - Association des homes et institutions sociales suisses
Band: 9 (2017)
Heft: 1: Les sens en tous sens : pertes et ressources sensorielles au grand âge

Artikel: La prise en charge des déficits sensoriels chez les personnes âgées : "Moins de dogmatisme, davantage de bon sens"
Autor: Nicole, Anne-Marie / Büla, Christophe
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-841478>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

La prise en charge des déficits sensoriels chez les personnes âgées

«Moins de dogmatisme, davantage de bon sens»

Avec le vieillissement, les sens subissent des altérations. En même temps, la marge d'adaptation et de compensation diminue. Le phénomène est connu et sa prise en charge requiert davantage de compromis favorisant le plaisir et la qualité de vie, défend le gériatre Christophe Büla*.

Propos recueillis par Anne-Marie Nicole

Professeur Büla, les altérations sensorielles sont-elles un phénomène inéluctable du vieillissement?

Oui, certainement. Nous sommes tous destinés à connaître des déficits sensoriels avec l'avancée en âge. Certes à des degrés divers et avec des exceptions: certaines personnes vieillissent avec succès et maintiennent de bonnes facultés sensorielles. Il faut toutefois faire la part des choses entre ce qui est lié au vieillissement et ce qui relève de maladies. La frontière est parfois un peu floue. Prenez Jeanne Calment, qui détient le record du monde de longévité de 122 ans: elle souffrait de troubles

auditifs importants. Cette otosclérose était-elle due à une maladie ou au vieillissement? Difficile à dire. S'ajoutent d'autres facteurs comme les prédispositions génétiques à plus ou moins bien vieillir, le mode de vie, l'activité professionnelle, etc.

Inéluctable ne veut pas dire qu'il n'y a rien à faire.

En effet, et la réponse à ces déficits a fondamentalement changé au cours des dernières décennies. Dans les pays occidentaux, pour la cataracte par exemple, qui reste la première cause de cécité dans le monde, il suffit de remplacer le cristallin pour retrouver une vision d'adolescent. Dans le cas de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, les succès de guérison se font malheureusement attendre. Mais on commence à en connaître les facteurs de risques comme le tabac ou l'exposition au soleil.

«La réponse aux déficits sensoriels a fondamentalement changé au cours des dernières années.»

Quels sont les principaux déficits sensoriels liés à l'âge?

Clairement la dégradation de l'audition et les problèmes de vue. Ce sont d'ailleurs ces deux organes qui sont le plus souvent contrôlés dans le cadre de mesures préventives de la santé qui sont prises assez tôt déjà dans le parcours des personnes. Malheureusement, on ne peut pas affirmer qu'un dépistage systématique permettrait d'enrayer certaines déficiences.

Les contrôles à titre préventif concernent avant tout la vue.

Pourquoi ne le fait-on pas plus souvent pour l'audition?

Les troubles de l'audition sont souvent stigmatisant. Il faut du temps pour convaincre quelqu'un de porter un appareil auditif. Car un appareil auditif, c'est comme une canne: ce sont des signes représentatifs de la vieillesse. D'ailleurs la croyance

* **Christophe Büla** est professeur en médecine à l'Université de Lausanne et chef du Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique du CHUV. Fortement impliqué dans l'enseignement de la gériatrie, il est aussi très engagé dans le développement de la gériatrie au niveau national, au sein de la Commission de formation de la Société professionnelle suisse de gériatrie, et international, au sein du Board de la section gériatrie de l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) où il représente la Suisse. Il assume également de nombreux mandats pour des institutions publiques et des organismes privés.



Le professeur Christophe Büla: «Depuis longtemps, je défends l'idée d'un projet d'institution interdisciplinaire qui implique l'ensemble du personnel dans l'évaluation globale des résidents, y compris des capacités sensorielles.»

populaire et un certain fatalisme admettent qu'avec l'âge, c'est normal de ne plus bien entendre. Ou de voir moins bien. Et les personnes concernées finissent par s'en convaincre et sont toutes contentes qu'on ne les embête pas avec des tests.

Est-ce juste?

Ce n'est jamais juste si le déficit crée une gêne chez la personne. Et cela ne doit pas dire non plus qu'il n'y a rien à faire. Bien sûr, il y a toutes sortes de barrières autour de l'appareil auditif: psychologique, économique, technique. Il y a aussi des difficultés d'utilisation et d'acclimatation chez les personnes très âgées, d'autant plus si elles souffrent de troubles cognitifs. D'où l'importance d'anticiper le dépistage pour laisser aux gens davantage de temps pour s'adapter, et pour prévenir aussi certains effets d'une mauvaise audition, comme la dépression et l'isolement. C'est mon point de vue. Il n'y a pas suffisamment de données scientifiques à ce propos.

La difficulté de diagnostic des troubles de l'audition pourrait-elle conduire à des erreurs d'interprétation?

C'est ce qu'on observe dans la pratique médicale: certaines personnes masquent leur problème auditif, donnent le change, lisent sur les lèvres. Et parfois ça marche! Dans certains tests que nous menons à la consultation mémoire, par exemple, cela peut faussement aggraver l'évaluation cognitive. Nous essayons donc toujours de savoir si les patients de la consultation mémoire

souffrent de troubles auditifs, car cela peut influencer l'interaction. Et c'est un cercle vicieux: si je ne comprends pas bien, j'interagis moins, si j'interagis moins, j'ai davantage de difficultés cognitives et je suis moins stimulé. C'est une spirale de pertes qui se met en marche.

On parle beaucoup de la vue et de l'ouïe, mais qu'en est-il des autres sens, le goût, l'odorat, le toucher?

Des études ont mis en avant que les performances du goût diminuaient avec l'âge, c'est-à-dire que le seuil de détection augmente. Il faut donc une concentration plus élevée des saveurs fondamentales, notamment le sucré et le salé, pour que les personnes les détectent bien. Pour l'odorat ou le toucher, c'est moins évident. Le toucher est généralement assez bien conservé. Ses altérations sont moins un effet du vieillissement que le résultat de pathologies telles que le diabète, les polyneuropathies ou certaines maladies du sang. Il faut dire aussi que le toucher est le sens le moins étudié dans le détail.

Quelles sont les conséquences des déficits sensoriels chez les personnes âgées?

En ce qui concerne les troubles visuels, ils sont directement associés aux risques de chutes, et par conséquent de fractures. Les déficits auditifs peuvent aussi y contribuer. La cataracte et la DMLA sont aussi des facteurs prédisposant au syndrome de Charles Bonnet, qui se caractérise par des hallucinations

>>

visuelles complexes, très réelles mais pas menaçantes, qui apparaissent chez les personnes âgées. Autre exemple évident, les troubles du goût qui nuisent à l'appétit et peuvent entraîner des problèmes de nutrition. Pendant des années, les médecins ont recommandé des tas de régimes. Or les régimes sont souvent une cause de malnutrition et de déprime. Aujourd'hui, le message délivré aux étudiants en médecine est: pas de régimes! Il faut parfois encore batailler, mais les choses changent. Les gens ont du bon sens.

Et l'impact psychologique?

On sait que les problèmes d'ouïe sont associés à un risque accru de dépression. Dans une conversation, les gens peuvent s'ajuster, mais dans un groupe ils sont très vite en retrait, ils n'arrivent pas à suivre, ne savent pas pourquoi les autres rient, ils peuvent mal l'interpréter et penser qu'on se moque d'eux, et finissent pas s'isoler. On assiste également à un possible isolement social dans le cas des déficits visuels: on renonce au permis de conduire, on perd sa liberté d'aller et venir et son autonomie, on s'isole si les transports publics ne sont pas à proximité, on ne communique plus, etc. La survenue des problèmes visuels ajoutée à leurs conséquences multiplie les risques de dépression et de dépendance.

Les institutions se préoccupent-elles suffisamment des déficits sensoriels de leurs résidents?

On peut certainement mieux faire. Mais j'ai le sentiment que les professionnels repèrent assez rapidement les troubles sensoriels. Reste à savoir si la réponse apportée est toujours adéquate. La prise en charge de ces déficits sensoriels exige d'être proactif, car les obstacles sont nombreux: le manque de coopération de la personne, les troubles cognitifs, le discours sur les coûts de la santé et le rationnement des soins, et un certain fatalisme qui fait dire «bah, c'est comme ça»... Il y a aussi le rouleau compresseur de la routine institutionnelle.

L'EMS devrait-il systématiser les dépistages à l'entrée du résident pour adapter sa prise en soin?

Pourquoi, lorsque les gens vivent dans la communauté, ils sont suivis médicalement et ne le seraient plus quand ils entrent en EMS? Je suis favorable à une évaluation globale régulière de la personne, et donc aussi de ses capacités sensorielles, au moins une fois par année, voire davantage en cas de détérioration de l'état de santé.

Comment se manifestent les déficits sensoriels chez des personnes souffrant de démence?

Il y a beaucoup d'interactions entre les troubles cognitifs et les altérations sensorielles qu'on ne comprend pas toujours parce que les personnes concernées ne s'expriment pas ou difficilement. On doit donc être attentif à certaines manifestations comme des troubles du comportement, de l'agitation, etc. Un changement brusque est un signe qui doit alerter que quelque chose se passe, et il faut chercher quoi. Il s'agit peut-être juste d'un inconfort, mais ce peut-être aussi autre chose. Il faut examiner la personne, s'assurer, s'il y a lieu, que l'appareil auditif fonctionne, que les lunettes sont bien réglées, etc.

Quelles sont les complications possibles dans ces situations?

Par exemple, un simple bouchon dans l'oreille peut être un élément qui va faire basculer une personne qui souffre de troubles cognitifs et dont la perception de la réalité est déjà un peu altérée, vers un état confusionnel aigu. Une démence avancée qui s'aggrave brusquement peut s'expliquer par une constipation ou un problème urinaire, mais aussi par un changement de la vision ou de l'audition. On sait aussi que les personnes qui souffrent de démence et qui ont des difficultés visuelles sont davantage exposées au phénomène de «sundowning», c'est-à-dire d'anxiété qui survient à la nuit tombante. La lumière est moins bonne, la personne voit donc moins bien et peut percevoir des ombres menaçantes.

Entre troubles sensoriels et troubles cognitifs, n'y a-t-il pas quelques risques de se tromper de diagnostic?

Absolument. Et c'est typiquement dans ces situations qu'un check-up régulier des résidents d'EMS est précieux. Si

Annonce



Les cinq sens

La vue

La vue commence à diminuer dès l'âge de 40 ans. La cornée de l'œil perd de son élasticité et de ses capacités de focalisation, c'est la presbytie qui s'installe. Parallèlement, la vision de près devient moins précise, c'est la myopie. L'un et l'autre de ces défauts peuvent être corrigés par le port de lunettes. Avec le vieillissement, diverses pathologies ophtalmiques expliquent la baisse de la vue, graduelle ou brutale, et affectent l'acuité visuelle, la perception des couleurs et la vision crépusculaire. Elles peuvent également être à l'origine d'illusions, de visions et d'hallucinations et provoquer ainsi des crises d'angoisses et d'agitation, voire des états confusionnels aigus. Les principales causes de cécité sont, dans l'ordre d'importance, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), la cataracte, le glaucome et la rétinopathie diabétique. La malvoyance a une incidence directe sur l'autonomie de la personne dans la vie quotidienne et entrave sa communication et sa participation à la vie sociale.

L'ouïe

La dégradation de l'audition survient vers l'âge de 60 ans. Elle augmente ensuite considérablement avec l'âge avançant. La perte d'audition peut être due à une malformation ou à un dérèglement de l'oreille interne ou externe. L'oreille est l'organe sensoriel qui vieillit le plus vite et qui subit aussi le plus d'agressions: bruit, infections, blessures, maladies, etc. La presbycusie liée à l'âge se traduit par une altération des sons aigus et par une difficulté, non pas à entendre, mais à comprendre et à suivre une conversation, notamment dans un environnement bruyant. Les personnes touchées par des troubles auditifs ont tendance à nier le problème – renonçant ainsi à se faire appareiller – tant ce déficit est socialement mal accepté, car représentatif du vieillissement. Or la perte auditive peut entraîner une diminution de la communication et de la vie sociale, le repli sur soi et l'isolement, des troubles psychiques et la dépression. Enfin, l'altération de l'audition n'est pas toujours aisée à reconnaître et ses signes peuvent être confondus avec une détérioration mentale.

La vue et l'ouïe sont les capacités sensorielles qui se dégradent le plus souvent avec l'âge. Ce sont aussi celles qui interviennent le plus dans la communication et dans l'interaction avec le monde environnant. Pour l'une comme pour l'autre, des prothèses – lunettes et appareils auditifs – ont été développées pour pallier les déficits lorsque c'est possible.

Le toucher

Avec l'âge, on peut observer une diminution des sensations tactiles, de la sensibilité thermique, de la perception de la douleur ou des vibrations. Dès lors, les personnes âgées concernées peuvent avoir des difficultés à identifier les textures, à ressentir le froid ou le chaud, au risque de se brûler, par exemple. La diminution de la perception des vibrations intervient avant tout dans les membres inférieurs et peut perturber l'équilibre.

Le goût

Avec l'âge, le nombre de papilles gustatives diminue et le seuil de sensibilité gustative tend à augmenter. Parmi les saveurs fondamentales – sucré, salé, amer, acide –, le sucré est le goût qui dure le plus longtemps, ce qui peut expliquer l'attrance des personnes âgées pour les douceurs.

L'odorat

L'altération de l'odorat liée à l'âge n'est pas établie. L'odorat est davantage soumis à l'influence du mode de vie et de l'environnement, comme le tabagisme ou la pollution.

Si leurs altérations ne sont pas considérées comme handicapantes, le goût et l'odorat sont néanmoins des éléments déterminants pour le plaisir de manger. Ces deux sens sont également étroitement liés à la mémoire. L'odorat surtout permet de faire ressurgir des souvenirs anciens.

De façon générale, une personne peut compenser des déficits sensoriels en adaptant ses activités ou en utilisant ses autres sens. L'exercice est cependant difficile pour des personnes âgées fragilisées, dont plusieurs sens sont altérés simultanément, comme la vue et l'ouïe, ou la vue et le toucher, par exemple.

quelque chose arrive, on peut se référer à ce bilan préalable, pour ne pas banaliser une situation ou passer à côté de quelque chose. Depuis longtemps, je défends l'idée d'un projet d'institution interdisciplinaire qui implique l'ensemble du personnel, soignant ou non, dans l'évaluation globale des résidents, y compris des capacités sensorielles. Les institutions disposent d'outils d'évaluation tels que Plaisir, RAI ou Besa... Qu'en font-elles? Il faudrait mettre en place un mécanisme au sein de l'institution qui permette d'exploiter toutes les données recueillies par ces instruments pour un but autre que purement économique et d'exploiter toutes les observations, aussi celles concernant les performances sensorielles. En plus, cela permet de valoriser les professionnels peu qua-

lifiés et de donner du sens à leur travail. C'est ce dont on a besoin aujourd'hui.

La perte des sens diminue-t-elle le sens de la vie?

Oui, certainement. La perte des sens s'accompagne généralement d'une perte d'autonomie. Si ce passage est mal négocié, c'est l'envie de vivre qui en pâtit. Mais ce n'est pas une fatalité. Cela dépend beaucoup des capacités de résilience de la personne et de son environnement qui va faciliter – ou pas – son adaptation. Comme pour tout, quand on parle de vieillissement, il s'agit de ne pas être trop dogmatique, mais de trouver des compromis pour privilégier le plaisir et à la qualité de vie. ●