

Impact du déficit poly-sensoriel et cognitif sur les capacités relationnelles des personnes âgées en EHPAD en période de confinement liée à l'épidémie

Dr Thai Binh Nguyen

Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins, Médecin Coordonnateur EHPAD Chastaingt, CHU Limoges

Travail de réflexion collégial des soignants pluri-professionnels du Centre de gérontologie de Chastaingt, CHU Limoges

1. Le système relationnel de la personne polypathologique (âgée ou non) ou polydéficiente est fragile

Le système relationnel d'un être humain est complexe, singulier, et repose sur le recueil des informations par l'intermédiaire des sens (vue, audition, toucher, odorat...), et de l'analyse de ces informations par le système cognitif (mémoire émotionnelle, épisodique, planification...). Le comportement du sujet en est la résultante.

La polypathologie peut entraîner des déficits sensoriels, qu'elle soit liée à une pathologie (diabète avec neuropathie sensitive et rétinopathie par exemple), ou l'association de pathologies sensorielles fréquentes (glaucome ou DMLA associé à une presbycousie). Les déficits sensoriels peuvent être partiels, mais souvent associés.

➤ **Les déficits sensoriels associés à l'âge, du fait du vieillissement naturel ou de pathologies fréquemment observées chez le sujet âgé.**

- Vision : presbytie et autres pathologies fréquentes avec l'âge, de l'acuité visuelle et de la perception de l'axe bleu-jaune-vert.
- Audition : Presbycousie avec perte d'audition importante touchant près de la moitié des personnes âgées de + de 80 ans
- Goût : la diminution de la sensibilité gustative est très hétérogène. La préférence pour le goût sucré ferait partie des facteurs psycho-affectifs. Certains traitements altèrent ce sens.
- Odorat : une diminution de la sensibilité olfactive survient chez plus de la moitié des 60-80 ans, jusqu'à 75% après 80 ans. Néanmoins, d'après Roland Covelet, l'olfaction est le sens qui reste le plus longtemps, notamment dans la maladie d'Alzheimer.
- Toucher : La diminution de la couche hypodermique peut altérer les perceptions tactiles, en particulier thermo-algique et de la pression. Les pathologies neurologiques périphériques ou centrales altèrent le toucher. C'est toutefois le sens qui reste le plus longtemps et qui aide à la communication quand les autres sens sont défaillants.

➤ **Les déficits des modalités relationnelles sont également fréquents**

- Parole (limitation de la phonation, manque du mot, diminution du répertoire)
- Marche et équilibre
 - Proprioception : Diminution du nombre de récepteurs proprioceptifs et pathologies de l'appareil locomoteur (arthrose, fracture) ou neurologiques (syndromes extrapyramidaux) perturbent la proprioception,
 - Système vestibulaire : le vieillissement du système vestibulaire,
 - Dénutrition et sarcopénie : Conséquences du vieillissement naturel et de la polypathologie.

➤ **Les pathologies neuro-dégénératives** altèrent les facultés de compréhension et d'analyse de l'information et potentiellement aggravées par les troubles psychiatriques (dépression) ou la polymédication.

➤ **Les personnes âgées ont une capacité adaptative diminuée**

Malgré ces déficits souvent multiples, incomplets et hétérogènes, les personnes âgées arrivent à un équilibre relationnel se fondant sur les capacités sensorielles, relationnelles et cognitives restantes. Néanmoins, la fragilité de la personne âgée ne lui permet pas de restaurer à temps cet équilibre lors d'une modification brusque d'un des éléments constitutifs : sensorielle, relationnelle ou cognitive.

Selon les travaux de Gonzalez autour des **privations sensorielles, la rareté ou la faiblesse des sollicitations extérieures engendrent des difficultés attentionnelles, compliquent les relations sociales et facilitent ainsi le repli ou la dépression. Les troubles mnésiques sont aggravés et les états confusionnels sont favorisés avec leur cortège de troubles comportementaux.**

Une modification insidieuse des habitudes peut donner naissance à un abandon des activités pouvant être considérées comme non appréciées mais nécessaires. Ainsi, une atteinte rapide des sens raréfie les sources de plaisir et provoque une perte de l'élan vital. Les sens sont à l'origine du plaisir de vivre. Ils apportent un intérêt aux activités, du plaisir, de la gratification.

2. L'épidémie de COVID entraîne des modifications dans le système relationnel de la personne âgée hébergée en EHPAD

➤ **Par les aspects psychologiques et l'altération des relations avec les familles et les soignants**

○ Les mesures visant à limiter la diffusion du virus altèrent les liens : la distanciation physique, les gestes barrière, le toucher « robotisé », manque de la présence affective des proches.

○ La séparation des proches, tout comme l'absence d'un toucher relationnel ont un impact sur le **sentiment d'exister**, d'être en vie. Cet ensemble génère un **effondrement psychocorporel** (ou plus communément un syndrome de glissement), surtout chez les personnes présentant un trouble cognitif et/ou sensoriel. Il est comparable à l'**hospitalisme** où l'on observe trois phases : protestation, désespoir et détachement. Le toucher *a contrario* peut générer des angoisses : l'haptophobie (la crainte de toucher ou d'être touché) et de la mysophobie (la peur d'être en contact avec les germes), ce qui entraîne une volonté de protéger son espace personnel et son intégrité, favorisant le repli sur soi et l'opposition aux soins du corps.

○ **L'environnement spatial et relationnel** (rupture avec habitudes - plaisir de partager un repas par exemple - et environnement extérieur) **se retrouve considérablement réduit** : la personne tend ainsi vers **l'immobilité** soit par un manque de stimulations sensori-motrices (stimulation sensorielle et physique) soit par **l'incapacité à initier le mouvement sans autrui et/ou par manque d'espace dû au confinement**.

○ La mise en place de « renfort » au sein du personnel peut aussi perturber le résident en lien avec ses difficultés de reconnaissance et d'adaptation ce qui peut mener à une rupture du lien avec les équipes soignantes.

➤ **Par les modifications sensorielles liées à l'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI)**

○ Le port du masque est à l'origine d'un **manque d'identification** du personnel par les résidents, il peut également provoquer des troubles la communication. La personne âgée perd des moyens complémentaires de compréhension comme la capacité de lire sur les lèvres ou voir les expressions du visage. La voix est étouffée. Une sensation de distance physique peut être également perçue par ce port

du masque. Les personnes âgées peuvent se sentir comme dangereuses pour les soignants. Un sentiment de culpabilité peut alors émaner.

- La distanciation physique rend la communication en cas d'hypoacousie plus difficile. Le patient peut alors avoir l'impression de ne pas être entendu, écouté, compris, ce qui peut mener à un repli sur soi. Il peut ne plus chercher à amorcer la conversation et se renfermer dans un sommeil « d'occupation ».
- Le port des gants à long terme peut modifier les sensations (contact, pression, chaleur...) du toucher qui sont essentielles dans la relation. L'aspect du stress chez les soignants peut aussi aboutir à une impression de toucher « robotisé » (toucher sans affection, toucher purement technique, soignant).

Les incertitudes sur l'évolution de l'épidémie installent l'utilisation des EPI (maques gants...) sur un temps long, ce qui est une situation inédite.

3. Les conséquences

- **Pathologies somatiques** : augmentation des douleurs, une perte de capacités psychomotrices
- **Pathologie psychiatriques**
 - Dépression
 - Troubles du comportement (anxiété, agressivité, agitation, inhibition...), des changements d'attitude, des complications somatiques, un désinvestissement corporel et relationnel. Tous ces éléments sont à considérer comme des appels à l'aide qui ne sont pas verbalisés car inconscients ou non verbalisables.
 - Stress post-traumatique
 - Sensation d'abandon
 - **Perte d'autonomie** liée au repli sur soi, limitation des sollicitations, manque de motivation (pas de visite). Perte de l'autonomie des AVQ (marche transfert, toilette, continence, repas).
 - **Perte de poids et dénutrition**

Une évaluation des conséquences psychologiques et somatiques des résidents de l'EHPAD/USLD de Chastaingt montre qu'environ 35% des résident souffrent d'une manière ou d'une autre des conséquences de la période actuelle (à ce jour, l'EHPAD est indemne d'infections par le COVID). Néanmoins, nous observons parfois une amélioration de l'état de certains résidents au cours du confinement. Certains d'entre eux mobilisent aussi des ressources tirées de leurs expériences de vie (guerre, épisodes douloureux...)

Les mesures correctives déjà mises en place

- Repérage des résidents en souffrance
- Renfort de personnel, cellule de soutien psychologique
- Poursuite des animations et rééducations individuelles
- Diminution de la rupture avec les proches par la visio conférence et organisation des visites
- Evaluation de l'impact des visites de familles

4. Questionnements

Comment limiter les effets négatifs observés en cas de prolongement de l'épidémie ?

La prise de conscience et la réaction sont indispensables car nous allons vers des effets adverses importants et massifs (35% des résidents) de la limitation sensorielle et sociale.

Les axes de travail possibles

- a. Evaluation des risques.
- b. Réfléchir sur les moyens à long terme de limiter les déséquilibres sensoriels.

- Dépistage et traitement des troubles sensoriels du SA.
- Prise de conscience et modification des pratiques, action sur le personnel soignant (formations aux méthodes de médiations, de relaxation, soutien des professionnels) = améliorer la communication et le toucher « social » tout en évitant les risques de transmission d'agents infectieux.
- Intégrer le volet relationnel dans l'élaboration des protocoles d'isolement et la conception des matériels de protection (qui permettent de limiter les effets décrits), et de communication en prenant en compte les déficits sensoriels (matériel de visio conférence, ...)
- Progressivité dans le déconfinement, réinventer des espaces de convivialité.

Bibliographie :

1. Covelet R. (2007). Prendre enfin conscience des enjeux et déficits sensoriels des personnes âgées, *Gérontologie et société*. Vol. 30 n°123, pp 249-262.
2. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-249.htm>
3. Albaret J. M., & Aubert E. (2001). Vieillesse et psychomotricité. Louvain-la-Neuve, Belgique : Collection psychomotricité, De Boeck Supérieur.
4. Ponton G. (2019). La prévention des chutes du sujet âgé, un avenir pour les psychomotriciens. Dans Vachez-Gatecel A., & Valentin-Lefranc A., *Le grand livre des pratiques psychomotrices*, pp. 375-381. Malakoff, France : Dunod.
5. Lefèvre C. (2019). Eléments de la géronto-psychomotricité : la maladie d'Alzheimer et la psychomotricité. Dans Vachez-Gatecel A., & Valentin-Lefranc A., *Le grand livre des pratiques psychomotrices*, pp. 371-374. Malakoff, France : Dunod.
6. <http://sens-public.org/articles/512/> La conscience corporelle chez l'enfant ou le temps vécu par Jean-Paul Pes