Métier et Technique

Appareillage auditif des personnes âgées vivant en EHPAD

Christian RENARD

Audioprothésiste D.E, Lille

Membre du Collège National d'audioprothèse

1. Introduction

Une déficience auditive chez une personne âgée non prise en charge peut entrainer des conséquences négatives sur les fonctions cognitives et le confort de vie. Pourtant, **l'intérêt et le bénéfice potentiel d'une correction auditive sont démontrés**.

Des contraintes spécifiques existent concernant la population en EHPAD, du fait notamment des problèmes de dépendance des personnes âgées résidant dans ces établissements d'hébergement. L'accès à l'appareillage auditif, la gestion quotidienne des appareils et la qualité du suivi prothétique sont souvent négativement impactés par cette perte d'autonomie.

Ces difficultés sont encore accrues pour les personnes qui présentent des troubles cognitifs, pour lesquelles l'évaluation du bénéfice prothétique est souvent plus difficile (« on pense que les aides auditives ne servent à rien, ... »), majorant le risque d'abandon du port de l'appareillage.

Les études menées sur ce sujet indiquent ainsi souvent des problèmes : insuffisance d'actions de repérage des troubles auditifs, difficultés pour l'accès à l'appareillage, difficultés pour garantir le port régulier dans de bonnes conditions, suivi prothétique insuffisant, mauvaises réactions en cas de problèmes avec l'appareillage, ...

Tous les audioprothésistes sont ainsi confrontés dans leur activité quotidienne à des retours d'informations négatifs, souvent transmis par la famille, sur la situation de patients qui avaient été appareillés et suivis avant une entrée en institution.

Dans de nombreux cas, la situation vis-à-vis de l'appareillage auditif s'est dégradée suite à cette entrée en institution, avec un abandon du port de l'appareillage ou un port dans de mauvaises conditions. Souvent, cette dégradation n'est pas liée à un facteur audiologique, mais à la perte d'autonomie du patient qui ne lui permet plus d'accomplir au quotidien les différents actes nécessaires pour pouvoir porter son appareillage dans de bonnes conditions.

S'ajoute à cette difficulté celle liée au déficit dans le suivi prothétique, en raison d'une plus grande dépendance pour les déplacements et les contrôles au laboratoire de l'audioprothésiste.

Il arrive d'ailleurs fréquemment que l'audioprothésiste ne soit jamais informé de l'entrée dans un établissement gériatrique d'un de ses patients, qui ne sera donc plus jamais revu en contrôle prothétique.

Cette problématique de l'appareillage auditif des personnes vivant en EHPAD constitue donc un sujet très important, d'autant que l'évolution démographique va entrainer une augmentation significative du nombre de personnes concernées dans les années à venir.

2. Eléments de référence

En comparaison avec d'autres domaines de l'audiologie, il existe assez peu d'éléments de référence sur le sujet de l'appareillage auditif des personnes âgées en EHPAD.

Des recommandations et guides de bonnes pratiques abordant spécifiquement ou indirectement ce thème, et présentés par différents organismes, sont à prendre en compte : ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des services et établissement Sociaux et Médico-sociaux), BIAP (Bureau International d'Audiophonologie), HAS (Haute Autorité de Santé), SFA (Société Française d'Audiologie), Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, ...

Certaines de ces recommandations traitent de sujets précis, par exemple la recommandation 06/15 du BIAP, qui aborde la formation destinée aux équipes d'hébergement et de service à domicile pour personnes dépendantes utilisant des aides auditives.

D'autres recommandations (par exemple celle de l'ANESM : Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD) ne sont pas consacrées exclusivement à ce sujet, mais de nombreuses analyses concernent des points qui interviennent dans la situation des patients appareillés et qui doivent être pris en considération par les audioprothésistes.

Il est pertinent de noter que tous ces éléments de référence soulignent l'indispensable pluridisciplinarité dans laquelle doivent être menées les actions des différents professionnels concernés. Cela est particulièrement crucial en ce qui concerne l'appareillage auditif, compte tenu des nécessités de repérage, de diagnostic, de procédures d'adaptation d'un appareillage, de manipulation et d'entretien quotidiens, de nécessité de contrôles prothétiques réguliers, ...

Par ailleurs, de nombreuses expériences décrites dans des travaux de thèses, de mémoires, sont également très intéressantes, notamment par les informations positives qu'elles apportent concernant les effets d'actions spécifiques de sensibilisation et de formation des équipes soignantes des EHPAD, surtout lorsqu'elles sont associées à des plans de suivi individualisé des patients appareillés.

3. Les actes de l'audioprothésiste

3.1. Identification des patients en EHPAD

Il faut que l'audioprothésiste identifie ses patients qui résident en EHPAD. Cela peut être le cas au moment de l'appareillage pour les personnes qui résident déjà en établissement et vont se faire appareiller, ou lors du suivi prothétique pour des personnes appareillées qui vivaient à domicile et vont quitter leur logement pour entrer en EHPAD.

3.2. Anamnèse spécifique sur la situation du patient dans l'EHPAD

En complément de son anamnèse habituelle, il faut que l'audioprothésiste interroge le patient et son entourage pour connaître précisément la situation du patient : motif ayant entrainé l'entrée en EHPAD, type d'EHPAD, conditions de vie au sein de l'EHPAD, perte d'autonomie, niveau de dépendance, difficultés rencontrées, mesures prises et aides existantes pour tous les actes de la vie quotidienne, ...

3.3. Prise de contact avec l'équipe de l'EHPAD

Pour chaque patient concerné, **l'audioprothésiste doit se mettre en contact et échanger avec l'équipe de l'EHPAD**.

Cela lui permettra d'identifier et de connaître le rôle des différentes personnes intervenantes auprès du patient. L'audioprothésiste peut alors s'assurer que l'équipe de l'EHPAD est en situation d'apporter l'aide nécessaire au patient appareillé pour la gestion quotidienne de l'appareillage, selon son niveau d'autonomie. Il faut ensuite mettre en place les conditions d'échanges réguliers et adaptés avec l'équipe de l'EHPAD, en lien avec la famille et l'entourage du patient.

Il peut être très utile pour l'audioprothésiste d'axer sa communication **vers un référent spécifique au sein de l'EHPAD**, afin de s'assurer d'un interlocuteur régulier, en mesure de coordonner les échanges et les retours d'information au sein de l'établissement.

3.4. Implication de la famille et de l'entourage dans la démarche d'appareillage et le suivi prothétique

L'implication de la famille et de l'entourage autour du patient en EHPAD est très variable. Dans certains cas, celle-ci est forte, avec des visites fréquentes, des aides régulières, des sorties pour des activités sociales en dehors de l'établissement, ...

Dans certains cas, le patient en EHPAD n'a pas d'autres relations que celles existantes au sein de l'établissement. L'audioprothésiste doit donc prendre en compte la situation particulière de chaque patient.

Lorsque la famille entoure le patient, il doit se mettre en relation avec elle pour l'informer et lui proposer de participer activement à la démarche d'appareillage, aussi bien lors de l'adaptation de l'appareillage qu'au cours du suivi prothétique. Cette implication favorise les conditions d'information, d'échanges et de suivi, et elle permet un lien régulier avec l'équipe de l'EHPAD.

Lorsque la situation d'un patient est plus isolée, l'audioprothésiste doit veiller à ce que les conditions d'échanges avec le patient et l'établissement d'hébergement lui permettent d'être régulièrement informé de la situation prothétique, et immédiatement alerté en cas de problème.

3.5. Aspects administratifs et financiers

Les aspects administratifs et financiers concernant l'appareillage auditif (le coût, les remboursements, le financement...) doivent être parfaitement gérés par l'audioprothésiste, en fonction de la situation du patient :

- Soit le patient est totalement autonome pour la gestion de ses dossiers administratifs et financiers.
- Soit le patient est relativement autonome, mais il bénéficie d'aide et/ou de conseils grâce à son entourage (souvent la famille) qui participe aux décisions, notamment concernant les aspects financiers : dans ce cas l'audioprothésiste doit se mettre en contact avec ces personnes, en lien avec le patient, pour aborder les éléments administratifs et financiers liés à l'appareillage auditif.
- Soit le patient fait l'objet d'une mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle) : dans ce cas, l'audioprothésiste doit se mettre en contact avec le tuteur, le curateur ou le mandataire spécial du patient.

Dans tous les cas, il est essentiel que **l'audioprothésiste s'assure que les éléments administratifs et financiers soient traités au mieux pour l'intérêt du patient**.

Compte tenu de la population concernée, le risque de bris et de perte des appareils auditifs est plus élevé que pour des patients autonomes vivant à domicile. Les conditions de garantie et d'assurance des appareils doivent donc être particulièrement étudiées et adaptées à la situation de chaque patient.

Il peut également être très utile de « marquer » les appareils pour les identifier au patient : si des appareils ont été égarés puis retrouvés dans un EHPAD, ce marquage permet à l'équipe de savoir à qui ils appartiennent. Ce marquage peut être fait directement sur la coque ou le boitier des appareils (initiales du patient par exemple). Dans certains cas et pour certains patients, il peut être proposé « d'attacher » les aides auditives avec un cordon fixé sur les vêtements du patient.

Dans les années à venir, l'évolution et la miniaturisation des techniques de géolocalisation devraient permettre d'utiliser ces outils pour en équiper les aides auditives, afin de les retrouver plus facilement en cas de perte par un patient en EHPAD.

3.6. Mesures de l'autonomie du patient pour la gestion quotidienne de son appareillage auditif

La capacité du patient à gérer seul son appareillage au quotidien doit impérativement être analysée. A cet effet, la grille d'évaluation de la Recommandation BIAP 06/13 (figure 1) propose une analyse sur dix points inhérents à

l'utilisation de l'appareillage auditif et aux possibilités de contacts et de déplacements au laboratoire de l'audioprothésiste.

Cette évaluation permet de mesurer objectivement l'autonomie d'un patient, à tout âge, et pour tout type d'appareillage auditif (aides auditives conventionnelles, implants, aides techniques, ...). Cette analyse peut être réalisée à tout moment et par tous les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès du patient (médecins ORL, gériatre, généraliste, orthophoniste, audioprothésiste, infirmier(e), aide-soignant(e), ...).

Dès que l'évaluation révèle un défaut d'autonomie sur l'un des 10 items de la grille, une solution d'aide doit être trouvée et intégrée à un plan de suivi individualisé du patient appareillé. Cette action doit permettre de s'assurer du port effectif dans les meilleures conditions.

Cette mesure de l'autonomie pour la gestion quotidienne de l'appareillage est un élément majeur pour les patients en EHPAD : cette population est particulièrement concernée par la perte d'autonomie et le taux de personnes non autonomes pour la gestion quotidienne de leur appareillage auditif est élevé.

Les différentes études sur ce sujet soulignent d'ailleurs que cette dépendance est la première cause d'abandon de l'appareillage auditif pour les personnes vivant en EHPAD, et il est essentiel que ces patients bénéficient de cette évaluation, afin de définir et de mettre en place l'aide adaptée par les équipes soignantes de ces établissements.

Pour les personnes autonomes qui peuvent gérer seules leur appareillage, il faut contrôler régulièrement cette aptitude et mettre en place une aide adaptée si la situation se dégrade un jour.

Bureau International d'Audiophonologie — biap

Grille d'évaluation de l'autonomie dans l'utilisation d'un appareillage auditif

Nom et prénom du patient: _____

Date de naissance: ___ / ___ / ___

Situation du patient:

☐ A domicile sans aide ☐ A domicile avec aide _____

☐ Etablissement gériatrique ☐ Etablissement spécialisé ☐ Autre _____

Type d'appareillage:

☐ Contour d'oreille ☐ Intra auriculair ☐ Ecouteur dans le conduit ☐ Life tube
☐ Implant cochléaire ☐ Implant d'oreille moyenne ☐ Implant à ancrage osseux
☐ Autre _____

Nom et prénom de l'évaluateu: _____

Profession de l'évaluateur: _____

Date de l'évaluation: ___ / ___ / ___ **Age du patient au moment de l'évaluation:** ____

1.	Contacter son audioprothésiste	☐ Autonome	☐ A besoin d'aide
2.	Se rendre chez son audioprothésiste	☐ Autonome	☐ A besoin d'aide
3.	Reconnaitre l'aide auditive droite de la gauche	☐ Autonome	☐ A besoin d'aide
4.	Mettre en place l'aide auditive	☐ Autonome	☐ A besoin d'aide
5.	Retirer l'aide auditive	☐ Autonome	☐ A besoin d'aide
6.	Mettre en marche et arrêter l'aide auditive	☐ Autonome	☐ A besoin d'aide
7.	Changer la pile ou l'accumulateur Recharger les aides auditives	☐ Autonome	☐ A besoin d'aide
8.	Nettoyer l'aide auditive quotidiennement	☐ Autonome	☐ A besoin d'aide
9.	Comprendre seul les consignes de port de l'appareillage (retirer l'aide auditive la nuit, lors de la toilette, ...)	☐ Autonome	☐ A besoin d'aide
10.	Percevoir un dysfonctionnement de l'aide auditive (demander au patient de mettre en place l'aide auditive en ayant préalablement enlevé la pile et lui demander si elle fonctionne correctement)	☐ Autonome	☐ A besoin d'aide

Observations

_____
_____
_____
_____

Figure 1 : Recommandation 06/13 du BIAP - Grille d'évaluation de l'autonomie dans l'utilisation d'un appareillage auditif

3.7. Proposition de formation de l'équipe de l'EHPAD

Lorsqu'un audioprothésiste identifie un de ses patients en EHPAD, il doit **proposer une formation à l'équipe soignante**, afin de lui apporter toutes les informations nécessaires pour favoriser la prise en compte du déficit auditif et de l'appareillage de leurs résidents. Cette formation ne doit pas se limiter aux aspects techniques de la gestion quotidienne d'un appareillage auditif, mais au contraire aborder de manière plus générale les éléments liés à l'audition, la communication, ...

La recommandation 06/15 du BIAP aborde les conditions et le contenu d'une formation destinée aux équipes d'établissements d'hébergement et de services à domicile pour personnes dépendantes utilisant des aides auditives. L'objectif de cette formation est de favoriser l'adaptabilité du personnel formé pour permettre une bonne communication avec le patient, un soutien quotidien pour la gestion de l'appareillage et des actions appropriées en cas de problème (doute sur le fonctionnement des aides auditives, panne, difficultés pour le port, bénéfice ou efficacité mauvaise ou dégradée, ...).

Cette recommandation du BIAP précise notamment :

- L'intérêt de la désignation d'un référent au sein de l'établissement pour cette formation. Ce référent peut devenir le formateur de nouveaux collaborateurs au sein de l'établissement, garantissant ainsi une permanence dans la formation des équipes d'encadrement et de soins.
- L'intérêt de présenter des informations théoriques et d'inclure une partie pratique en permettant aux participants de manipuler les aides auditives avec un patient.
- L'intérêt d'actions de repérage des troubles auditifs et de la prise en compte des déficiences pour les personnes concernées avec une communication adaptée.
- L'importance d'identifier les personnes appareillées au sein de l'EHPAD, et de disposer des informations nécessaires (références des appareils, modes d'emploi, coordonnées de l'audioprothésiste pour chaque patient, ...).
- L'importance d'évaluer l'autonomie des personnes appareillées pour la gestion quotidienne de leur appareillage auditif. Les besoins d'aide peuvent ainsi être pris en compte dans le cadre du plan de soins pour chaque résident.
- Les éléments d'échanges et de liaison de l'EHPAD avec l'audioprothésiste et les réactions adaptées en cas de doutes ou de problèmes avec la situation d'un patient appareillé.

3.8. Spécificités de l'appareillage auditif

La recommandation 06/14 du BIAP traite des conditions de la prise en charge prothétique des personnes âgées résidant en EHPAD. Cette recommandation souligne que **cette prise en charge doit être adaptée aux spécificités physiques, cognitives et environnementales de chaque patient** (anamnèse, bilans prothétiques, tests audiométriques, choix prothétique, stratégie prothétique, éducation prothétique, contrôle d'efficacité, interprétation des résultats, ...).

Le fait même qu'une personne réside en EHPAD est en effet le signe d'une situation particulière (en comparaison avec une personne vivant à domicile) qui doit être prise en compte par l'audioprothésiste dans tous les actes de la prise en charge prothétique. **L'objectif est d'apporter au patient en EHPAD la même qualité de prise en charge et de suivi prothétique qu'un patient autonome vivant à domicile**.

Concernant les réglages des aides auditives, il n'y a pas à proprement parler de réglages spécifiques pour les patients en EHPAD, mais il faut que les stratégies de réglages et de programmes soient particulièrement adaptées à ses conditions de vie.

L'audioprothésiste doit donc interroger précisément le patient et son entourage sur les conditions de vie afin de pouvoir adapter précisément la stratégie de réglages et de programmes en fonction des objectifs. Des objectifs précis doivent être fixés et réévalués régulièrement. Les limites d'efficacité de l'appareillage doivent être clairement posées.

Les outils d'analyse des conditions de port d'appareillage (data logging, ...) sont très utiles et ils doivent être exploités dans les échanges avec les personnes intervenant auprès du patient.

L'intérêt de l'adaptation de matériels et d'aides techniques complémentaires à l'appareillage auditif (télévision, téléphone, systèmes audio, ...) doit être envisagé. Si des matériels sont adaptés, leur bon usage et leur fonctionnement doivent faire l'objet de contrôles réguliers.

Concernant ces aides techniques, l'audioprothésiste doit intégrer dans ses analyses non seulement la situation individuelle de ses patients mais aussi la possibilité d'utilisation d'aides collectives. Dans un certain nombre d'activités proposées au sein d'un EHPAD (ateliers, présentations, animations, ...), l'utilisation de matériels techniques utilisables par tous les résidents peut être une aide très utile. Le rôle de l'audioprothésiste peut donc être d'informer et de présenter les différentes aides techniques et adaptations possibles aux référents et responsables d'un EHPAD.

L'intérêt de prises en charge complémentaires à l'appareillage auditif (en particulier par l'orthophoniste) doit être évoqué dès le bilan d'orientation prothétique, si elles ne sont pas encore effectives. Et l'audioprothésiste doit bien évidemment se mettre en contact avec l'orthophoniste pour échanger sur la situation et les prises en charge du patient appareillé.

3.9. Spécificités des tests audiométriques lors des bilans d'orientation et de contrôle d'efficacité prothétique immédiat et lors du suivi prothétique. L'évaluation du bénéfice prothétique

Il n'existe pas de tests audiométriques spécifiques pour les personnes en EHPAD, mais certaines adaptations sont cependant parfois nécessaires.

Par exemple, le port d'un casque lors des épreuves tonales et vocales peut constituer une contrainte importante chez certains patients (gêne physique, sensation d'isolement, volonté de le retirer en permanence pendant les tests, ...) et les différents matériels et outils disponibles (tests aux inserts, modules audiométriques inclus dans les aides auditives type In-Situ Gram, ...) peuvent permettre la passation de ces tests dans des conditions plus favorables.

Lorsque les tests audiométriques doivent être réalisés au sein de l'EHPAD pour un patient en incapacité de se rendre chez l'audioprothésiste, il faut donc que celui-ci dispose de ces matériels lors de son intervention dans l'établissement.

Pour des patients présentant d'importants troubles cognitifs, les tests vocaux habituellement utilisés ne sont souvent pas adaptés, ou ils justifient tout au moins d'une interprétation particulière. Un score favorable lors d'un test réalisé avec des unités vocales courtes et isolées, par exemple un test de mots mono ou dissyllabiques, ne signifie pas automatiquement que le patient retire un bénéfice similaire au niveau de l'intelligibilité dans un contexte de conversation. En effet, les troubles cognitifs vont impacter les résultats aux tests, et il est parfois difficile de distinguer les effets des troubles cognitifs de ceux liés à la déficience auditive.

Au-delà des mesures habituelles (listes vocales), des essais conversationnels en condition naturelle sont donc des éléments d'analyse importants. Ces moments d'évaluation permettent également de sensibiliser l'entourage sur les meilleures modalités de communication avec le patient : les personnes qui verront l'audioprothésiste se placer dans les bonnes conditions (milieu calme, support de la lecture labiale, articulation et débit adapté, ...) pour parler et échanger avec le patient pourront s'imprégner de ces modalités.

Ces situations constituent également un moment privilégié pour fixer et rappeler les limites d'efficacité de l'appareillage : « non, ce patient ne comprend pas tout dans toutes les situations, mais au moins l'appareillage peut apporter une aide dans les circonstances particulières qui seront alors mises en avant ».

3.9.1 Nouveaux outils d'évaluation

Compte tenu de l'évolution de la situation démographique et du nombre croissant de patients appareillés qui vont présenter des troubles cognitifs associés, il est indispensable de développer et d'utiliser de nouveaux outils pour évaluer et contrôler le bénéfice prothétique pour certains des patients résidant en EHPAD.

Pour illustration, citons le **logiciel I DETECT, développé par BARRIERE C., BOUDEELE P. et LECLERCQ F., évolution du test DEM'AUDIO**. Il s'agit d'un outil d'évaluation des performances auditives adapté aux patients Alzheimer, qui utilise une tâche de détection-identification de bruits de la vie quotidienne.

Il permet de mesurer le bénéfice prothétique chez ces patients Alzheimer, en comparant les scores obtenus avec et sans appareillage : il constitue à ce titre un élément pertinent pour contrôler et suivre dans le temps les performances auditives d'un patient Alzheimer appareillé, même chez les patients pour lesquels les tests vocaux ne sont plus réalisables ou plus interprétables.

L'évaluation et les contrôles réguliers du bénéfice prothétique doivent ainsi être adaptés à la situation du patient et aux objectifs de l'appareillage, et il est très important que la famille, l'entourage et l'équipe de l'EHPAD soient régulièrement sensibilisés à ces limites d'appareillage, mais aussi au bénéfice potentiel et aux nécessaires adaptations dans la communication avec le patient appareillé.

3.9.2. Les questionnaires

La plupart des questionnaires utilisés en audiologie ne sont pas adaptés à certaines situations de patients (il est inutile de demander à un patient s'il comprend bien au théâtre, dans la rue ou dans les magasins s'il ne sort jamais de l'établissement d'hébergement dans lequel il réside !). Il faut donc privilégier des questionnements spécifiques individualisés aux conditions de vie de chaque patient.

Dans le cadre de l'évaluation du bénéfice d'appareillage et du suivi prothétique, il peut également être très intéressant d'utiliser des questionnaires de qualité de vie, en choisissant des questionnaires adaptés à la situation des patients.

3.9.3. Le rôle de l'entourage et des autres professionnels dans l'évaluation du bénéfice

Pour certains patients résidant en EHPAD, notamment ceux présentant des troubles cognitifs importants, l'évaluation du bénéfice lié à l'appareillage est parfois difficile, compte tenu des difficultés pour interroger le patient ou interpréter ses réponses.

Il est donc essentiel d'impliquer et d'interroger l'entourage et les autres professionnels pour recueillir leurs analyses et leurs impressions sur les conditions de port de l'appareillage et sur le bénéfice que le patient en retire. L'entourage et les autres professionnels doivent également servir d'alerte en cas de doute sur une difficulté pour le port de l'appareillage ou une baisse de performance ou de bénéfice.

3.9.4. La situation des patients très dégradés

Concernant les interrogations vis-à-vis de l'appareillage auditif, la situation des patients très dégradés est parfois délicate : faut-il les appareiller, pour quel bénéfice, comment justement évaluer l'intérêt de l'appareillage auditif, comment gérer les contraintes de port, ... ?

Les réponses à ces questions sont forcément très individuelles et elles ne peuvent être abordées et posées que dans une démarche interdisciplinaire incluant l'ensemble des professionnels en charge du patient, et prenant en compte l'avis du patient et de son entourage. Quoiqu'il en soit, il faut éviter les deux positions extrêmes qui consistent soit à ne pas appareiller ou ne plus faire porter l'appareillage, soit à vouloir appareiller tout le monde sans prendre en considération la situation individuelle.

Pour certains patients très dégradés, le maintien de l'appareillage auditif peut parfois être remis en question, par exemple pour un patient qui retire immédiatement et systématiquement son appareil (sans raison audiologique), le jette, le mange, ...

Si l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire juge que les contraintes pour le patient dans sa situation particulière sont vraiment très supérieures au bénéfice potentiel, une décision d'abandon du port de l'appareillage peut être prise. Il faut dans ce cas que les positions de l'équipe médicale, du patient et de son entourage soient intégrées dans la décision. Et il est toujours envisageable de remettre en question cette décision en cas d'évolution de la situation du patient, pour à nouveau tenter de faire porter l'appareillage auditif.

3.10. Le suivi prothétique

Les conditions d'un suivi prothétique de qualité doivent être mises en place, avec des contrôles réguliers avec l'audioprothésiste. Entre ces rendez-vous de contrôle, l'audioprothésiste doit s'assurer, par des échanges réguliers avec le patient, sa famille ou l'équipe de l'EHPAD, de la bonne utilisation de l'appareillage au quotidien. Toute information négative sur la situation prothétique du patient doit immédiatement entraîner des actions correctrices de la part de l'audioprothésiste.

3.10.1. Les déplacements de l'audioprothésiste dans l'EHPAD

Pour certains patients en EHPAD, leur situation médicale rend impossible ou très inconfortable les déplacements pour se rendre au laboratoire de l'audioprothésiste. Dans ce cas, il est préférable que l'audioprothésiste se déplace au sein de l'EHPAD pour réaliser les différents actes de prise en charge et de suivi prothétique et il faut dans ce cas solliciter une prescription médicale justifiant l'intervention à domicile.

Ces interventions sur site doivent alors faire l'objet d'une information préalable des responsables de l'établissement d'hébergement, afin d'être adaptées au mieux selon l'organisation de l'EHPAD et la situation individuelle des patients. Lorsque l'audioprothésiste intervient sur place, il doit disposer des matériels audiométriques, informatiques et techniques nécessaires aux différents actes pour l'adaptation et le suivi prothétique des patients.

3.10.2. Télé-Audiologie et plateformes informatiques de suivi des patients

Les évolutions informatiques et technologiques permettent le développement et l'utilisation de nouveaux outils au service de personnes vivant en établissements médicaux et médico-sociaux, c'est notamment le cas des matériels de télé-audiologie et de plateformes de suivi des patients.

Il est donc important que les conditions d'utilisation de ces outils soient précisément évaluées et ajustées afin d'être efficacement exploitées par l'audioprothésiste pour améliorer la qualité de la prise en charge et du suivi de ses patients institutionnalisés.

4. Le rôle de l'audioprothésiste dans une action interdisciplinaire

L'audioprothésiste doit aborder son action et ses interventions dans une approche interdisciplinaire, et il faut que toutes les actions liées à l'appareillage auditif d'un patient en EHPAD soient intégrées dans le plan de soins attaché au patient.

Il est donc essentiel que l'ensemble des professionnels intervenant auprès d'un patient en EHPAD soient informés d'un projet d'appareillage auditif et des conditions d'adaptation et de suivi.

Chaque intervention et chaque contrôle réalisés par l'audioprothésiste doivent donc faire l'objet de compte-rendus destinés aux différents professionnels concernés, l'audioprothésiste devant utiliser les outils et les modalités d'échanges adaptés à chaque situation particulière.

Les contraintes spécifiques liées à l'appareillage (par exemple la nécessité de contrôles otoscopiques réguliers pour s'assurer de l'absence d'encombrements des conduits auditifs et prévenir de bouchons de cérumen) doivent faire l'objet d'attentions particulières, et le médecin traitant du patient et le médecin coordonnateur de l'EHPAD doivent être mobilisés.

Le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge des patients appareillés en EHPAD est essentiel et la complémentarité des actions avec l'audioprothésiste est un des éléments fondamentaux pour qu'un patient retire le meilleur bénéfice possible de son appareillage auditif. Si l'audioprothésiste est amené à prendre en charge un patient qui ne bénéficie pas d'orthophonie, il doit par ailleurs pouvoir interpeler afin qu'un avis orthophonique soit sollicité s'il le juge nécessaire.

Plus globalement, chaque professionnel intervenant autour d'un patient en EHPAD doit être impliqué dans la démarche d'appareillage afin de favoriser l'utilisation quotidienne optimale de cet appareillage et permettre des réactions adaptées en cas de difficultés ou de problèmes, grâce aux échanges réguliers avec l'audioprothésiste.

Ce cadre interdisciplinaire constitue donc un socle essentiel autour duquel doivent s'articuler les actions professionnelles individuelles, dont celles de l'audioprothésiste qui accepte la responsabilité de prise en charge d'un patient malentendant en EHPAD.

5. Bibliographie

Acar B., Yurekli MF., Babademez MA., Karabulut H., Karasen RM., Effects of hearing aids on cognitive functions and depressive signs in elderly people, Archives of Gerontology and Geriatrics, 2011, 52(3), 250-252.

Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des services et établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), Qualité de vie en EHPAD – Volets 1 à 4), 2011-2012.

Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des services et établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD), 2016.

Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des services et établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet EHPAD), 2016.

Atchy C., Lousteau M., Boucceredj K., Taurand S., Taurand T., San Jullian M., Vergnon L. Etude de l'adhésion des sujets déments à un projet d'appareillage auditif, La revue de Gériatrie, 2011, 36(8), 529-539.

Barrière C., Boudeele P., DEM'AUDIO : création et validation d'un test de repérage de la presbyacousie adapté aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie, Lille, 2016.

Bureau International d'Audiophonologie (BIAP), Recommandation 06/13 : Evaluation de l'autonomie dans l'utilisation d'un appareillage auditif, 2013.

Bureau International d'Audiophonologie (BIAP), Recommandation 06/14 : Appareillage auditif de personnes âgées dépendantes, 2014.

Bureau International d'Audiophonologie (BIAP), Recommandation 06/15 : Formation destinée aux équipes d'hébergement et de service à domicile pour personnes dépendantes utilisant des aides auditives, 2014.

Chien W., Lin Fr., Prevalence of hearing aid use among older adults in the United States, Archives of Internal Medicine, 2012, 172(13), 292-293.

Collette J-L., Bouccara D., Demanez L., Exploration auditive centrale, Les Cahiers de l'Audition, 2005, 18(5), 30-35.

Dahan Y., Etat de l'audition en institution : création d'une formation pour le personnel soignant, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'audioprothésiste, Nancy, 2013.

Desfosses C., Prothèses auditives en EHPAD : recommandations de bonnes pratiques et rôle du médecin coordonnateur, Mémoire en vue du diplôme universitaire de médecin coordonnateur, Paris, 2012.

Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale et Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 2007.

Dufour-Kippelen S., Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution, DREES, Etudes et résultats, 2011, N°138.

Durrant J, Collette J-L., Veuillet E., Réhabilitation prothétique du patient atteint d'une maladie d'Alzheimer : une modélisation comportementale, Les Cahiers de l'Audition, 2011, 24(3), 24-27.

François C., Appareillage et suivi prothétique en maison de retraite : influence des différents acteurs de la santé autour de la personne malentendante, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'audioprothésiste, Lyon, 2013.

Givens G., Swanepoel D., Dennis K., Gladden C., Hall J., Hayes D., Ramachandran V., Simon A., Spankovich C., A white paper on the status of tele-audiology. 2016.

Kricos P., Audiologic management of adults with hearing loss and compromise cognitive/psychoacoustic auditory processing capabilities, Trends in amplification, 2006, 10(1), 1-28.

Lin F., Metter E., O'Brien R., Resnick S., Zonderman A., Ferrucci L., Hearing loss and incident dementia, JAMA Neurology, 2011, 68 (2), 214-220.

Lin F. Yaffe K., Xia J., Harris T., Purchase-Helzner E., Satterfield S., Ayonayon H., Ferrucci L., Simonsick E., Hearing loss and cognitive decline in older adults, JAMA Internal Medecine, 2013, 173(4), 293-299.

Madjlessi A., Presbyacousie et 4ème âge - Prise en charge en institution : suivi et formation des personnels, Les Cahiers de l'Audition, 2012, 25(6), 48-49.

Nguyen MF., Bonnefoy M., Adrait A., Gueugnon M., Petitot C., Collet L., Roux A., Perrot X., Efficacy of hearing aids on the cognitive status of patients with Alzheimer's disease and hearing loss : a multicenter controlled randomized trial, Journal of Alzheimer's Disease, 2017, 58(1), 123-137.

Novak R., Gonzales Cantu A., Zappler A. Coco L., Champlin C., The future of healthcare delivery : IPE/IPP audiology and nursing student / Faculty collaboration to deliver hearing aids to vulnerable adults via Telehealth, Journal of nursing & interprofessionnal leadership in quality & safety, 2016, 1(1).

Perrot X., Collette J-L., Aspects centraux de la presbyacousie : Données anatomo-physiologiques et perceptivocognitives, Les Cahiers de L'Audition, 2011, 24(3), 7-11.

Petit C., Perrot X., Collet L., Bonnefoy M., Maladie d'Alzheimer, troubles de l'audition et appareillage auditif : une revue des données actuelles, Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement, 2006, 5(2), 121-125.

Pouchain D., Dupuy C., San Jullian M., Dumas S., Vogel MF., Hamdaoui J., Vergnon L. pour le GRAPsanté, La presbyacousie est-elle un facteur de risque de démence ? Etude AcouDem, La Revue de Gériatrie, 2007, 32(6), 439-445.

Pross S., Bourne A., Cheung S., TeleAudiology in the veterans health administration, Otology & Neurotology, 2016, 37, 847-850.

Renard C., Harichaux M., Etude AUTONOMIA, Les Cahiers de l'Audition, 2017.

Renard C., Martinez JI., Harichaux M., SAGIPHA, Study About Geriatric Institute and Patients with Hearing Aids, Les Cahiers de l'Audition, 2017.

Schow RL., Success of Hearing Aid Fitting in Nursing Homes, Ear and Hearing, 1982, 3(3), 173-177.

Sugiura S., Yasue M., Sakurai T., Sumigaki C., Uchida Y., Nakashima T, Toba K., Effect of cerumen impaction on hearing and cognitive functions in Japanese older adults with cognitive impairment, Geriatric Gerontology International, 2014, 14(2), 56-61.

Vertenstain R., Le personnel soignant des EHPAD perçoit-il l'intérêt de mettre les prothèses auditives chez les patients déments ? Mémoire en vue de l'obtention du DIU Maladie d'Alzheimer et Troubles Apparentés, Paris, 2015.

Willot JF., Aging and the auditory system, anatomy, physiology and psychophysics, 2003.