

UNIVERSITE PARIS DESCARTES

PERTINENCE du DEPISTAGE SYSTEMATIQUE
des
TROUBLES VISUELS et AUDITIFS
chez les
PERSONNES AGEES en EHPAD*

Dr Alain VAQUIER et Dr Ling ZHOU

DIU

Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur
d'EHPAD*

(*Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

Année 2017-2018

Directeur de Mémoire : Dr Annie FORESTIER

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier **tous les Résidents** qui ont participé ou non à l'étude ainsi que :

- **le Docteur Annie Forestier**, Directrice de la Résidence des Chênes d'Or, et ancien Médecin Coordonnateur, pour avoir été l'initiatrice de ce travail et pour son aide lors de la rédaction de ce Mémoire,
- **le Docteur Michel Rentien**, Ophtalmologue, pour avoir supervisé la partie relative aux troubles de la vision,
- **les Investigateurs de chez « Visiome » et « Voluméo »**, pour leur compétence et leur transmission du savoir,
- **Monsieur Guillaume Jedynak**, Cadre infirmier, pour son implication,
- **Madame Katia Bossuyt**, Assistante Administrative, pour sa participation active à la présentation et à la mise en page de notre travail.
- **l'Equipe soignante et non soignante de la Résidence des Chênes d'Or**, pour leur coopération.

Nous dédions ce Mémoire à **nos Conjoints, à nos Enfants et Petits Enfants, à nos Parents et Familles respectives** en témoignage de notre amour.

Qu'ils en soient les heureux détenteurs !

PERTINENCE DU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE
des TROUBLES VISUELS et AUDITIFS
chez les PERSONNES AGEES
en EHPAD*

(*Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

**PERTINENCE du DEPISTAGE SYSTEMATIQUE des TROUBLES VISUELS et
AUDITIFS chez les PERSONNES AGEES en EHPAD**

<u>I-INTRODUCTION</u>	P.1
1-Dépendance	P.1
2-Pathologie démentielle, source de Dépendance	P.1
3-Autres Pathologies pouvant conduire à la Dépendance ou l'aggraver	P.2
4-Facteurs aggravant la Dépendance	P.2
5-Description de l'EHPAD des Chênes d'Or	P.3
<u>II-DEPISTAGE SYSTEMATIQUE VISUEL</u>	P.4
1-Etat des lieux de la Malvoyance	P.4
2-Définition de la Malvoyance, de la cécité et de la basse vision	P.5
3-Vieillessement oculaire physiologique	P.6
4-Description et Mécanisme des troubles de réfraction oculaire	P.6
5-Etiologie des Pathologies oculaires les plus fréquentes en EHPAD	P.9
6-Citons à part	P.12
7-Répartition des étiologies des troubles visuels les plus fréquents chez nos aînés	P.13
8-Méthode	P.13
9-Résultats du dépistage visuel aux « Chênes d'Or »	P.17
<u>III-DEPISTAGE SYSTEMATIQUE AUDITIF</u>	P.20
1-Etat des lieux de la Malentendance	P.20
2-Définition de la Malentendance	P.21
3-Vieillessement physiologique de l'appareil auditif	P.21
4-Description et Mécanisme des troubles auditifs selon le type de surdité	P.22

5-Etiologie des troubles auditifs les plus fréquents en EHPAD	P.24
6-Répartition des étiologies des troubles auditifs les plus fréquents chez nos aînés	P.26
7-Méthode	P.27
8-Résultats du dépistage auditif aux « Chênes d'Or »	P.28
<u>IV-DISCUSSION</u>	P.31
1-Analysons dans un premier temps les réponses des familles à la demande de consentement du dépistage	P.31
2-Y a-t-il un intérêt pour les Investigateurs à réaliser ce dépistage ?	P.33
3-Quels sont les facteurs à prendre en compte pour permettre l'obtention d'un bénéfice durable et une observance de qualité chez nos résidents appareillés ?	P.33
4-Reste la question et le problème d'un délai d'obtention d'un rendez-vous chez un spécialiste de la vision ou de l'audition ?	P.34
5-Quelle conclusion peut-on faire sur l'aspect comparatif des résultats du dépistage visuel retrouvés aux « Chênes d'Or » par rapport à ceux relevés au sein de 252 EHPAD explorés par la Société VISIOME ?	P.35
6-Y a-t-il un intérêt économique à corriger les troubles neurosensoriels chez la personne âgée en EHPAD ?	P.36
7-Aparté sur l'amélioration de la participation active des résidents au sein de « La Chorale des Chênes d'Or » après dépistage et correction des troubles visuels et auditifs	P.36
<u>V-CONCLUSION</u>	P.37
<u>ANNEXES et BIBLIOGRAPHIE</u>	

I-INTRODUCTION

Les troubles neurosensoriels augmentent la fragilité, accentuent la dépendance et aggravent les troubles cognitifs (1) des personnes âgées résidant en Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) d'où l'importance d'un dépistage précoce suivi si possible d'une correction rapide de ces déficits à l'aide de prothèses visuelles ou auditives.

Les résidents en EHPAD sont majoritairement classés GIR (groupe iso ressource) 4 à 1, ce qui signifie qu'ils présentent une dépendance de degré moyen à sévère.

Deux tiers d'entre eux sont déments (2). La moitié des résidents est déprimée (3).

C'est une population rendue également fragile par une polypathologie.

1-Dépendance

Trois types de dépendances existent physique, psychique et sociale. Elles peuvent être associées.

La perte d'autonomie ou dépendance se définit par l'impossibilité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante, dans son environnement habituel.

En EHPAD, une évaluation réalisée par la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso ressources) va renseigner sur le degré de dépendance. Elle s'appuie sur plusieurs items qui précisent la réalisation ou non des fonctions de la vie quotidienne.

2-Pathologies démentielles, source de Dépendance

La démence est un syndrome qui se caractérise par des troubles de la mémoire, un syndrome aphaso-apraxo-agnosique et une perturbation de l'activité fonctionnelle.

Différentes étiologies peuvent être retrouvées : (Alzheimer 60 à 70%), démence vasculaire (post-accidents vasculaires cérébraux), démence fronto-temporale (dégénérescence des lobes frontaux), démence à corps de Lewy (dépôts de protéines anormales dans les cellules nerveuses).

D'autres maladies peuvent évoluer vers une démence telles la maladie de Parkinson, la maladie de Huntington, l'hypoxie cérébrale, les anomalies toxiques et métaboliques, les lésions ou infections cérébrales, l'aphasie primaire progressive (avec troubles du langage prépondérants).

3-Autres pathologies pouvant conduire à la Dépendance ou l'aggraver

Nous ne ferons que les citer. Il s'agit de pathologies pouvant limiter les déplacements :

Pathologies cardio-respiratoires (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire ...)

Pathologies altérant l'appareil locomoteur (fracture ; arthrose ; hémiplégie ...)

ou encore des pathologies s'associant à des troubles mnésiques et cognitifs

Pathologies neuro-psychiatriques et troubles anxio-dépressifs.

4-Facteurs aggravants la Dépendance

4.a *Troubles neurosensoriels*

Les troubles de la vision et de l'audition sont des facteurs accentuant la dépendance chez les personnes âgées en EHPAD.

Par ailleurs le risque relatif de développer des troubles cognitifs est deux fois plus élevé chez les personnes atteintes de troubles auditifs et cela quel que soit le sexe (4).

En institution, les déficits sensoriels ont tendance à se majorer d'où l'importance de leur prise en charge précoce.

Il peut exister à domicile, antérieurement à l'institutionnalisation, un phénomène de compensation qui va disparaître avec la perte des repères familiaux.

La désorientation temporo-spatiale (DTS) n'a de sens qu'en l'absence de trouble de l'acuité visuelle ou auditive.

Il faudra, dans tous les cas, réévaluer ce trouble de repérage une fois les déficits sensoriels pris en charge et corrigés de façon optimale.

L'isolement sensoriel augmente la dépendance, entraîne un repli sur soi, une anxiété, parfois une dépression pouvant aboutir à une grabatisation.

La perte de l'audition tout comme celle de la vision peut donc accélérer le déclin cognitif s'il est déjà préexistant.

La double déficience visuelle et auditive est plus dramatique car elle prive le sujet d'un phénomène de compensation.

Au stade de dépendance en institution, il faut rappeler l'importance de sensibiliser l'équipe soignante et les autres intervenants aux handicaps neurosensoriels des résidents.

Le soignant doit s'adapter au déficit auditif du résident, la stimulation verbale avec sonorité renforcée est essentielle pour permettre une meilleure compréhension.

Une fois les troubles sensoriels pris en charge, on peut espérer une diminution du degré de dépendance.

Cependant la correction sensorielle doit s'accompagner d'une réhabilitation (refaire ce que l'on ne faisait plus, entendre ce qui était devenu inaudible, comprendre ce que l'on ne comprenait plus, voir ce qui était devenu invisible...).

Les capacités restantes doivent être au moins préservées au mieux renforcées.

Un tiers des EHPAD seulement déclare procéder de façon systématique au dépistage des troubles auditifs et visuels.

Il doit s'agir d'une démarche continue de prévention et de qualité qui doit s'inscrire dans le projet de soin lui-même inclus dans le projet d'établissement.

5-Description de l'EHPAD des « Chênes d'Or » :

La Résidence des « Chênes d'Or » est un EHPAD Public classique dépendant d'un CCAS et pouvant héberger 69 Résidents. Au sein de ses murs, il n'existe pas d'autre unité rattachée tel un PASA (Pôle d'activité et de soins adaptés) ou une Unité protégée.

Nous possédons 20 places habilitées à l'Aide Sociale.

Géographiquement, cet établissement est situé dans la commune du Chesnay, près de la ville de Versailles, dans les Yvelines, donc en milieu plutôt favorisé.

Les résidents sont pour la plupart des habitants du Chesnay ou des alentours.

La prévention étant un élément important inclus dans notre projet d'Etablissement, et les troubles neurosensoriels ayant un impact sur l'aggravation de la Dépendance, il nous a semblé essentiel d'entreprendre un dépistage systématique des troubles visuels et auditifs chez nos résidents.

Cette option résulte aussi des difficultés qu'occasionnent les déplacements des résidents et des longs délais de prise de rendez vous chez les spécialistes de la Vision et de l'Audition.

II-DEPISTAGE SYSTEMATIQUE VISUEL

1-Etat des lieux de la Malvoyance

« La prévalence des déficiences visuelles, au plan National, augmente avec l'âge :

Avant 50 ans, tous degrés de sévérité confondus, moins de 2% de la population est déficiente visuelle.

A partir de 60 ans, la prévalence des déficiences visuelles augmentent avec près de 5% à 60 ans, 20% à 85 ans, 38% à partir de 90 ans.

Par conséquent, les déficients visuels sont majoritairement des personnes âgées : 61% sont âgées de plus de 60 ans ou plus de 39% sont âgés de 75 ans et plus.

La proportion des personnes âgées est d'autant plus importante que la déficience visuelle est sévère : 61% des personnes ayant une déficience profonde ou totale sont âgées de 75 ans et plus.

Quatre déficients sur cinq présentent plusieurs déficiences associées (motrice, auditives, du langage, viscérales ou métaboliques, intellectuelles ou psychiques). » **(5 et 6)**

La déficience visuelle entraîne de multiples difficultés fonctionnelles qui peuvent altérer gravement l'autonomie de la personne âgée dans l'exécution des activités de la vie quotidienne (7). Elle est également responsable de l'augmentation en fréquence des chutes.

2-Définition de la Malvoyance, de la cécité (8) et de la basse vision selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

Catégorie I : Baisse de la vision avec déficience moyenne

$1/10 \leq$ acuité visuelle binoculaire corrigée $< 3/10$ et champ visuel ≤ 20 degrés

Catégorie II : Baisse de la vision avec déficience sévère

$1/20 \leq$ acuité visuelle binoculaire corrigée $< 1/10$

Catégorie III : Cécité avec déficience profonde

$1/50 \leq$ acuité visuelle binoculaire corrigée $< 1/20$

ou $5 \text{ degrés} < \text{champ visuel} < 10 \text{ degrés}$

Catégorie IV : Cécité avec déficience presque totale

Acuité visuelle binoculaire corrigée $< 1/50$ et perception lumineuse préservée

ou champ visuel $< 5 \text{ degrés}$

Catégorie V : Cécité avec déficience totale

Cécité absolue. Absence de perception lumineuse

Concept de basse vision :

Il s'agit d'une spasticité du système nerveux central et des mécanismes d'adaptation sensitivo-motrice. La non stimulation des récepteurs cérébraux entraîne une désadaptation de ces capteurs et une désafférentation.

Les modifications sensorielles dues au vieillissement affectent la réception du message et le traitement de l'information. Il peut survenir une compensation avec adaptation cérébrale.

Celle-ci peut être bouleversée par un changement de mode de vie avec perte des repères.

C'est pourquoi, devant toute déficience visuelle, un bilan doit être réalisé le plus précocement possible pour espérer, une fois le déficit pris en charge et corrigé, une possible récupération.

3-Vieillessement oculaire physiologique :

Le vieillissement naturel s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie) gênant la lecture de près. Ce processus débute en fait dès l'enfance mais les conséquences fonctionnelles n'apparaissent que vers la cinquantaine. Il se produit aussi une opacification du cristallin qui, elle, débute à un âge plus tardif avec retentissement sur la vision (cataracte).

En outre d'autres structures vieillissent :

La peau (avec ses pathologies palpébrales : entropion, ectropion)

La synthèse lacrymale (sécheresse lacrymale)

L'angle irido-cornéen (le glaucome)

Les phénomènes naturels du vieillissement ayant été évoqués, nous allons étudier désormais les mécanismes des troubles de réfraction puis les pathologies oculaires les plus fréquentes chez la personne âgée.

4-Description et Mécanismes des troubles de réfraction oculaire

4.a La Presbytie

Il s'agit d'une perte du pouvoir d'accommodation pour la vision de près.

Ce phénomène nous concerne tous à partir de 45 ans.

La Presbytie se traduit par une incapacité à déchiffrer les petits caractères de près et à lire si la luminosité est insuffisante. Le sujet éloigne son livre afin de distinguer les lettres ou s'écarte de l'ordinateur pour la même raison. Il s'agit d'un processus de vieillissement normal de l'œil et plus particulièrement du cristallin qui se sclérose progressivement. Il devient alors difficile de focaliser de près.

4.b *La Myopie*

Une personne myope voit flou en vision de loin, mais voit bien en vision de près (s'il n'y a pas d'autre trouble visuel). Il n'existe pas de possibilité physiologique d'auto-compenser ce trouble de la vision de loin.

La Myopie n'est pas une pathologie oculaire, c'est un défaut visuel.

En France, 29% de la population serait myope. La Myopie apparaît généralement pendant l'enfance ou l'adolescence. Il est donc primordial de faire vérifier tôt sa vue puis pendant toute sa vie, de façon régulière.

Ce phénomène peut être lié à une longueur excessive du globe oculaire. On parle alors de myopie axiale. Mais la Myopie peut être due aussi à un œil trop puissant.

Enfin la Myopie d'indice résulte, elle, d'un excès de convergence des faisceaux lumineux au niveau du cristallin.

Dans tous les cas, un appareillage est nécessaire.

Dans la myopie forte, la distension oculaire peut s'accompagner de pathologies graves du globe oculaire (Cataracte, Dégénérescence Maculaire myopique, Décollement de rétine).

4.c *L'Hypermétropie*

La vision de loin est généralement bonne, mais la vue de près est fatigante et se trouble malgré un effort d'accommodation.

L'hypermétropie est également un défaut visuel.

Environ 9% des Français de tout âge seraient hypermétropes.

Un œil hypermétrope est un œil géométriquement trop petit. On parle alors d'hypermétropie axiale.

Il peut être aussi insuffisamment « fort » en puissance dioptrique. Il s'agit dans ce cas d'hypermétropie d'indice.

Dans tous les cas, un appareillage est nécessaire.

4.d L'Astigmatisme

L'astigmatisme n'est pas une pathologie oculaire, mais un défaut visuel.

En France, 15% de la population serait astigmatique.

Un œil astigmatique est un œil dont la cornée a une courbure « torique » comparable à un ballon de rugby au lieu de « sphérique » telle une balle de tennis.

L'astigmatisme lié uniquement à cette géométrie particulière de la cornée est appelé astigmatisme cornéen.

Mais l'astigmatisme peut être lié à la même particularité géométrique mais cette fois-ci au niveau du cristallin, on parle alors d'astigmatisme interne.

De la combinaison des deux résulte l'astigmatisme total. La vision est imparfaite voire floue et déformée aussi bien en vision de loin qu'en vision rapprochée.

L'astigmatisme s'accompagne souvent d'une myopie ou d'une hypermétropie.

Dans tous les cas, un appareillage est nécessaire.

5-Etiologie des Pathologies oculaires les plus fréquentes en EHPAD

5.a *La Cataracte*

Il s'agit d'une opacification du cristallin, qui brouille la vision et gêne la reconnaissance des objets et des personnes. Ce trouble de la vue est accentué par l'exposition à la lumière.

L'évolution est progressive sur plusieurs années avec baisse de l'acuité visuelle.

La vision de loin est diminuée alors que la lecture de près reste longtemps possible.

Désormais, on n'attend plus une baisse confirmée de l'acuité visuelle pour pratiquer une intervention de la Cataracte. L'intervention permet aussi de corriger la Myopie, l'Hypermétropie et la Presbytie souvent associées à la Cataracte.

L'intervention consiste en l'ablation du cristallin et de son remplacement par une lentille artificielle rétablissant la transparence. La mise en place peut se faire dans la chambre antérieure en cas d'hyperpression intra oculaire dans la chambre postérieure (Glaucome).

5.b *La DMLA (Dégénérescence maculaire liée à l'âge) (forme sèche, humide...)*

« Principale cause de malvoyance après 50 ans dans les pays industrialisés.

La prévalence globale de la maladie est de 8% après 50 ans. Cette prévalence globale augmente progressivement avec l'âge : ainsi elle est d'environ 1 à 2% entre 50 et 60 ans, 10% entre 60 et 70 ans, 25% entre 70 et 80 ans, et supérieure à 50% après 80 ans **(5 et 9)** ». Il s'agit d'une maladie dégénérative d'une partie de la rétine (la macula) qui apparaît entre 50 et 65 ans, et qui réduit nettement les capacités visuelles avec apparition d'un scotome central.

La DMLA ne rend jamais totalement aveugle puisque la partie périphérique de la rétine reste intacte.

Il existe une forme sèche précoce et une forme humide tardive.

Seule la forme humide dite exsudative ou néo-vasculaire est en partie traitable par injections d'anti-VEGF (facteur de croissance).

Le risque évolutif est la survenue d'hémorragies rétinienne.

La DMLA touche le plus souvent un œil mais un risque de bilatéralisation est possible.

Le diagnostic peut être évoqué au fond d'œil (FO).

Le test de la grille d'Amsler révèle des déformations des lignes médianes avec possibilité de scotome central. L'acuité visuelle est diminuée.

Malgré le traitement, l'évolution peut se faire vers la forme atrophique.

La thérapie cellulaire et la rétine artificielle à l'étude sont des espoirs thérapeutiques.

5.c Le Glaucome

La prévalence du glaucome augmente avec l'âge. Elle est variable chez les Caucasiens (Race blanche) selon les publications : de 1,8% dans l'étude de Baltimore chez les plus de 60 ans (**10**), à 3,4% dans l'étude de Beaver Dam chez les plus de 65 ans (**11**).

Pour une définition moins restrictive du Glaucome (glaucome défini ou probable), la prévalence passe à 4,2%, et 7% dans ces 2 études (**10 et 11**).

Il s'agit d'une hypertension intra-oculaire résultant d'une obstruction du filtre d'évacuation de l'humeur aqueuse et qui, par hyperpression, atteint le nerf optique en provoquant un rétrécissement du champ visuel. Il touche 1% de la population âgée de plus de 40 ans et constitue la seconde cause de cécité dans les pays développés après la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

Le glaucome concerne plus d'un million de personnes en France. Il existe un glaucome à angle ouvert dit glaucome chronique (touchant habituellement les 2 yeux) d'évolution plus lente et un autre à angle fermé dit glaucome aigu (avec atteinte en règle d'un seul œil) qui est une urgence.

Le trouble de la vision consiste en l'apparition d'une vision tubulaire avec perte du champ visuel périphérique.

Le diagnostic repose sur la mesure de la pression intra oculaire, sur le FO avec mise en évidence d'une papille pâle, sur une gonioscopie (étude visuelle d'un angle irido-cornéen) et sur l'examen au microscope du nerf optique et de la macula.

Le traitement médicamenteux comprend des collyres à base de B-bloquants ou de Prostaglandines voire si insuffisant indication d'une chirurgie au laser en ambulatoire.

5.d *La Rétinopathie diabétique :*

Cette maladie survient en tant que complication évolutive d'un diabète déséquilibré.

Une glycémie trop élevée détériore progressivement les vaisseaux sanguins de la rétine, entraînant une vision parcellaire pouvant aller jusqu'à une perte progressive de la vision.

Il se doit de stabiliser les lésions débutantes dans le cas de Maculopathie oedémateuse avec extravasation à partir de microanévrismes. Le traitement utilisé est la photo-coagulation au Laser.

Dans le cas d'une Rétinopathie diabétique proliférative avec hémorragie du vitré, une vitrectomie peut être indiquée par geste chirurgical.

L'autre forme est la Maculopathie ischémique avec obstruction des capillaires.

A l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement de cette forme pathologique.

5.e *Le Décollement de rétine :*

Le décollement de rétine correspond à un clivage entre les deux feuillets de la rétine.

Il se crée alors un espace entre les feuillets interne et externe qui se remplit de liquide intraoculaire.

Les facteurs augmentant le risque de décollement de rétine sont :

La Myopie, le Diabète, l'Age supérieur à 40 ans, l'Hypertension artérielle sévère, les Traumatismes oculaires et les Antécédents personnels et/ou familiaux de Décollements de rétine.

Les symptômes les plus fréquents sont l'apparition d'un voile noir sur une partie ou l'ensemble du champ visuel, l'apparition d'un éclair lumineux souvent bleuté et fixe, une déformation de l'image, une vision floue et atteignant qu'un seul œil.

Le diagnostic se fait au fond d'œil.

Il s'agit d'une pathologie nécessitant une prise en charge urgente chirurgicale.

6-Citons à part :

6.a *L'Hémianopsie Latérale Homonyme (HLH)*

Il s'agit d'une perte de la vision dans une moitié de champ visuel qui se situe du côté opposé à la lésion cérébrale l'ayant entraînée (accident vasculaire, tumeur...).

Une lésion cérébrale à droite entraîne une HLH à gauche.

6.b *La Diplopie de la personne âgée*

La Diplopie est la sensation de voir double. Elle peut ne toucher qu'un seul œil ou les deux. La Diplopie d'un seul œil persiste quand on ferme l'œil qui n'est pas responsable du trouble. On peut retrouver cette symptomatologie dans la Cataracte ou dans la Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

La Diplopie des deux yeux disparaît quand on occlut un œil.

Il s'agit d'un défaut de coordination.

Quant à la **Diplopie aiguë de la personne âgée**, il s'agit d'une paralysie oculo-motrice liée à une pathologie vasculaire ou tumorale.

Forme binoculaire :

Elle survient habituellement chez un sujet de plus de 55 ans et est due à la paralysie d'un nerf crânien secondaire à une thrombose (Diabète, Hypertension artérielle, Tumeurs, Hypercholestérolémie...).

Forme monoculaire :

Elle peut s'observer dans la Cataracte ou dans les cas de Taie de la cornée associée à une photophobie.

7-Répartition des étiologies des troubles visuels les plus fréquents chez nos aînés (12)

Défaut de réfraction non corrigés (Myopie, Hypermétropie ou Astigmatisme) 53%

Cataracte non opérée 25%

Dégénérescence Maculaire liée à l'âge 4%

Glaucome 2%

Rétinopathie Diabétique 1%

8-Méthode

8.a *Investigateurs*

La spécialité de la personne réalisant le bilan visuel était Optométriste-Opticien Diplômé d'Etat rattaché à la société VISIOME.

Une Convention de Coopération a été signée entre le directeur de l'EHPAD des « Chênes d'Or » et la Société VISIOME (**cf. Annexe A**).

8.b *Sélection de l'échantillon dépisté*

Consentement du résident s'il en a les capacités décisionnelles sinon accord de la famille ou de la personne de confiance.

Un consentement a été requis par l'intermédiaire d'un courrier adressé au résident ou à la famille ou encore à la personne de confiance quand la personne âgée concernée était incapable de donner ou non son accord. Il a été fait part de l'importance de ce bilan visuel, en précisant sa gratuité ainsi que de celle de l'ajustage de l'équipement déjà existant. Il leur a été précisé qu'au décours de cet examen le résultat leur serait transmis ainsi qu'un devis si un équipement s'avérait nécessaire. (cf. **Annexe B**)

8.c *Lieu de consultation*

Une pièce a été dédiée à la réalisation de cette consultation avec une mensuration suffisante pour l'étude de l'acuité visuelle.

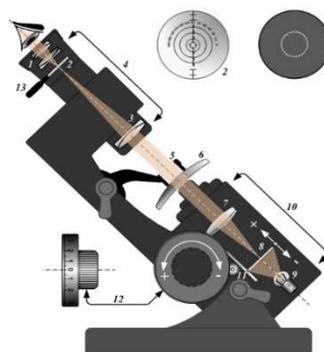
Le temps dédié à cette consultation a été d'une journée. La date précise a été fixée à l'avance pour que les familles puissent participer éventuellement à l'entrevue.

Le Médecin Coordonnateur de l'EHPAD des « Chênes d'Or » a été présent tout au long de cette consultation pour faciliter le contact et donner les éléments nécessaires se rapportant aux différents antécédents médicaux du résident dépisté.

8.d *Matériel d'examen et d'investigation de la vision pour notre dépistage :*

Un frontofocomètre :

C'est un appareil permettant de mesurer la valeur de la correction optique portée par le résident, exprimée en Dioptries.



Une boîte de verres d'essais avec une lunette d'essai :

C'est une boîte contenant en général 232 verres (sphériques, toriques et prismatiques..) et certains filtres et caches.



On les utilise pour rechercher et/ou vérifier la réfraction de façon subjective.

Un auto-refractomètre automatique portable :

C'est un instrument qui réalise une mesure objective de la réfraction.

Il est très utile chez le résident aphasique et/ou très désorienté.

En effet, dans ces cas, la mesure des acuités visuelles n'est pas réalisable.

La détermination de la réfraction subjective est également incertaine voire impossible.

La valeur donnée par cet instrument nous permet d'obtenir la correction optique pour que les images se situent sur la rétine.

En revanche, cela ne nous renseigne pas sur la performance de l'œil ou l'acuité visuelle. Il permet de définir la bonne correction à pratiquer mais s'il y a une pathologie oculaire sous-jacente, le résident aura beau avoir la bonne correction, il ne verra pas mieux pour autant !

Les limites de cette exploration sont l'existence d'une cataracte ou d'un myosis.

Une échelle d'acuité visuelle de loin et de près :

Il en existe plusieurs types, chacun ayant sa préférence.

Au loin, nous avons utilisé une échelle de MONOYER.

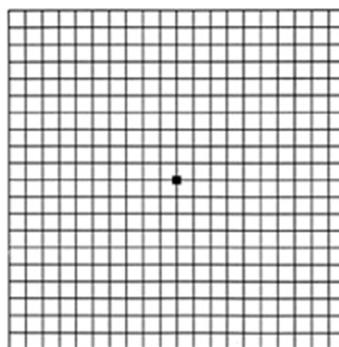
Quant au test de lecture de PARINAUD, il s'avère difficile à utiliser chez les résidents les plus désorientés.

Un stylo lampe

Celui-ci permet de contrôler la transparence des milieux oculaire et l'existence des réflexes pupillaires. Il peut visualiser également les implants et par conséquent, permettre de déduire s'il y a eu ou non une intervention de Cataracte.

Une grille d'Amsler

La grille d'Amsler permet de mettre en évidence certains troubles rétiniens tels ceux observés dans la DMLA. Ce test évalue la zone centrale de la rétine avec déformation progressive des lignes parallèles dans la région centrale de la grille d'Amsler visualisée suivie ultérieurement de l'apparition d'un scotome central en cas de DMLA.



8.e Ne font pas partie du matériel d'examen initial du dépistage visuel :

L'examen du fond de l'œil :

Cet examen permet d'observer la rétine, ses vaisseaux, l'origine du nerf optique, la macula et ainsi dépister une inflammation, une tumeur ou un décollement de rétine.

La tonométrie :

Il s'agit de mesurer la pression intraoculaire qui permettra de dépister un Glaucome. -

9-Résultats du dépistage visuel aux « Chênes d'Or » (cf. Annexe D)

9.a *L'EHPAD des Chênes d'Or hébergeait à cette période 67 résidents*

soit 56 femmes (83,58%) et 11 hommes (16,41%)

le GMP total sur un total de 67 résidents était de 701,19

9.b *Nombre de réponses favorables pour le dépistage visuel*

Suite à l'envoi du courrier de demande de consentement, il a été relevé :

28 réponses positives pour la réalisation du dépistage visuel

7 réponses négatives

32 absences de réponses

9.c *Population effective pour le dépistage visuel*

28 résidents ont été effectivement dépistés soit 41,8 % par rapport à l'ensemble de la Résidence

16 résidents ont eu un dépistage visuel seul

12 résidents ont eu un dépistage mixte visuel et auditif

9.d *Age moyen des dépistés visuels*

92 ans

9.e *Sex-ratio des dépistés visuels*

24 femmes et 4 hommes

9.f *Degré de dépendance GIR (GMP) des dépistés visuels*

18 résidents en GIR 2

5 résidents en GIR 3

5 résidents en GIR 4

GMP des dépistés à 732,85

9.g *Port de lunettes préexistant chez les futurs dépistés :*

24 résidents portaient déjà des lunettes plus ou moins adaptées

4 résidents ne portaient pas de lunettes

L'une de ces 4 résidents aura une indication de port de lunettes qui sera concrétisée.

9.h *Troubles visuels observés (cf. Annexes E et F)*

Le bilan visuel n'est pas un acte médical. Il ne peut donc aboutir officiellement à un diagnostic précis. Néanmoins, une lésion des paupières, un trouble concernant l'aspect de l'œil, l'appréciation de la transparence des milieux ou une anomalie à la lecture du test de Amsler permettront d'alerter et de recommander une visite ophtalmologique qui pourra alors déceler une Blépharite, une Conjonctivite, une Cataracte ou une DMLA etc...

La tension oculaire ou le fond d'œil n'étant pas réalisable lors du dépistage, il serait souhaitable, si cela s'avère possible, d'obtenir une consultation chez un ophtalmologue au moins tous les deux ans.

Antécédents de pathologies oculaires chez les résidents dépistés

Ulcération Cornée (dont 2 Zonas Ophtalmiques)		3 résidents
Cataracte opérée	œil droit seul	2 résidents
	œil gauche seul	4 résidents
	les deux yeux	17 résidents
Glaucome	œil droit seul	2 résidents
	les deux yeux	2 résidents
DMLA		3 résidents
Rétinopathie Diabétique	les deux yeux	1 résident

Décollement de rétine	œil droit seul	1 résident
-----------------------	----------------	------------

Anomalies découvertes lors du dépistage avec présomption étiologique

Taie de la cornée	œil gauche avec	
	pupille aréflexique	1 résident

œil droit	1 résident
-----------	------------

Ptérygion	œil gauche	1 résident
-----------	------------	------------

(lésion bénigne de la conjonctive)

Suspicion de Glaucome	chambre antérieure	
-----------------------	--------------------	--

oeil droit	1 résident
------------	------------

chambre antérieure

œil gauche	1 résident
------------	------------

Suspicion de DMLA	œil gauche	1 résident
-------------------	------------	------------

Photophobie avec sécrétions des deux yeux		1 résident
---	--	------------

(antécédent d'ulcération de cornée)

9.i Adaptation du dispositif préexistant

De nombreux ajustages de montures ont pu être réalisés lors de ce dépistage

9.j Recommandations après dépistages visuels

Indication d'une consultation ophtalmologique	15 résidents
---	--------------

Rien à faire	6 résidents
--------------	-------------

Amélioration vision possible (appareillage)	7 résidents
---	-------------

9.k Devis acceptés après dépistage visuel

5 devis acceptés sur 7 résidents promus, dès le jour du dépistage, à une amélioration possible de la vision par port d'une paire de lunettes soit 71,42%

9.l Appareillage effectif visuel

5 appareillages effectifs après accord des devis

9.m Observance du port des prothèses correctrices visuelles

L'observance des 5 résidents ci-dessus est satisfaisante

9.n Qu'en est-il des demandes de consultation chez l'ophtalmologue ?

2 résidents sont décédés peu après le dépistage

3 résidents ont obtenu des dates de rendez-vous de consultation (mais délai très long 4 à 6 mois)

2 autres résidents ont pu être vus rapidement par un ophtalmologue.

L'un d'entre eux a eu une prescription d'une paire de lunettes qui s'est concrétisée.

L'observance est correcte.

Ce qui fait donc un total de **6 résidents appareillés**.

Le pourcentage de résidents appareillés sur le nombre de résidents appareillables est donc de 6/8 soit 75%.

Quant aux 8 résidents restants, il n'a pas été envisagé par leur famille de prendre un rendez-vous chez un ophtalmologue malgré les recommandations.

III-DEPISTAGE SYSTEMATIQUE AUDITIF

1-Etat des lieux de la Malentendance

On considère que 9% de la population, tout âge confondu, est touchée par la malentendance, soit près de 6 millions de personnes réparties sur plusieurs niveaux de perte auditive (voir ci-dessous la définition de la malentendance).

« Les déficiences auditives sont particulièrement fréquentes et, selon les études, 40 à 66% des personnes âgées de 75 ans et plus présentent une détérioration significative des seuils auditifs ». D'après Allen (13), 70% des personnes âgées qui entrent en institution ont des troubles de l'audition. D'après Wienstein (14), seulement 17% des personnes séjournant depuis longtemps en institution ont une audition quasi normale.

Il s'agit majoritairement de baisses auditives légères à moyennes.

Seule une petite minorité de personnes est appareillée.

Une partie d'entre elles ne portent pas, plus ou peu leurs prothèses auditives soit par déficience du matériel soit encore par négligence du fait de leurs troubles cognitifs.

2-Définition de la Malentendance

Selon l'OMS, « on parle de malentendance ou de perte d'audition lorsqu'une personne n'est pas capable d'entendre aussi bien qu'une personne ayant une audition normale, le seuil étant de 25 dB ou moins dans les deux oreilles. La perte d'audition peut être légère, moyenne, sévère ou profonde. Elle peut toucher une oreille ou les deux et entraîner des difficultés pour suivre une conversation ou entendre les sons forts (15) ».

Sur environ 6 millions de malentendants tout âge confondu	Nombre de personnes
55% - perte légère de 20 à 40 dB -	3050 000
33% - perte moyenne de 40 à 70 dB -	1800 000
9% - perte sévère de 70 à 90 dB -	500 000
3% - surdité profonde ou totale > 90 dB -	170 000
Sourds gestuels pratiquant la « langue des signes »	environ 80 000
Nombre de personnes appareillées	un peu plus de 1 000 000

3-Vieillessement physiologique de l'appareil auditif

Au cours du vieillissement, la dégradation normale des cellules neurosensorielles, ayant pour rôle de transformer les vibrations sonores en stimuli nerveux, affecte surtout la perception des sons aigus à haute fr equance. Cela modifie la perception de la voix du fait d'une hauteur des

consonnes plus élevée que celle des voyelles. Outre la presbyacousie ainsi définie, peuvent s'associer des acouphènes.

Les phénomènes naturels du vieillissement ayant été évoqués, nous allons étudier désormais les mécanismes des troubles auditifs selon le type de surdité puis les pathologies auditives les plus fréquentes chez la personne âgée dont plus spécifiquement la Presbyacousie.

4-Description et Mécanisme des troubles auditifs selon le type de surdité

4.a *Surdité de transmission :*

La surdité de transmission est due à un défaut dans le système qui transmet le son, c'est-à-dire dans l'oreille externe et/ou moyenne. L'otoscopie est souvent anormale.

Plusieurs causes peuvent être retenues telles une perforation de tympan, une obstruction du conduit auditif externe par un bouchon de cérumen, par un corps étranger, par un ostéome, par une tumeur du conduit, une otite externe, une otospongiose ou une otite interne avec inflammation de l'oreille moyenne entraînant une atteinte de la chaîne des osselets intervenant dans la transmission.

Le traitement peut être médical voir chirurgical par reconstruction du système de transmission ou encore mise en place d'un implant auditif à ancrage osseux.

Parfois la simple extraction d'un bouchon de cérumen peut résoudre le trouble auditif.

4.b *Surdité de perception :*

La surdité de perception concerne le système qui réceptionne le son et l'envoie par le biais du nerf auditif au cerveau après sa transformation en influx nerveux grâce aux cellules ciliées. La surdité de perception résulte d'un manque ou d'une altération de certaines cellules sensorielles ciliées.

La presbyacousie en fait partie.

D'autres causes existent telles la maladie de Ménière, une surdité brutale (corticoïdes et antiviraux éventuels après contrôle IRM du conduit auditif interne), un hydrops cochléaire (augmentation de pression du liquide au niveau de l'oreille interne), une malformation cochléaire (intérêt du scanner et/ou de l'IRM cérébral).

Le recours à une prothèse auditive ou à un implant cochléaire peut être parfois proposé.

4.c Surdité mixte :

Elle associe un trouble de transmission et de perception.

4.d Surdité rétro-cochléaire :

Il s'agit d'une atteinte du nerf vestibulo-cochléaire.

Le nerf auditif (VIII) est composé de deux parties :

Le nerf cochléaire qui véhicule les informations auditives et le nerf vestibulaire qui reçoit les informations relatives au maintien de l'équilibre.

Un neurinome de l'acoustique peut entraîner une surdité retro-cochléaire (option chirurgicale).

L'atteinte du nerf auditif peut être secondaire à un traumatisme, à une méningite, à une ototoxicité par des aminosides ou des anticancéreux.

La surdité s'accompagne souvent de vertige, de trouble de l'équilibre avec risque de chutes.

5-Etiologie des troubles auditifs les plus fréquents en EHPAD

5.a *La Presbyacousie :*

La Presbyacousie ou sénescence de l'oreille est un processus physiologique inéluctable. Il s'agit d'une dégénérescence du système auditif.

Cette atteinte auditive se caractérise par :

Un trouble de la perception bilatéral et habituellement symétrique.

Parfois, elle apparait avant 50 ans et on la dénomme alors presbyacousie précoce.

Après 65 ans, elle touche pratiquement tout le monde. Elle est dite « normale ».

Il s'agit d'une élévation du seuil d'audition qui prédomine sur les fréquences élevées supérieures à 1000 Hz associée à une réduction du recrutement (du champ auditif résiduel) (18).

En outre, la personne est gênée en milieu bruyant. Elle perçoit mais ne comprend pas ce qui est dit. S'y associent souvent des acouphènes et parfois des phases d'hyperacousie paradoxale.

Plusieurs facteurs peuvent précipiter la presbyacousie et l'aggraver tels les médicaments ototoxiques (les antibiotiques aminoglycosides), la surexposition sonore mais aussi une prédisposition génétique.

A partir de 35 dB HL le retentissement est décelable avec tout ce que cela comporte : isolement, déficit de communication, dépression, troubles du comportement et du caractère. La presbyacousie installée aggrave les troubles cognitifs préexistants.

Le diagnostic peut être délicat lorsque ce déficit survient dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer.

Il existe trois stades classiques de la Presbyacousie :

Le premier consiste en la baisse de la perception des sons aigus ;

Le second, en une gêne occasionnée dans les environnements bruyants (difficulté à suivre une conversation de groupe). Les lésions des cellules ciblées externes seraient en cause. Elles sont normalement responsables de la discrimination fréquentielle.

Le troisième stade est l'intolérance aux sons intenses avec perception douloureuse.

C'est le phénomène de recrutement.

Dans tous les cas, des troubles mnésiques et cognitifs associés rendent les processus de compensation ou de suppléance quasi impossibles. On assiste alors à un isolement social et à un évitement communicationnel pouvant s'associer à un syndrome dépressif de type réactionnel.

En outre, il a été démontré dans l'Etude « AcouDem » (4) qu'il existait un lien entre presbyacousie et démence. Le risque relatif de développer des troubles cognitifs était de 2,48 chez les patients atteints de Presbyacousie entraînant une gêne sociale.

L'appareillage et la rééducation orthophonique réduisent le déclin cognitif dans le cas de démence modérément sévère. C'est l'un des programmes de recherche du GRAP (Groupe de Recherche Alzheimer Presbyacousie).

La détection précoce d'une Presbyacousie importante et le port secondaire de prothèses auditives peut permettre une écoute nouvelle sur un système nerveux encore efficient.

5.b Les bouchons de Cérumen :

Le nombre de personne ayant au moins un bouchon de cérumen en institution et dans la littérature avoisine 35% à 40% ce qui représente plus d'un résident sur trois.

Ceux-ci entraînent une baisse notable de l'audition alors qu'un moyen simple suffit, en pratiquant une otoscopie avec dissolution partielle du bouchon (Xylène 5%) puis extraction de celui-ci, pour pallier ce déficit.

La présence de ces bouchons peut être source d'acouphènes, de sensations de pesanteur, d'irritations, de démangeaisons voir de douleurs au sein du conduit auditif.

A noter que la présence de bouchons de cérumen influe essentiellement sur la perception auditive des fréquences basses facilement identifiable et n'interfère donc pas avec le diagnostic de Presbyacousie qui, elle, se caractérise par l'élévation des seuils de perception des sons aigus.

6-Répartition des étiologies des troubles auditifs les plus fréquents chez nos aînés

En France, la surdité touche chaque année environ 1000 nouveau-nés (0,25 %) dont 40 % sont atteints de surdités sévères et profondes.

Puis, la prévalence de la surdité augmente avec le vieillissement et la principale cause en est **la Presbyacousie**.

« Les recherches montrent que la Presbyacousie affecte environ 30 % de la population de plus de 65 ans (Gates et al., 1990) et qu'environ la moitié des plus de 75 ans ont une perte auditive significative (Cruickshanks et al., 1998). »

Selon les prévisions de l'INSEE, « En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. Ces résultats sont sensibles aux hypothèses retenues, mais aucun scénario ne remet en cause le vieillissement, qui est inéluctable » (19). Pour Séverine Leusie, « la perte Auditive démarrant entre 50 et 55 ans, on peut oser imaginer qu'en 2050, plus d'une personne sur trois sera Presbyacousique (20).

Quant aux **Bouchons de cérumen** observés puis extraits, ils s'ajoutent le plus souvent à l'étiologie précédente. En règle, dans les Institutions de personnes âgées, on retrouve environ

19 à 23% de bouchons de cérumen sur les 2 oreilles et 14 à 16% de bouchon de cérumen sur une des deux oreilles.

7-Méthode

7.a *Investigateurs*

La spécialité de la personne réalisant le bilan auditif était Audioprothésiste Diplômé d'Etat rattaché à la société VOLUMEO.

Une Convention de Coopération a été signée entre le directeur de l'EHPAD des « Chênes d'Or » et la Société VOLUMEO.

7.b *Sélection de l'échantillon dépisté*

Consentement du résident s'il en a les capacités décisionnelles sinon accord de la famille ou de la personne de confiance.

Un consentement a été requis par l'intermédiaire d'un courrier adressé au résident ou à la famille ou encore à la personne de confiance quand la personne âgée concernée était incapable de donner ou non son accord. Il a été fait part de l'importance de ce bilan auditif, en précisant sa gratuité ainsi que de celle de l'ajustage de l'équipement déjà existant. Il leur a été précisé qu'au décours de cet examen le résultat leur serait transmis ainsi qu'un devis si un équipement s'avérait nécessaire (**cf. Annexe C**).

7.c *Lieu de consultation*

Une pièce a été dédiée à la réalisation de cette consultation avec un isolement acoustique suffisant pour l'étude de l'acuité auditive.

Le temps dédié à cette consultation a été d'une journée. La date précise a été fixée à l'avance pour que les familles puissent participer éventuellement à l'entrevue.

Le Médecin Coordonnateur de l'EHPAD des « Chênes d'Or » a été présent tout au long de cette consultation pour faciliter le contact et donner les éléments nécessaires des antécédents médicaux du résident dépisté.

7.d Matériel d'examen et d'investigation de l'audition

Audiomètre portable avec ordinateur : afin de réaliser une audiométrie tonale



L'audiométrie s'effectue avec plusieurs fréquences 500, 1000, 2000, 4000 HZ. On évalue la moyenne des seuils auditifs à chaque fréquence et on en déduit la perte auditive moyenne à une fréquence donnée.

Test d'acoumétrie vocale :

Voix chuchotée avec dissimulation des lèvres à une distance de 3 m

Otoscope :



Cet appareil permet de vérifier le conduit auditif externe, l'état du tympan et de faciliter l'extraction d'éventuels bouchons de cérumen après instillation avec du Xylène 5%.

8-Résultats du dépistage auditif aux « Chênes d'Or » (cf. Annexe D)

8.a L'EHPAD des Chênes d'Or hébergeait à cette période 67 résidents

soit 56 femmes (83,58%) et 11 hommes (16,41%)

le GMP total sur un total de 67 résidents était de 701,19

8.b Nombre de réponses favorables pour le dépistage auditif

Suite à l'envoi du courrier de demande de consentement, il a été relevé :

19 réponses positives pour la réalisation du dépistage auditif

0 réponse négative

48 absences de réponse

8.c Population effective pour le dépistage auditif

19 résidents ont été effectivement dépistés soit 28,35% par rapport à l'ensemble de la Résidence

7 résidents ont eu un dépistage auditif seul

12 résidents ont eu un dépistage mixte auditif et visuel

8.d Age moyen des dépistés auditifs

88 ans

8.e Sex-ratio des dépistés auditifs

15 femmes et 4 hommes

8.f Degré de dépendance GIR (GMP) des dépistés auditifs

13 résidents GIR 2

2 résidents GIR 3

4 résidents GIR 4

GMP des dépistés à 732,63

8.g Port d'audioprothèses préexistant chez les futurs dépistés

9 résidents portaient déjà des audioprothèses plus ou moins adaptées

10 résidents ne portaient pas d'audioprothèse avant le dépistage

8.h Troubles auditifs observés (cf. Annexe G)

Le bilan auditif n'est pas à proprement parlé un acte médical. Il ne peut donc aboutir à une étiologie précise. Cependant il permettra d'orienter le diagnostic qui devra être confirmé au mieux par un Oto-rhino-laryngologiste.

Antécédents de troubles auditifs chez les résidents dépistés

Perforation du tympan	conduit auditif gauche	1 résident
-----------------------	------------------------	------------

Anomalies découvertes lors du dépistage avec présomption étiologique

Bouchon de cérumen	1 bouchon unilatéral	3 résidents
	bouchons bilatéraux	6 résidents

(Les bouchons de cérumen visualisés ont été extirpés dans un second temps après dissolution partielle par du Xylène 5%).

Audition normale	1 résident
Non explorable	1 résident
Troubles auditifs importants	7 résidents
Presbyacousie franche	9 résidents

8.i *Adaptation du dispositif préexistant*

En fait les 9 résidents déjà appareillés doivent tous être réappareillés (pas d'ajustage possible)

8.j *Recommandations après dépistage auditif*

Pas besoin d'appareillage 2/19 soit 10,52% des dépistés auditifs

Besoin d'un appareillage 17/19 soit 89,47% des dépistés auditifs

appareillage des 2 oreilles 16/19 soit 84,21% des dépistés auditifs

appareillage d'une oreille droite 1/19 soit 5,26% des dépistés auditifs

Les 9 résidents déjà appareillés avant le dépistage 9/19 soit 47,36% doivent donc tous être réappareillés par de nouvelles audioprothèses

Les 8 autres résidents 8/19 soit 42,10% doivent être primo-appareillés

8.k *Devis acceptés après dépistage auditif*

4 devis de prothèses auditives acceptés sur 17 résidents appareillables.

Le pourcentage de résidents appareillés sur le nombre de résidents appareillables est donc de 4/17 soit 23,52%.

Parmi ces 4 résidents appareillés, il y a 3 ré-appareillages et 1 premier appareillage.

8.l *Appareillage effectif auditif*

4 appareillages effectifs après accord des devis

8.m Observance du port des audioprothèses

Sur les 4 résidents appareillés :

1 résident va rendre ses audioprothèses en raison d'un retrait journalier itératif.

Elles lui seront à priori remboursées.

Il s'agit du seul primo-appareillé parmi les 4 appareillés.

1 autre résident a perdu 1 audioprothèse sur les 2 qu'il devait porter.

1 autre résidente va avoir un échange de ses audioprothèses suite à une argumentation de gêne esthétique. Il va lui être fournie des audioprothèses intra-auriculaires. Seule la différence de prix sera requise pour cet échange.

Malgré cela, l'observance semble plus qu'incertaine pour cette résidente.

La dernière résidente a une observance satisfaisante quant au port de ses audioprothèses. Elles lui sont également bénéfiques.

8.n Qu'en est-il des consultations chez l'Oto-rhino-laryngologiste (ORL) ?

En fait, il n'y a pas eu de nécessité d'indication de consultation chez un ORL.

Aucune famille de résident n'en a d'ailleurs pris l'initiative.

IV-DISCUSSION

1-Analysons dans un premier temps les réponses des Familles à la demande de consentement du dépistage

La première remarque est d'observer un nombre de dépistés auditifs bien inférieur à celui des dépistés visuels (19 contre 28 résidents).

Le fait qu'aucune famille n'ait exprimé ouvertement un refus franc à la demande faite par courrier d'un dépistage auditif systématique est le reflet même de ce que l'on observe dans la Société. Les familles agissent comme l'ensemble de la population.

Il y a 5 malentendants sur 6 qui ne portent pas d'audioprothèse.

Si le prix de l'appareillage auditif en France est dans la moyenne basse Européenne, il n'en va pas de même du remboursement.

La France est l'un des pays d'Europe occidentale où le niveau de remboursement de l'appareillage auditif est le plus faible. Pour un prix moyen de 1500 euros par prothèse, la sécurité sociale rembourse 120 euros, et les complémentaires en moyenne 400 euros, soit une prise en charge totale de 33 % environ (20). Ceci représente une somme non négligeable (le reste à charge est de 980 euros pour 1 audioprothèse et 1960 euros pour 2).

A priori, les familles n'expriment pas de refus franc car elles témoigneraient alors d'un défaut de bientraitance vis-à-vis de leurs proches sur une argumentation purement pécuniaire.

Elles préfèrent ne pas répondre. L'inesthétisme des prothèses auditives ne semble plus, vu les progrès de miniaturisation, correspondre à cette constatation,

Quant aux refus observés pour le dépistage systématique visuel, ils résultent pour la plupart, du fait que les résidents sont souvent suivis, en dehors de l'établissement, par un Ophtalmologue attitré. L'aspect financier semble beaucoup moins influant.

Il en va de même pour les acceptations des devis par les familles :

4/17 soit 23,52 % devis acceptés pour les audioprothèses contre 5/7 soit 71,42% devis acceptés pour les prothèses visuelles auxquelles il faut rajouter celle prescrite après consultation ophtalmologique donc 6/8 soit 75% [donc priorité aux prothèses visuelles (75%) par rapport aux audioprothèses (23,52 %)].

Notre Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, selon les promesses de campagne émises par la Présidence de la République, devrait opter pour favoriser l'accès aux soins en améliorant le remboursement des prothèses dentaires, oculaires et auditives de nos concitoyens, avec comme objectif « reste à charge zéro » d'ici 2022.

Cette décision devrait accroître, à priori, le taux d'appareillage de nos résidents.

Le coût pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie devrait être compensé en partie par la diminution des frais de Dépendance que ces résidents occasionnent et qui sont imputés aux Conseils Départementaux. « Chaque euro investit dans les soins auditifs permettrait de générer 10 euros gagnés pour la Société grâce aux gains en qualité de vie » assurent les Economistes de la Santé Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann (17).

2-Y a-t-il un intérêt pour les Investigateurs à réaliser ce dépistage ?

La question leur a été posée à titre indicatif. Outre la valorisation que représente cette consultation préventive de dépistage, le nombre de résidents appareillés, même limité, suffit à couvrir les frais occasionnés par cette journée de consultation gratuite.

3-Quels sont les facteurs à prendre en compte pour permettre l'obtention d'un bénéfice durable et une observance de qualité chez nos résidents appareillés ?

Notons tout d'abord que les GMP des dépistés sont bien supérieurs au GMP global à l'EHPAD des « Chênes d'Or ».

GMP des dépistés visuels à 732,85 et GMP des dépistés auditifs à 732,63 donc peu différents mais bien plus élevés comparés au GMP global à 701,19.

On en conclut que ce sont des personnes très dépendantes qui sont les plus dépistées et ce, grâce à l'appui de leurs proches. Il faut bien entendu pour cela que les familles soient conscientes de l'intérêt de cette démarche. D'où l'importance que revêtent la communication et l'information. Le degré de culture des proches n'est pas à négliger.

Quant à la motivation du résident pour remédier à son handicap, elle ne peut exister qu'en l'absence de troubles cognitifs trop sévères.

Selon l'enquête Santé et Protection (ESPS) (18) de 2014, 95 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont déclaré des atteintes de la vision.

Parmi elles, 94% sont appareillées. Mais la proportion d'appareillage efficace diminue avec l'âge, 72% de la population âgée a déclaré être bien corrigée et ce taux diminue à presque 50%, chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

La même tendance a été confirmée pour la surdité.

La prévalence de la surdité est à 9% dans la population générale et atteint 19% chez les personnes de 65 à 79 ans et 41% chez des personnes de 80 ans et plus.

Parmi ces malentendants, 39% possèdent un appareil auditif.

Le taux d'appareillage efficace diminue avec l'âge (48% d'appareillage efficace dans la population générale contre 42% chez les personnes âgées de 80 ans et plus **(21)**).

Finalement, ce qui importe ce n'est pas l'appareillage par lui-même mais la précocité du dépistage et de l'intervention sur le handicap neurosensoriel. Sinon, avec le temps, il s'installe une absence de stimulation des récepteurs cérébraux sensoriels entraînant une désadaptation de ces capteurs et une désafférentation avec spasticité cérébrale non corrigeable par les prothèses et la rééducation, que ce soit un déficit visuel ou auditif.

Par ailleurs des troubles cognitifs trop importants et des degrés de Dépendance trop prononcés vont aboutir à une observance du port des prothèses non satisfaisante.

Sur les 4 résidents GIR 2 appareillés par audioprothèses, 1 seule résidente a une bonne observance. Il faut donc appareiller le plus tôt possible.

D'après la cohorte PAQUID **(22)**, la déficience auditive peut accélérer le déclin cognitif, contrairement aux sujets ayant déjà une prothèse auditive adaptée et pour lesquels il n'est pas apparu de différence notable de déclin cognitif.

4-Reste la question et le problème du délai d'obtention d'un rendez-vous chez un spécialiste de la vision ou de l'audition ?

L'avantage du dépistage est de pouvoir parfois graduer le degré d'urgence (ulcération de cornée, ptérygion...) en permettant ainsi un accès plus rapide vers un Ophtalmologue.

Il faut savoir que le délai d'attente pour consulter un ophtalmologue est au minimum de 4 mois dans certaines régions privilégiées mais qu'il peut atteindre aussi des délais exorbitants de 11 mois dans certains départements médicalement désertés.

Il ne faudrait pas que ce critère devienne un argument de non accès aux soins ou de non suivi.

5-Quelle conclusion peut-on faire sur l'aspect comparatif des résultats du dépistage visuel retrouvés aux « Chênes d'Or » par rapport à ceux relevés au sein de 252 EHPAD explorés par la Société VISIOME ?

	EHPAD « Les Chênes d'Or » (VISIOME)	252 EHPAD (VISIOME)
Nombre global de Résidents	67	16850
Nombre de Résidents dépistés	28	7200
% de Dépistés/Global	41,79%	42,73%
Nombre de Résidents dépistés	28	7200
Recommandations Ophtalmologique	15 (53,37%)	1698 (23,58%)
Rien à Faire	6 (21,42%)	3308 (45,94%)
Equipement recommandé	7 (25%)	2194 (30,47%)
Equipement effectif	5 (17%)	1304 (18,11%)

Ce tableau met en évidence des chiffres pratiquement identiques pour ce qui est du pourcentage de dépistés par rapport au nombre global de résidents.

Il en va de même pour le taux d'équipements recommandés et le taux effectif d'appareillages.

Par contre, il existe une différence significative entre les taux de recommandations de visites chez l'Ophtalmologue :

53,37% pour « Les Chênes d'Or » contre 23,58% pour les 252 EHPAD.

Il en va de même pour l'attitude de « Rien à faire » :

21,42% pour « Les Chênes d'Or » contre 45,94% pour les 252 EHPAD

Nous n'avons pas l'âge moyen ni le GMP global des 252 EHPAD ni les PATHOS mais nous pouvons émettre 2 hypothèses :

soit que les résidents des « Chênes d'Or » sont plus âgés, plus sévères ou plus complexes que ceux des 252 EHPAD

soit que notre état de prudence l'emporte et nous invite à recommander plus de visites chez l'Ophtalmologue

6-Y a-t-il un intérêt économique à corriger les troubles neurosensoriels chez la personne âgée en EHPAD ?

Le fait que l'appareillage puisse ralentir l'évolution de la Dépendance voire la stabiliser laisse entrevoir une économie déductible des frais d'aide à la personne pour le maintien de l'autonomie d'où l'intérêt d'envisager une meilleure prise en charge du remboursement des frais de lunetteries et de prothèses auditives.

7-Aparté sur l'amélioration de la participation active des résidents au sein de « la Chorale des Chênes d'Or » après dépistage et correction des troubles visuels et auditifs

Parmi les 10 choristes :

1 a eu un dépistage visuel seul avec appareillage effectif

2 ont bénéficié d'un dépistage auditif seul

3 ont eu un dépistage visuel et auditif dont 2 ont été appareillés sur le plan auditif

Une fois les bouchons de cérumen extirpés, il est déjà noté une amélioration participative des membres de la chorale. Celle-ci s'accroît encore après les appareillages.

La facilitation de lecture des partitions, l'harmonisation du chant, la justesse de la tonalité, la modulation de l'intensité des voix, le maintien du rythme, la synchronisation des battements de mains, la raréfaction des encouragements par paroles stimulantes émises par les soignants pour « faire chanter », l'accentuation des émotions ressenties et partagées, sont les manifestations essentielles qui ont pu être observées.

Cette activité musicale n'est plus du tout passive ou ludique et récréative, elle devient active et participative, voir thérapeutique, le tout en renforçant les liens.

Les apathiques silencieux, habituellement repliés sur eux-mêmes, se mettent à dialoguer avec leur entourage pendant les pauses puis à chanter voire battre des mains pour marquer la cadence pendant les séances. La prise en charge des troubles neurosensoriel a donc un intérêt social facilitateur, elle diminue l'isolement et le repli sur soi-même.

La qualité de vie des résidents s'en trouve accrue ainsi que la sensibilisation du personnel soignant à cette prise en charge.

Certaines activités quotidiennes abandonnées peuvent ressurgir.

Certaines Art-thérapies délaissées peuvent être reconsidérées avec nécessité de réactualisation du projet de vie et de soins individualisé. Ces dépistages auditifs et visuels doivent donc perdurer, il est prévu de les renouveler au moins chaque année.

V-CONCLUSION

Vu l'importance d'un dépistage précoce des troubles visuels et auditifs sur l'évolution de la Dépendance et étant donné le retentissement délétère qu'une entrée en institution peut avoir sur la disparition des repères familiaux compensateurs des déficits neurosensoriels, il nous a

semblé évident qu'une évaluation de ces handicaps devait être réalisée dès la visite de pré admission ou au moins dès l'admission.

C'est la raison pour laquelle nous avons opté pour l'acquisition d'un **Kit portable d'évaluation sensorielle visuelle et auditive** comprenant un test d'acuité visuelle de près et de loin, un otoscope et un amplificateur de son gradué pour apprécier les gains potentiels d'audition et de compréhension apportés par une amplification.

Ainsi ceux qui présentent des troubles cognitifs légers à modérés ont le plus de chance de se stabiliser voire de s'améliorer sur le plan cognitif après correction du handicap visuel et/ou auditif moyennant une réadaptation adéquate qui devra être notifié dans le projet de soins individualisé.

Il leur faudra réapprendre à voir et à entendre en abandonnant progressivement les processus de compensation de leur handicap.

L'idéal serait d'obtenir, pour ceux qui le nécessitent et qui ne sont pas déjà suivis, un rendez-vous de consultation vers un spécialiste Oto-rhino-laryngologiste ou Ophtalmologue dès l'admission du résident en EHPAD, tout en sachant qu'« Appareiller un déficit neurosensoriel sur un cerveau désafférenté est voué à l'échec » !

BIBLIOGRAPHIE

1. EMIEVA H. (<https://www.silvereco.fr>)

Death, Depression, Disability and Dementia associated with self reported hearing problems : a 25 Years Study

2. BONTE F. (www.crftc.org/images/730/17_03_2016_AVC_La_demence.pdf)

Les Démences. Cours du Dr Florence Bonté.

3. Coupes PATHOS 2011 JMC n° 49, oct-nov-déc. 2012, p11-13

Soins en EHPAD en 2013

4. POUCHAIN Denis, DUPUY Carole, SAN JULLIAN Mireille, DUMAS Simone, VOGEL Marie-Françoise, HAMDIOUI Jamila, VERGNON Laurent pour le GRAP (Groupe de Recherche Alzheimer Presbycusie).

La presbycusie est-elle un facteur de risque de démence ? Etude AcouDem.

5. DECRION J, ABRAHAM E. Projets des réseaux Gérontologiques du Sud Lorraine, Sept. 2009 ; page 4

Les déficiences visuelles de la personne âgée.

6. HAS, publication ANESM, volet EHPAD, page 9,10 et 12

Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées

7. AGIRC et ARRCO. Paris : AGIRC-ARRCO, 2012. (www.agircarrco-actionsociale.fr)

Déficiences sensorielles, guide pour l'adaptation des établissements médico-sociaux et sanitaires en partenariats

8. OMS : 9^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM 9)

Classification des Déficiences visuelles en 5 catégories selon l'OMS

9. ANAES ; Septembre 2001

Traitement de la DMLA

10. SOMMER A, TIELSCH JM, KATZ J, et al. Arch Ophthalmol, 1991 ; 109 : 1090-5

Relationship between intraocular pressure and primary open angle glaucoma among white and black Americans. The Baltimore Eye Survey.

11. KLEIN BE, KLEIN R, SPONSEL WE, et al. Ophthalmology, 1992 ;99 :1499-504

Prevalence of glaucoma. The Beaver Dam Eye Study.

12. Site de l'Organisation Mondiale de la Santé : (<http://www.who.int/fr>)

Etiologies visuelles les plus fréquentes

13. ALLEN H, BURNS A, NEWTON V, HICKSON F, RAMSDEN R, ROGERS J. Age and Aging 2003 ; 32 :189-93

The effect of improving hearing in dementia.

14. WEINSTEIN BE, AMSEL L. Clin. Gerontologist 1986 ; 4 :3-15

Hearing loss and senile dementia in the institutionalized elderly.

15. OMS. Aide-mémoire, 300.Mars 2015

Surdité et d ficiency auditive.

16. GATES GA, KARSON RK, GARCIA P, PETEREIN J, STORANDT M, MORRIS JG, et al. Arch Neurol 1995 ;52 :626-34

Auditory dysfunction in aging and senile dementia of the Alzheimer's type.

17. GARRE C. Le Quotidien du Médecin. 7.02.2018

Un surrisque de démence et de dépendance en cas de perte de l'audition li e à l'âge non corrig e

18. CELANT N., GUILLAUME S., ROCHEREAU T. (www.irdes.fr/.../rapport-566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protecti...)

L'enquête Santé Européenne et Protection Sociale (EHIS-ESPS) 2014

19. ROBERT-BOBEE I. Insee premières, Paris, INSEE, juillet 2006.

(<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf>)

« Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050: La population continue de croître et le vieillissement se poursuit ».

20. Livre Blanc Mars 2017 (SYNEA ; UNSAF ; CNA ; SYNAM)

Les déficits auditifs en France

21. Rapport DREES 2017

L' tat de santé de la population en France

22. Groupe d'Etude PAQUID ; L'année Gérontologique 1997 : 227-240

PAQUID : Bilan 1993-1996

CONVENTION DE COOPERATION

Entre

La Résidence Les Chênes d'Or
158 rue de Versailles
78150 Le Chesnay

Représentée par Dr. Annie FORESTIER
Sa Directrice

D'une part,

Et la société VISIOME
60, rue de Fontenay
92350 Le Plessis Robinson

Représentée par Monsieur Raphaël ZAKINE, Gérant,

D'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

I – OBJET DE LA CONVENTION

Les signataires souhaitent collaborer avec un objectif de prévention et d'adaptation des moyens pour améliorer la vision des résidents.

L'application de la présente Convention nécessite concertation et implication des différents acteurs : Sté VISIOME et Direction, personnel soignant, résidents et familles.

II – CONDITIONS D'EXECUTION

L'intervention de la société VISIOME dans l'établissement se fera avec information du résident et des familles, qui pourront refuser de participer au bilan s'ils le désirent.

Le personnel soignant de la résidence se réserve le droit de ne pas présenter à l'examen optique des résidents pour lesquels, à leur connaissance, cet examen ne semble pas adapté.

Un courrier proposé par la société VISIOME, validé par la Direction de **La Résidence Les Chênes d'Or** sera adressé (par l'établissement) aux résidents et familles désignées au moins trois semaines avant l'examen.

Les familles sont cordialement invitées à assister au bilan visuel.

La Résidence fournira un lieu approprié pour que la société VISIOME puisse effectuer les bilans visuels dans les meilleures conditions.

Les co-signataires s'engagent mutuellement au respect du secret médical et à la confidentialité des informations (particulièrement celles des coordonnées des familles). Elles ne seront utilisées par VISIOME que dans le but de les informer du résultat du bilan visuel.

Les opticiens optométristes diplômés d'état de la société VISIOME mettent leur compétence au service des résidents en utilisant un matériel adapté et conforme.

Les bilans individualisés seront présentés et remis par la société VISIOME au médecin coordonnateur de **La Résidence Les Chênes d'Or**, afin de décider ensemble de la meilleure solution pour chacun des résidents.

Si une nouvelle paire de lunettes était nécessaire, la résidence se charge d'en transmettre l'ordonnance médicale à VISIOME.

VISIOME peut déléguer la réalisation des bilans visuels à un partenaire Opticien, qui aura été préalablement formé à l'intervention en Résidence. Dans ce cas, VISIOME garantit que le partenaire a suivi la formation nécessaire à une intervention en EHPAD et qu'il respectera intégralement les clauses de cette convention.

III – SUIVI DE LA CONVENTION

Une journée d'examen de vue sera prévue de manière annuelle afin d'effectuer le bilan visuel des nouveaux résidents. La présente Convention fera l'objet d'une évaluation annuelle effectuée conjointement par les représentants de la Société VISIOME et les représentants de la **La Résidence Les Chênes d'Or**.

IV – CONDITIONS FINANCIERES

La présente Convention n'est assortie d'aucun accord, ni lien financier entre les co-signataires. Selon les résultats et les besoins, un devis sera proposé au résident ou à son représentant légal pour un équipement optique adapté.

V – DUREE DE LA CONVENTION ET RESILIATION

La présente Convention est conclue pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Elle pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois.

Fait au Plessis Robinson, le 19 Janvier 2018

Etabli en double exemplaires

Société VISIOME
Monsieur *Raphaël* ZAKINE,
Gérant

La Résidence Les Chênes d'Or
Dr. Annie FORESTIER
Directrice

Annexe

VISIOME certifie que les opticiens de la société Vue du Médoc ont reçu la formation nécessaire à une bonne intervention en EHPAD. Le partenaire s'engage à respecter l'intégralité des clauses de cette convention, particulièrement les points traitant du secret médical et du libre choix du patient.

VISIOME se réserve la possibilité de modifier l'entité partenaire. Il en informera la Résidence le cas échéant.



Annexe B

Le Chesnay, le 30/03/2018

Chère Madame, Cher Monsieur,

Comme vous le savez, la vision est un élément important pour préserver l'autonomie de chaque résident. Elle contribue au maintien du lien avec l'environnement (conversation, lecture, TV, ateliers...) et participe à la prévention des chutes.

C'est pourquoi nous avons mis en place un partenariat avec la Sté Visiome et son équipe d'optométristes-opticiens diplômés d'état, sous le contrôle de notre équipe médicale afin d'évaluer la vision de chacun de vos proches.

Ainsi, **le 9 Mai 2018**, les résidents pourront bénéficier **gratuitement** des services suivants :

- **Vérification des équipements portés**
- **Ajustage de l'équipement actuel si besoin**
- **Examen de vue dans l'environnement habituel de chaque résident**

Les Optométristes-opticiens de Visiome vous contacteront pour vous informer du résultat de l'examen de vue.

Naturellement, si un nouvel équipement est nécessaire, un devis vous sera préalablement proposé.

Vous êtes cordialement conviés à assister au bilan visuel de votre proche; si vous désirez y participer, merci de **contacter l'accueil** afin de prendre rendez-vous.

En espérant répondre au mieux à vos attentes ainsi qu'à celles des résidents, nous vous prions de croire en l'expression de nos salutations les plus sincères.

Merci de nous retourner le coupon ci-joint avant le 20 Avril.

Je **souhaite** que M/Mme.....bénéficie d'un bilan visuel gratuit.

Je **ne souhaite pas** que M/Mme.....bénéficie d'un bilan visuel gratuit.

FORESTIER Annie
Directrice

EHPAD Les Chênes d'Or

158 rue de Versailles 78150 Le Chesnay

Tél : 01 39 63 44 44 – Fax : 01 39 63 44 42

Ehpad.chenesdor@lechesnay.fr



Annexe C
Le Chesnay, le 28/02/2018

Madame, Monsieur

Dans l'objectif d'améliorer la prise en charge de nos résidents, le Docteur Vaquier et moi-même avons réfléchi et mis en place un partenariat avec l'organisme VOLUME0, spécialisé dans l'accompagnement des personnes âgées en maison de retraite, dont voici les coordonnées :

VOLUME0 :

9, rue de Londres, 91300 Massy Tel : 09.72.60.23.86 Mail : contact@volumeo.com

Etant donné que nous souhaitons que chacun de nos résidents puisse bénéficier de ce bilan auditif GRATUIT, nous vous faisons parvenir ce courrier pour obtenir votre accord.

Seuls les résidents inscrits préalablement pourront bénéficier de cette visite gratuite réalisée par une équipe de praticiens spécialisés.

A la suite de la visite, vous recevrez un compte rendu qui vous permettra de décider des actions éventuelles à mener pour améliorer la prise en charge auditive de votre parent, et notamment le renouvellement de l'appareillage auditif.

Ces professionnels seront à la résidence le **12/04/2018** de 09 h00 à 17h00.

Nous vous invitons dans la mesure du possible à être présent lors du bilan auditif et à nous communiquer tous les éléments relatifs aux antécédents auditifs de votre parent (compte rendu, ordonnance, etc.).

Vous trouverez, ci-dessous, le détail des différentes étapes :

- **Etape 1** : Visite gratuite du spécialiste.

Nettoyage et ajustage des anciens appareils, Examen auditif ;

Restitution orale du compte rendu par un conseiller prévention santé : résultats et préconisations.

- **Etape 2 (facultatif)**: Envoi d'un devis détaillé

Après la restitution du compte rendu, **et si nécessaire**, vous recevez un devis pour la réalisation d'un nouvel appareillage auditif.

- **Etape 3 (facultatif et après votre accord)** : Livraison et adaptation de l'appareil auditif directement dans la chambre du résident par l'audioprothésiste.

Restant à votre entière disposition pour de plus amples informations, je vous prie de croire, chère Madame, Cher Monsieur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

FORESTIER Annie
Directrice

Nom Prénom	Age	GIR dépistage visuel	Equiv.	GIR dépistage auditif	Equiv.	Dépistage visuel OUI	Dépistage visuel NON	Pas de réponse	Dépistage auditif OUI	Dépistage auditif NON	Pas de réponse
CHE... Yvonne	96	2	840			X					X
CAM... Anne	89	2	840	2	840	X			X		
LE B... Louise	92	2	840			X					X
MOU... Anne-Marie	91	2	840			X					X
ROS... Jacques	86	2	840			X					X
LEM... Anne-Marie	96	2	840			X					X
MOR... Jacqueline	85	2	840	2	840	X			X		
BEN... Louis	88	3	660			X					X
GAU... Jeanne	93	4	420	4	420	X			X		
SIR... Mireille	94	2	840	2	840	X			X		
LAN... Huguette	104	2	840			X					X
GRE... Gabrielle	88	2	840	2	840	X			X		
DES... Elisabeth	92	3	660			X					X
PUJ... Suzanne	89	3	660			X					X

Nom Prénom	Age	GIR dépistage visuel	Equiv.	GIR dépistage auditif	Equiv.	Dépistage visuel OUI	Dépistage visuel NON	Pas de réponse	Dépistage auditif OUI	Dépistage auditif NON	Pas de réponse
DAM... Benoit	79	4	420	4	420	X			X		
LE B... Denise	96	4	420	4	420	X			X		
LAM... Anna	98	2	840			X					X
LEM... Germaine	93	4	420			X					
FOU... Georges	90	2	840	2	840	X			X		
WIT... Jacqueline	99	2	840			X					X
HEN... Claudine	96	3	660			X					
PIS... Marie Andrée	104	2	840	2	840	X			X		
JOU... Bernadette	81	3	660	3	660	X			X		
CHA... Léontine	98	2	840			X					X
MIG... Thérèse	96	2	840	2	840	X			X		
LIS... Monique	90	4	420			X					X
CRE... Jacqueline	93	2	840			X					X
RAM... André	83			2	840			X	X		

Nom Prénom	Age	GIR dépistage visuel	Equiv.	GIR dépistage auditif	Equiv.	Dépistage visuel OUI	Dépistage visuel NON	Pas de réponse	Dépistage auditif OUI	Dépistage auditif NON	Pas de réponse
VAS... Liliane	81	2		2	840	X			X		
DUT... Solange	91			2	840			X	X		
DUT... Jacques	94			2	840			X	X		
HAN... Rachel	89			2	840			X	X		
DE M... Nathalie	89			3	660			X	X		
LOR... Bernadette	85			4	420		X		X		
LOU... Odile	71			2	840		X		X		
LOR... José	85						X				X
DOS... Giselle	97						X				X
MAR... Odette	95						X				X
DER... Odette	89						X				X
HEC... Germaine	105						X				X

Dépistage visuel (40,3% des Chênes d'Or) 4 hommes et 24 femmes âge moy. : 92 ans [GIR 2 (18) ; GIR 3 (5) ; GIR 4 (5)] GMP: 732,85

Dépistage auditif (28,35% des Chênes d'Or) 4 hommes et 15 femmes âge moy. : 88 ans [GIR 2 (13) ; GIR 3 (2) ; GIR 4 (4)] GMP: 732,63

Dépistage visuel EHPAD Les Chênes d'Or le 17/05/2018			
Nom Prénom	Antécédents	Découvertes	Conduites à tenir
CHE... Yvonne	Cataracte opérée OG Zona Ophtalmique OG	Taie cornée OG Pupille aréflexique OG	Visite Ophtalmo Examen cornée OG
WIT... Jacqueline	Cataracte opérée OD-OG Zona Ophtalmique OD	Taie cornée OD	Visite Ophtalmo Examen cornée OD FO OG
MIG... Thérèse	Cataracte opérée OD-OG Glaucome OD-OG Traitement (Ganfort)		Visite Ophtalmo Suivi Glaucome OD-OG
LIS... Monique	Cataracte opérée OD-OG Glaucome opéré OD Détachement rétine OD DMLA		Visite Ophtalmo Suivi Glaucome Détachement rétine FO OD
CHA... Léontine	Cataracte opérée OD-OG DMLA		Visite Ophtalmo FO OD-OG
FOU... Georges		Ptérygion OG	Visite Ophtalmo Examen cornée OG
LEB... Denise	Cataracte opérée OD-OG		Visite Ophtalmo FO OD-OG Myopie +
DES... Elisabeth	Cataracte opérée OD-OG* Chambre antérieure OG	Suspicion Glaucome ?	Visite Ophtalmo Glaucome ? Suivi si confirmé
SIR... Mireille	Cataracte opérée OG	Suspicion DMLA OG ? Déformation sur grille de Amsler	Visite Ophtalmo FO OG
MOR... Jacqueline			Visite Ophtalmo FO OD-OG
BEN... Louis	Cataracte opérée OD Ulcération cornée en 2015	Photophobie Sécrétions OD-OG	Visite Ophtalmo Examen cornée OD-OG

Dépistage visuel EHPAD Les Chênes d'Or le 17/05/2018			
Nom Prénom	Antécédents	Découvertes	Conduites à tenir
ROS... (+) Jacques	Cataracte opérée OD-OG		Visite Ophtalmo FO OD-OG
PIS... (+) Marie	Cataracte opérée OD-OG Chambre antérieure OD	Suspicion Glaucome ?	Visite Ophtalmo FO OD-OG (Pertinence ?!, âge ++, désorientation++)
LEM... Germaine			Visite Ophtalmo Examen cristallin FO OD-OG
PUJ... Suzanne	Cataracte opérée OD-OG DMLA		Visite Ophtalmo FO OD-OG
DAM... Benoit	Cataracte opérée OD		Rien à faire Equipement satisfaisant
CRE... Jacqueline			Rien à faire Equipement satisfaisant
VAS... Lilane			Rien à faire Equipement satisfaisant
LE B... Louise	Cataracte opérée OD-OG		Rien à faire Equipement satisfaisant
HEN... Claudine	Cataracte opérée OD-OG		Rien à faire Equipement satisfaisant
LAM... Anna	Glaucome		Rien à faire Trop basse vision
GRE... Gabrielle	Cataracte opérée OD-OG		Equipement verres progressifs
MOU... Anne-Marie	Cataracte opérée OD-OG		Equipement verres progressifs
JOU... Bernadette	Cataracte opérée OD-OG		Equipement verres progressifs

Dépistage visuel EHPAD Les Chênes d'Or le 17/05/2018			
Nom Prénom	Antécédents	Découvertes	Conduites à tenir
CAM... Anne	Cataracte opérée OG Glaucome OD Rétinopathie diabétique suivie		Equipement Vision de loin
LEM... Anne-Marie	Cataracte opérée OD-OG		Equipement verres progressifs
GAU... Jeanine	Cataracte opérée OG		Equipement verres progressifs
LAN... Huguette	Cataracte opérée OD-OG		Equipement verres progressifs

Les Chênes d'Or le 17/05/2018							
CHE... Yvonne	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					<1/10	<1/10
	OG					<1/40	<1/10
WIT... Jacqueline	Ancienne compensation (VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					6/10	5/10
	OG					<1/10	5/10
MIG... Thérèse	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	-1,00	-1,50	120	3,00	<1/10	5/10
	OG	-2,75			3,00	5/10	5/10
LIS... Monique	Ancienne compensation (3 B inf. OD)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+5,50	-2,50	30	3,00	5/10	4/10
	OG	+2,25	-1,50	160	3,00	4/10	4/10
CHA... Léontine	Ancienne compensation (DF)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+0,50	-1,00	140	3,50	<1/10	<1/10
	OG	plan	-1,25	110	3,50	<1/10	<1/10
FOU... Georges	Ancienne compensation (VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+3,00				5/10	6/10
	OG	+3,00				7/10	6/10
LEB... Denise	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	-5,25	-1,25	90	3,00	3/10	4/10
	OG	-3,50	-2,00	80	3,00	5/10	4/10
DES... Elisabeth	Ancienne compensation (VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+4,50				7/10	7/10
	OG	+3,50				7/10	7/10
SIR... Mireille	Ancienne compensation (DF)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+3,00	-1,00	0	3,00	<1/10	<1/10
	OG	plan	-1,75	150	3,00	<1/10	<1/10
MOR... Jacqueline	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					<1/10	<1/10
	OG					<1/10	<1/10
BEN... Louis	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					<1/10	<1/10
	OG					<1/10	<1/10
ROS... (†) Jacques	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	-1,00			3,00	<1/10	<1/10
	OG	-1,00			3,00	<1/10	<1/10

Les Chênes d'Or le 17/05/2018							
PIS... (†) Marie Andrée	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					?	?
	OG					?	?
LEM... Germaine	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					≈1/10	2/10
	OG					3/10	2/10
PUJ... Suzanne	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+1,00	-3,00	150	3,00	<1/10	<1/10
	OG	plan	-1,00	60	3,00	<1/10	<1/10
DAM... Benoit	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	-2,00	-1,00	60	2,75	9/10	8/10
	OG	-4,00			2,75	9/10	8/10
CRE... Jacqueline	Ancienne compensation (VL + VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+2,00			3,00	5/10	5/10
	OG	+2,00			3,00	5/10	5/10
VAS... Liliane	Ancienne compensation (VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+7,75	-1,00	20	3,00	5/10	6/10
	OG	+ 8,00	-1,50	0	3,00	6/10	6/10
VAS... Liliane	Nouvelle compensation Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+7,75	-1,00	20	3,00	5/10	6/10
	OG	+7,00	-1,50	0	3,00	7/10	6/10
LE B... Louise	Ancienne compensation (VL + VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	-1,00			3,00	6/10	5/10
	OG	-2,00			3,00	4/10	5/10
HEN... Claudine	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+2,00	-0,50	80	2,75	9/10	8/10
	OG	+1,25			2,75	9/10	8/10
LAM... Anna	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					<1/40	<1/40
	OG					<1/40	<1/40
GRE... Gabrielle	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+0,25	-2,00	120	2,75	7/10	5/10
	OG	-1,00	-1,00	90	2,75	6/10	5/10
GRE... Gabrielle	Nouvelle compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	10,25	-2,00	120	3,25	7/10	6/10
	OG	plan	-1,00	90	3,25	8/10	6/10

Les Chênes d'Or le 17/05/2018							
MOU... Anne-Marie	Ancienne compensation (VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+1,25				6/10	4/10
	OG	+1,25				6/10	4/10
MOU... Anne-Marie	Nouvelle compensation (VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+3,25				6/10	6/10
	OG	+3,00				6/10	6/10
JOU... Bernadette	Ancienne compensation (VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+2,50				6/10	5/10
	OG	+2,50				6/10	5/10
JOU... Bernadette	Nouvelle compensation (VL)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	-1,00			3,00	8/10	7/10
	OG	+1,00			3,00	8/10	7/10
CAM... Anne	Ancienne compensation (VL)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	-6,00	-2,00	80		<1/40	<1/10
	OG	-3,00	-3,50	80		<1/10	<1/10
CAM... Anne	Nouvelle compensation (VL)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	-6,00	-2,00	80		<1/40	<1/10
	OG	-3,00	-3,50	80		<1/10	<1/10
LEM... Anne-Marie	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
						4/10	2/10
						4/10	2/10
LEM... Anne-Marie	Nouvelle compensation (VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+3,25				4/10	4/10
	OG	+3,00				4/10	4/10
GAU... Jeanine	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+1,00	-0,75	30	2,75	8/10	5/10
	OG	+3,50	-1,00	120	2,75	6/10	5/10
GAU... Jeanine	Nouvelle compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+1,00	-0,75	30	3,50	8/10	7/10
	OG	+3,50	-1,00	120	3,50	6/10	7/10
LAN... Huguette	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					4/10	1/10
	OG					<1/10	1/10
LAN... Huguette	Nouvelle compensation (VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+3,00				4/10	4/10
	OG	+3,00				<1/10	4/10

Les Chênes d'Or le 17/05/2018							
PIS... Marie	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					?	?
	OG					?	?
LEM... Germaine	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					≈1/10	2/10
	OG					3/10	2/10
PUJ... Suzanne	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+1,00	-3,00	150	3,00	<1/10	<1/10
	OG	plan	-1,00	60	3,00	<1/10	<1/10
DAM... Benoit	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	-2,00	-1,00	60	2,75	9/10	8/10
	OG	-4,00			2,75	9/10	8/10
CRE... Jacqueline	Ancienne compensation (VL + VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+2,00			3,00	5/10	5/10
	OG	+2,00			3,00	5/10	5/10
VAS... Liliane	Ancienne compensation (VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+7,75	-1,00	20	3,00	5/10	6/10
	OG	+ 8,00	-1,50	0	3,00	6/10	6/10
VAS... Liliane	Nouvelle compensation Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+7,75	-1,00	20	3,00	5/10	6/10
	OG	+7,00	-1,50	0	3,00	7/10	6/10
LE B... Louise	Ancienne compensation (VL + VP)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	-1,00			3,00	6/10	5/10
	OG	-2,00			3,00	4/10	5/10
HEN... Claudine	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+2,00	-0,50	80	2,75	9/10	8/10
	OG	+1,25			2,75	9/10	8/10
LAM... Anna	Ancienne compensation						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD					<1/40	<1/40
	OG					<1/40	<1/40
GRE... Gabrielle	Ancienne compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	+0,25	-2,00	120	2,75	7/10	5/10
	OG	-1,00	-1,00	90	2,75	6/10	5/10
GRE... Gabrielle	Nouvelle compensation (Prog.)						
	Oeil	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	AV/VL	AV/VP
	OD	10,25	-2,00	120	3,25	7/10	6/10
	OG	plan	-1,00	90	3,25	8/10	6/10

Dépistage Auditif EHPAD « Les Chênes d'Or » le 12/04/2018								
NOM PRENOM	Antécédents Audioprothèse	Otoscopie		Audiogramme				Prescription d'un nouvel appareil
		Oreille D	Oreille G	Oreille D		Oreille G		
DAM... Benoit	Perforation Tympan Audioprothèse D et G de plus de 4 ans Marque : Phonak Type : Versata	Encombrement	Perforation Tympan	250	35	250	25	OUI Oreille D et G (Presbyacousie classique)
				500	40	500	40	
				1000	45	1000	50	
				2000	60	2000	55	
				4000	75	4000	65	
				8000	Ne	8000	70	
				PTA	55	PTA	52	
MOR... Jacqueline	Pas d'Audioprothèse	Rien à signaler	Rien à signaler	250	0	250	0	NON (Pas de réponse au test demandé)
				500	0	500	0	
				1000	0	1000	0	
				2000	0	2000	0	
				4000	0	4000	0	
				8000	0	8000	0	
				PTA	0	PTA	0	
RAM... (+) André	Pas d'Audioprothèse	Rien à signaler	Bouchon Cérumen	250	60	250	55	OUI Oreille D et G (Troubles auditifs Importants à Traiter rapidement)
				500	65	500	50	
				1000	60	1000	65	
				2000	60	2000	75	
				4000	90	4000	85	
				8000	Ne	8000	Ne	
				PTA	71	PTA	69	
LOR... Bernadette	Pas d'Audioprothèse Surdité	Encombrement	Encombrement	250	35	250	35	OUI Oreille D et G (Presbyacousie légère, son appareillage va dépendre de sa gêne au quotidien)
				500	35	500	35	
				1000	40	1000	45	
				2000	45	2000	45	
				4000	55	4000	55	
				8000	Ne	8000	75	
				PTA	44	PTA	45	

Dépistage Auditif EHPAD « Les Chênes d'Or » le 12/04/2018

NOM PRENOM	Antécédents Audioprothèse	Otoscopie		Audiogramme				Prescription d'un nouvel appareil
		Oreille D	Oreille G	Oreille D		Oreille G		
GAU... Jeanne	Audioprothèse D et G en bon état 5 ans Marque : Oticon Type : Alta							OUI Oreille D et G (asymétrie avec 74% de perte à D et 55% à G)
		Bouchon	Bouchon	250	60	250	55	
		Cérumen	Cérumen	500	60	500	50	
				1000	70	1000	45	
				2000	85	2000	65	
				4000	80	4000	60	
				8000	Ne	8000	Ne	
			74	PTA	55			
VAS... Liliane	Pas d'Audioprothèse							OUI Oreille D et G (Presbyacousie ancienne avec difficultés marquées en présence de bruit)
		Rien à signaler	Rien à signaler	250	45	250	55	
				500	40	500	50	
				1000	55	1000	55	
				2000	65	2000	75	
				4000	90	4000	80	
				8000	Ne	8000	Ne	
				PTA	62	PTA	65	
DUT... Jacques	Pas d'Audioprothèse							OUI Oreille D et G (Presbyacousie classique avec de très bons résultats d'appareillage envisageables)
		Rien à signaler	Rien à signaler	250	40	250	40	
				500	30	500	35	
				1000	50	1000	45	
				2000	65	2000	50	
				4000	70	4000	60	
				8000	85	8000	70	
				PTA	54	PTA	48	
PIS... (+) Marie	Audioprothèse D et G en mauvais état Marque : Oticon Type : Actil P							OUI Oreille D et G (Troubles auditifs importants qu'il faut régler rapidement)
		Bouchon	Bouchon	250	85	250	70	
		Cérumen	Cérumen	500	80	500	75	
				1000	80	1000	75	
				2000	80	2000	75	
				4000	90	4000	80	
				8000	Ne	8000	ne	
				PTA	84	PTA	78	

Dépistage Auditif EHPAD « Les Chênes d'Or » le 12/04/2018								
NOM PRENOM	Antécédents Audioprothèse	Otoscopie		Audiogramme				Prescription d'un nouvel appareil
JOU... Bernadette	Pas d'Audioprothèse	Oreille D	Oreille G	Oreille D		Oreille G		NON (Audition correcte à surveiller une fois par an)
		Rien à signaler	Rien à signaler	250	25	250	30	
				500	25	500	30	
				1000	25	1000	35	
				2000	25	2000	35	
				4000	40	4000	45	
				8000	55	8000	50	
				PTA	29	PTA	35	
CAM... Anne	Audioprothèse D Bon état Récent Marque : Siemens	Oreille D	Oreille G	Oreille D		Oreille G		OUI Oreille D et G (Troubles auditifs importants ; sa prothèse auditive actuelle ne lui apporte pas le confort auditif attendu)
		Bouchon Cérumen	Encombrement	250	55	250	65	
				500	60	500	65	
				1000	75	1000	75	
				2000	85	2000	85	
				4000	90	4000	95	
				8000	Ne	8000	Ne	
				PTA	78	PTA	80	
LOU... Odile	Pas d'Audioprothèse	Oreille D	Oreille G	Oreille D		Oreille G		OUI Oreille D et G (Presbycousie légère ; son appareillage va dépendre de sa gêne au quotidien)
		Un peu rouge	Un peu rouge	250	35	250	45	
				500	35	500	45	
				1000	40	1000	45	
				2000	50	2000	55	
				4000	60	4000	55	
				8000	75	8000	75	
				PTA	46	PTA	50	
DUT... Solange	Audioprothèse D et G De 10 ans Inutilisable Marque : Resoud	Oreille D	Oreille G	Oreille D		Oreille G		OUI Oreille D et G (Presbycousie ancienne, ses prothèses auditives actuelles ne lui procurent plus le confort attendu)
		Bouchon Cérumen	Bouchon Cérumen	250	65	250	50	
				500	55	500	55	
				1000	50	1000	55	
				2000	60	2000	60	
				4000	65	4000	65	
				8000	Ne	8000	ne	
				PTA	58	PTA	59	

Dépistage Auditif EHPAD « Les Chênes d'Or » le 12/04/2018

NOM PRENOM	Antécédents Audioprothèse	Otoscopie		Audiogramme				Prescription d'un nouvel appareil
		Oreille D	Oreille G	Oreille D		Oreille G		
MIG... Thérèse	Pas d'Audioprothèse	Rien à signaler	Rien à signaler	250	50	250	45	OUI Oreille D et G (Presbyacousie classique avec de très bons résultats envisageables)
				500	55	500	50	
				1000	55	1000	55	
				2000	55	2000	45	
				4000	50	4000	70	
				8000	70	8000	75	
				PTA	54	PTA	55	
GRE... Gabrielle	Audioprothèse perdue	Rien à signaler	Rien à signaler	250	50	250	60	OUI Oreille D et G (Presbyacousie ancienne ; il faut qu'elle porte des prothèses auditives)
				500	50	500	50	
				1000	50	1000	55	
				2000	65	2000	70	
				4000	75	4000	80	
				8000	Ne	8000	Ne	
				PTA	60	PTA	64	
SIR... Mireille	Pas d'Audioprothèse	Rien à signaler	Rien à signaler	250	80	250	80	OUI Oreille D et G (Troubles auditifs importants à traiter rapidement)
				500	80	500	80	
				1000	70	1000	70	
				2000	75	2000	75	
				4000	80	4000	90	
				8000	Ne	8000	Ne	
				PTA	76	PTA	79	
DE M... Nathalie	Pas d'Audioprothèse	Bouchon Cérumen	Bouchon Cérumen	250	65	250	65	OUI Oreille D et G (Troubles auditifs anciens importants à traiter rapidement)
				500	65	500	65	
				1000	65	1000	70	
				2000	70	2000	75	
				4000	70	4000	85	
				8000	NE	8000	NE	
				PTA	68	PTA	74	

Dépistage Auditif EHPAD « Les Chênes d'Or » le 12/04/2018								
NOM PRENOM	Antécédents Audioprothèse	Otoscopie		Audiogramme				Prescription d'un nouvel appareil
		Oreille D	Oreille G	Oreille D		Oreille G		
FOU... Georges	Audioprothèse D d'un an Bon état N'entend rien à G	Rien à signaler	Encombrement	250	75	250	0	OUI Oreille D (Grandes difficultés avec oreille G non entendante et oreille D très basse avec 75% de perte ; Prothèses auditives actuelles non adaptées)
				500	75	500	0	
				1000	70	1000	0	
				2000	75	2000	0	
				4000	80	4000	0	
				8000	NE	8000	0	
				PTA	75	PTA	0	
LEB... Denise	Audioprothèse D et G de 5 ans Bon état Marque : Resound	Rien à signaler	Rien à signaler	250	40	250	40	OUI Oreille D et G (Presbyacousie classique avec de très bon résultats d'appareillage envisageables)
				500	45	500	45	
				1000	45	1000	45	
				2000	50	2000	50	
				4000	60	4000	60	
				8000	80	8000	80	
				PTA	48	PTA	50	
HAN... Rachel	Audioprothèse D et G en réparation	Rien à signaler	Rien à signaler	250	75	250	75	OUI Oreille D et G (Grandes difficultés d'écoute. Il faut que ses appareils soient bien adaptés)
				500	80	500	80	
				1000	75	1000	70	
				2000	90	2000	75	
				4000	105	4000	80	
				8000	NE	8000	NE	
				PTA	88	PTA	76	