

# L'importance des cinq sens pour la qualité de vie

Guide à l'intention de  
tous les milieux de soins  
de longue durée



**sodexo**  
SERVICES DE QUALITÉ DE VIE

  
uOttawa

Un projet de recherche en collaboration entre Sodexo et l'Institut de recherche LIFE de l'Université d'Ottawa



est aujourd'hui le leader mondial des Services de Qualité de Vie. Présent dans 80 pays, Sodexo sert chaque jour 75 millions de consommateurs avec une offre unique de services sur site, de services avantages et récompenses et de services aux particuliers et à domicile. Parce qu'elle est facteur de bien-être et de motivation pour individus au travail, nous sommes convaincus que la Qualité de Vie est une source de performance pour les entreprises et les organisations dont nous sommes partenaires stratégiques. C'est pourquoi Sodexo s'attache à faire de la qualité de vie une réalité concrète, en réconciliant les besoins des personnes et les objectifs des milieux de soins. L'entreprise a cerné six dimensions de la Qualité de Vie des résidents sur lesquelles ses services ont une incidence directe :



#### **L'environnement physique**

qui comprend l'aménagement d'espaces propres et épurés, axés sur la sécurité et le confort



#### **La santé et le bien-être**

qui consistent à favoriser la santé des résidents par différents moyens



#### **Les interactions sociales**

qui comprennent le renforcement des liens entre les résidents et leurs familles, leurs amis et leurs fournisseurs de soins



#### **La reconnaissance**

qui encourage les fournisseurs de soins à mettre chaque jour leur expertise et leur bienveillance au service de leur travail



#### **La facilité et l'efficacité**

qui consistent à simplifier l'organisation du quotidien pour assurer le bien-être et l'accessibilité



#### **Le développement personnel,**

qui consiste à stimuler la curiosité et l'apprentissage continu



**uOttawa**

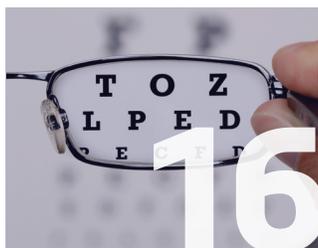
Créé en 2016, l'Institut de recherche LIFE est un centre de recherche établi à l'Université d'Ottawa (Canada). Il privilégie une expertise multidisciplinaire

et multisectorielle pour faire progresser la connaissance et la formation sur les différentes questions biologiques, physiques, mentales et sociales associées aux différentes périodes de la vie, et propose une nouvelle approche globale pour l'étude du vieillissement. Hébergé à la Faculté des sciences de la santé, qui comprend plus de 4000 étudiants et étudiantes et offre huit programmes professionnels ainsi que de nombreux programmes généraux, l'Institut de recherche LIFE est un excellent collaborateur pour Sodexo. Son principal partenaire est l'International Longevity Centre du Canada (ILC-Canada), un centre indépendant de réflexion sur les politiques.

Membre du consortium de 17 centres de l'ILC Global Alliance, ILC-Canada travaille principalement à la défense des droits des personnes âgées et appuie la création et l'application du savoir dont le monde a besoin pour bien s'adapter au vieillissement de la population.

En 2009, Sodexo s'est doté d'un centre de réflexion pour approfondir sa compréhension de la qualité de vie. L'Institut pour la Qualité de Vie de Sodexo est un laboratoire d'idées reposant sur la conviction que l'amélioration de la qualité de vie contribue au progrès des individus et à la performance des organisations. L'Institut a pour mission de rassembler et de promouvoir les leviers de l'amélioration de la qualité de vie et leur impact. Il mène cette mission en s'entourant d'un réseau d'experts externes, issus en particulier du milieu universitaire.

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>3</b>
L'équipe de recherche.....	6
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
À qui s'adresse ce guide?.....	8
Quel est l'objectif de ce guide?.....	9
Que contient ce guide?.....	9
Comment ce guide a-t-il été conçu?.....	9
<b>LES CINQ SENS CHEZ LES RÉSIDENTS</b> .....	<b>11</b>
Deux exemples fictifs.....	12
<b>L'OUÏE</b> .....	<b>13</b>
Que faut-il savoir au sujet des pertes d'audition des résidents?.....	14
Quelles sont les répercussions des pertes d'audition sur les résidents?.....	14
Quelles pratiques prometteuses les milieux de soins de longue durée peuvent-ils adopter?..	15
<b>LA VUE</b> .....	<b>16</b>
Que faut-il savoir au sujet des pertes de vision des résidents?.....	17
Quelles sont les répercussions des pertes de vision sur les résidents?.....	17
Quelles pratiques prometteuses les milieux de soins de longue durée peuvent-ils adopter?..	18
<b>LE GOÛT</b> .....	<b>20</b>
Que faut-il savoir à propos des pertes de sensibilité gustative des résidents?.....	21
Quelles sont les répercussions des pertes de sensibilité gustative sur les résidents?.....	21
Quelles pratiques prometteuses les milieux de soins de longue durée peuvent-ils adopter?..	22
<b>L'ODORAT</b> .....	<b>24</b>
Que faut-il savoir à propos des pertes d'acuité olfactive des résidents?.....	25
Quelles sont les répercussions des pertes d'acuité olfactive sur les résidents?.....	25
Quelles pratiques prometteuses les milieux de soins de longue durée peuvent-ils adopter?..	26
<b>LE TOUCHER</b> .....	<b>27</b>
Que faut-il savoir à propos des pertes de sensibilité tactile des résidents?.....	28
Quelles sont les répercussions du déclin du toucher sur les résidents?.....	28
Quelles pratiques prometteuses les milieux de soins de longue durée peuvent-ils adopter?..	29
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>30</b>
Glossaire.....	31
Ressources.....	32
Références bibliographiques.....	33



Nous sommes tous exposés au risque de manifester telle ou telle forme de déficience sensorielle liée au vieillissement. Qu'ils touchent la vue, l'ouïe ou un autre sens, ces changements peuvent avoir d'importantes répercussions sur la vie et les interactions sociales d'une personne.

Nous savons que les capacités sensorielles changent avec l'âge. Toutefois, nous en savons moins sur la façon d'adapter un milieu de vie en conséquence. Certaines mesures — modestes ou ambitieuses, ponctuelles ou combinées — peuvent apporter confort, bien-être et satisfaction aux personnes atteintes d'une déficience sensorielle. En faisant les bons changements au bon moment, il est possible d'améliorer de façon significative la qualité de vie des personnes âgées.



Chez Sodexo, notre mission est d'améliorer la qualité de vie de nos résidents. Nous sommes convaincus qu'en mettant la qualité de vie au cœur de notre vision, nous créons des milieux où il fait bon vieillir.

Nous avons entrepris d'étudier les sens dans le but de veiller à ce que nos résidents puissent bénéficier de réels bénéfices de nos services à long terme. Afin d'améliorer la qualité de vie, il est important pour nous et pour tous les acteurs de l'industrie de viser des normes de qualité toujours plus élevées.

Dans tous nos services — alimentation, nettoyage, buanderie, entretien et gestion des installations, communication numérique, livraison de repas, etc. —, nous tenons à nourrir une réelle réflexion permettant de tenir compte des changements sensoriels de façon à adoucir le vieillissement.

Notre travail dans ce domaine se poursuivra par la mise au point d'outils pour évaluer le niveau d'adaptation d'un milieu de vie aux changements sensoriels. Notre objectif est d'améliorer la qualité des soins à domicile et dans les milieux de soins de longue durée. Grâce à ces améliorations et à des évaluations régulières, nous augmenterons la qualité de vie des personnes âgées.

C'est un privilège de travailler avec l'Université d'Ottawa et l'Institut Sodexo pour la Qualité de Vie dans le but de réaliser notre vision et d'aider l'ensemble du secteur à améliorer la qualité de vie des résidents. Je remercie l'Université ainsi que notre équipe de recherche, notre clientèle qui aide à éprouver et à mettre en œuvre les recommandations, nos partenaires fournisseurs qui partagent notre désir de viser toujours plus haut, et notre personnel dont le travail reflète chaque jour la passion du service.

**Marc Plumart**

CEO, Sodexo Séniors Monde



Plus grande université bilingue (français-anglais) du monde et l'une des dix universités canadiennes les plus axées sur la recherche, l'Université d'Ottawa reconnaît l'importance, pour un établissement d'enseignement supérieur, de jouer un rôle citoyen et d'encourager ses membres à contribuer à la société.

Fidèle à cette perspective et à sa mission, la Faculté

des sciences de la santé s'efforce de répondre de façon proactive aux nombreux changements rapides qui marquent profondément nos systèmes de santé. Convaincue que l'amélioration des soins de santé passe en partie par les progrès scientifiques et technologiques, la Faculté s'est donné pour priorités d'encourager le développement du savoir par la créativité et l'innovation, et d'offrir des programmes d'études guidés et enrichis par la recherche et les nouvelles données scientifiques.

Les résultats de cette entreprise doivent toutefois trouver une pertinence dans un contexte mondial et un milieu du travail façonnés par de nouvelles réalités. Cet objectif ne peut s'atteindre en vase clos. On assiste actuellement à un changement démographique sans précédent qui fera exploser le nombre de personnes âgées souhaitant mener une vie bien remplie dans un milieu conçu pour combler ce désir. Il est donc essentiel de nouer des relations de collaboration et des partenariats clés qui donneront accès à toute une gamme de milieux propices à la transformation de la recherche en politiques et en mesures concrètes, à l'application des connaissances et à l'enseignement appliqué afin de former adéquatement les décideurs et les fournisseurs de soins de demain.

En tant que doyenne de la Faculté des sciences de la santé, je suis absolument ravie que notre faculté ait trouvé en Sodexo un partenaire du secteur privé qui partage son intérêt pour la qualité de vie, mais qui souhaite aussi travailler à la création de solutions à long terme adaptées à la réalité pour aider à façonner la définition et l'application des principes favorables à la qualité de vie.

C'est donc avec un grand enthousiasme que la Faculté célèbre le premier jalon de ce partenariat qu'elle espère à long terme et qui repose sur un but commun : élargir l'éventail de possibilités et de solutions pour les personnes vieillissantes et offrir à ces dernières le niveau et la qualité de soins accrus dont elles ont besoin pour vieillir dans le respect et la dignité.

### **Hélène Perrault Ph.D.**

Professeure et doyenne, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa



Au terme de notre première recherche sur les changements sensoriels et les milieux de soins de longue durée, je suis très heureux d'avoir travaillé en étroite collaboration avec la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa et mes collègues de Sodexo Seniors pour explorer l'importance des cinq sens pour la qualité de vie. Cette collaboration nous a permis de produire une étude éclairante et un outil pratique pour mesurer le niveau d'adaptation d'un milieu de vie aux changements sensoriels.

**Thomas Jelley**

Directeur, Institut pour la Qualité de Vie de Sodexo



### LINDA GARCIA, PhD

Professeure, École interdisciplinaire des sciences de la santé, et directrice fondatrice, Institut de recherche LIFE, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Linda Garcia s'intéresse principalement dans ses recherches à l'influence du milieu sur le fonctionnement des personnes atteintes de troubles d'origine neurologique, en particulier la démence. En collaboration avec des collègues d'autres domaines et ses étudiants, elle souhaite offrir des solutions pour faciliter l'intégration sociale des personnes ayant des limitations fonctionnelles. Elle travaille notamment à la mise au point d'interventions qui intègrent des approches basées sur les interactions et s'intéresse tout particulièrement à l'amélioration de la qualité de vie dans les milieux de soins de longue durée.



### CHANTAL BACKMAN, IA, MGSS, PHD

Professeure adjointe, École des sciences infirmières, et chercheuse affiliée, Programme d'épidémiologie clinique de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

Le programme de recherche de Chantal Backman vise à améliorer la qualité des soins, la sécurité du patient et l'expérience des personnes âgées au sein du système de santé. Son objectif global est de comprendre, de mesurer et d'évaluer l'efficacité 1) d'interventions axées sur la qualité et la sécurité des patients dans les hôpitaux de soins de courte durée, 2) d'interventions sécuritaires, centrées sur les besoins individuels et familiaux, pendant la transition entre les soins hospitaliers et les soins à domicile des personnes âgées atteintes de multiples affections chroniques, et 3) des pratiques adaptées aux capacités sensorielles des résidents dans les centres de soins de longue durée.



### MICHELLE CRICK

Candidate au doctorat, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa

Infirmière en santé mentale, Michelle Crick a occupé différentes fonctions en milieu clinique, en gestion et dans le milieu universitaire au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande. Elle est actuellement étudiante en doctorat à l'École des sciences infirmières de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa. Elle s'intéresse au rôle des processus réglementaires et à leurs répercussions sur les soins prodigués aux personnes âgées souffrant de dépression qui vivent en centre de soins de longue durée en Ontario. Elle est aussi assistante de recherche à l'Université d'Ottawa.



### **DANIELLE CHO-YOUNG**

Étudiante à la maîtrise, École des sciences infirmières,  
Université d'Ottawa

Danielle Cho-Young a obtenu son baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Western Ontario en 2013. En tant qu'infirmière autorisée, elle a travaillé pendant près de trois ans à l'Unité clinique de neurosciences du Centre des sciences de la santé de London (Ontario, Canada), où elle a soigné de nombreuses personnes âgées gravement malades qui avaient subi un traumatisme crânien lors d'une chute à la maison. Consciente de la fréquence de ce type d'hospitalisation, Danielle Cho-Young souhaite réduire les chutes chez les personnes âgées et, ultimement, aider les gens à vieillir chez eux dans les meilleures conditions possibles.



### **MEGAN SCHARF**

Étudiante de quatrième année, École des sciences infirmières,  
Université d'Ottawa

Megan Scharf s'intéresse à la recherche en soins infirmiers ambulatoires, surtout en ce qui a trait aux milieux de soins de longue durée. Elle s'intéresse également à l'amélioration de l'accès à l'information et aux services de santé par la technologie. Entre autres réalisations depuis son arrivée à l'Université d'Ottawa, elle a notamment participé au Programme d'initiation à la recherche au premier cycle (2016-2017), obtenu une bourse d'excellence (2017) et figuré au Palmarès de la doyenne (de 2012 à aujourd'hui).

La proportion de personnes âgées sur la planète augmente rapidement. Selon les Nations Unies, le nombre de personnes de plus de 60 ans, estimé à environ 900 millions en 2015, pourrait atteindre 1,4 milliards d'ici 2030. Cette augmentation s'accompagnera forcément d'une explosion du nombre de cas de maladies et d'affections liées au vieillissement. Selon le Journal of the American Geriatrics Society, plus de 90 % des adultes vieillissants subiront une ou plusieurs pertes d'acuité sensorielle.

Nous sommes conscients que les effets nuisibles des déficiences sensorielles sur les personnes âgées qui habitent en milieu de soins de longue durée sont encore peu connus. Or, le fait de négliger l'importance des cinq sens peut mettre la qualité de vie et la santé de ces personnes en péril<sup>1</sup>. Si plus d'un sens est affecté, la personne doit parfois même renoncer entièrement à réaliser de façon autonome certaines activités ou tâches élémentaires de la vie quotidienne.

Cette Étude vise l'élaboration et la mise en œuvre d'une approche axée sur les cinq sens pour les milieux de soins de longue durée.

Les termes pour désigner les milieux de soins de longue durée varient d'une région et d'un pays à l'autre : centre d'hébergement et de soins de longue durée, résidence, centre de soins infirmiers spécialisés, maison de repos, etc. Ce guide utilise le terme « milieu de soins de longue durée » pour désigner tout milieu de soins résidentiels (résidence pour personnes autonomes ou semi-autonomes, centre de soins infirmiers spécialisés, etc.) offrant des services structurés (logement, services alimentaires, etc.) ou du soutien et des soins fonctionnels<sup>2</sup>.

Notre objectif est de mettre la plus récente information à la disposition des résidents, des familles, des fournisseurs de soins, des dirigeants et des décideurs pour les aider à adapter les milieux de vie aux déficiences sensorielles. Le fait de comprendre l'effet de ces déficiences et de savoir comment y réagir en milieu de soins de longue durée recentrera les soins sur le résident et sa famille, et enfin, améliorera leur qualité de vie. Il s'agit de la première partie d'un projet de recherche entre l'Université d'Ottawa et Sodexo sur les sens et le vieillissement.

### Le présent guide s'adresse :



**Aux fournisseurs de soins qui travaillent en milieux de soins de longue durée**



**Aux dirigeants et équipes de direction des milieux de soins de longue durée**



**Aux résidents des milieux de soins de longue durée et à leurs familles**

## Quel est l'objectif de ce guide?

Les déficiences sensorielles peuvent masquer les capacités réelles d'une personne : ce qu'elle est véritablement capable de faire. Le but de ce guide est de faire comprendre l'importance des sens pour la qualité de vie des personnes qui habitent en milieux de soins de longue durée et de proposer des stratégies éprouvées pour répondre aux besoins des résidents. Dans ces milieux, une déficience sensorielle peut avoir de nombreuses conséquences : la personne, par exemple, ne réagit pas quand on l'appelle (ouïe), ne mange pas parce qu'elle ne voit pas le contenu de son assiette (vue), fait fréquemment des chutes (vue, ouïe, toucher), etc. Il existe toutefois de nombreuses stratégies pour atténuer les répercussions des pertes d'acuité sensorielle sur le quotidien des résidents ainsi que sur leurs familles et leurs soignants.

Tout un chacun — résidents, familles, fournisseurs de soins, dirigeants — peut participer à l'adaptation des milieux et des approches pour aider les personnes ayant une déficience sensorielle à interagir au maximum avec leur entourage, indépendamment des autres problèmes de santé qui les affligent.

## Que contient ce guide?

Nous présentons les cinq sens un par un en précisant :

- ce qu'il faut savoir à propos des changements sensoriels chez les résidents;
- les répercussions de ces changements sur l'expérience des résidents en milieux de soins de longue durée;
- les pratiques prometteuses que les milieux de soins de longue durée peuvent adopter.

En conclusion de ce guide, nous proposons une « approche axée sur les cinq sens » à l'intention des milieux de soins de longue durée.

## Comment ce guide a-t-il été conçu?

Ce guide a été réalisé au travers d'une démarche interactive et participative comprenant un examen exhaustif de la documentation sur le sujet, une analyse du milieu et la consultation d'importantes parties prenantes. Bien qu'il comprenne des pratiques en vigueur partout dans le monde, le guide ne porte aucun jugement sur la qualité des données qui les étayent.

L'Étude sur les cinq sens fait partie d'un projet en plusieurs phases qui comprend des vérifications sur place et la validation des résultats. Des premières consultations de validation ont d'ailleurs déjà eu lieu. Un apprentissage en continu nous permettra de valider et de mettre à jour le contenu du guide tout en veillant à ce qu'il soit facile à lire et à appliquer. Notre public ciblé a participé à l'élaboration du contenu, ce qui nous a permis d'adapter le guide à ses besoins et à ses préférences.

Lors d'une prochaine étape de nos travaux, nous évaluerons officiellement les résultats du guide à l'aide d'un cadre reconnu de mise en application des connaissances<sup>3</sup>. De façon plus précise, nous commencerons par déterminer ce qui freine ou facilite la mise en œuvre de l'approche axée sur les cinq sens en milieu de soins de longue durée. Après avoir éliminé les obstacles franchissables, nous mettrons cette approche en œuvre dans plusieurs centres et effectuerons des comparaisons des résultats obtenus d'un endroit à l'autre.

Les résultats de l'Étude sur les cinq sens nous permettront de mieux comprendre :

- la complexité des interactions entre les cinq sens;
- la relation entre les changements sensoriels et les soins centrés sur la personne et la famille;
- la capacité des déficiences sensorielles de « masquer » les capacités réelles d'une personne et de faire croire à tort qu'elle souffre de troubles de nature cognitive ou autre.

L'approche que nous proposons permettra aux différentes parties prenantes (résidents, familles, fournisseurs de soins, dirigeants, etc.) de déterminer jusqu'à quel point leur milieu de soins de longue durée est adapté aux déficiences sensorielles et d'apporter les changements nécessaires pour améliorer la qualité de vie et le quotidien des résidents et de leurs familles.



# LES CINQ SENS CHEZ LES RÉSIDENTS

---

## Le saviez-vous?

La fonction des cinq sens — l'ouïe, la vue, le goût, l'odorat, le toucher — a tendance à diminuer avec l'âge<sup>4,5</sup>, ce qui peut créer des difficultés à communiquer, à prendre plaisir à certaines activités et à interagir avec les gens<sup>1</sup>. À mesure que l'espérance de vie augmente, on s'attend à ce que la prévalence des déficiences sensorielles liées au vieillissement augmente aussi partout dans le monde<sup>5</sup>. Les changements sensoriels peuvent perturber les activités quotidiennes. Souvent, ils accentuent aussi les sentiments d'isolement et de dépression<sup>1,4,6</sup>.

Les sens nous donnent de l'information sur notre environnement en analysant les sons, la lumière, les odeurs, les saveurs et les textures<sup>4</sup>. À mesure que nous vieillissons, les sens doivent être stimulés davantage pour percevoir ces sensations<sup>1,4,6</sup>. L'ouïe et la vue sont les deux sens qui s'atténuent le plus souvent avec l'âge<sup>1,4</sup>. Les lunettes et les appareils auditifs, de même que certains changements dans les habitudes de vie et l'environnement, peuvent faciliter l'adaptation aux pertes d'acuité visuelle ou auditive<sup>4,6</sup>.

**Les personnes âgées méritent de bénéficier des meilleurs soins possibles. Les milieux de soins de longue durée devraient régulièrement évaluer les sens de leurs résidents afin de détecter d'éventuels changements et d'adapter leurs soins en conséquence.**

## DEUX EXEMPLES FICTIFS

### Mettez-vous dans la peau de

Jasmine Dubois, 78 ans, est veuve et demeure dans une maison de soins infirmiers spécialisés. Ses quatre enfants adultes habitent assez loin d'elle et elle ne les voit pas aussi souvent qu'elle le souhaiterait. Elle se déplace à l'aide d'un déambulateur, et a besoin d'aide pour sortir à l'extérieur. Elle est cardiaque, diabétique, s'est récemment fait enlever des cataractes et souffre d'arthrite et d'ostéoporose. Elle a besoin d'aide pour différentes activités quotidiennes comme se laver et s'habiller. Elle porte un appareil auditif. Parfois, il faudrait en remplacer les piles, mais Mme Dubois ne peut le faire elle-même. Elle porte des lunettes, mais les laisse parfois dans sa chambre, ce qui l'empêche de regarder la télévision ou de lire. Elle dit parfois à son équipe de soins qu'elle a un drôle de goût dans la bouche et qu'elle a perdu son appétit. Avant, elle aimait se promener dans le jardin, mais elle ne perçoit plus l'odeur des fleurs. Elle dit s'ennuyer de s'occuper de son chien.



Vikram Hakesh est un homme de 82 ans. Il est marié, mais habite dans un centre de soins de longue durée depuis qu'il a fait un AVC, il y a trois ans. Sa femme vient le voir chaque jour. L'AVC a entraîné une perte de mémoire, de la confusion, une faiblesse du côté gauche et une tendance à l'impulsivité. M. Hakesh ne voit pas les gens ou les objets qui se trouvent à sa gauche. Il a utilisé un appareil auditif pendant plusieurs années, mais refuse de le porter depuis son AVC. Il a aussi du mal à avaler depuis son AVC et est sensible aux odeurs désagréables. La nuit, ses fournisseurs de soins doivent lui donner des soins d'hygiène et le changer de position régulièrement.

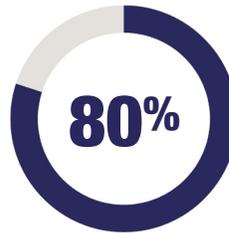




L'OUÏE | Faits et statistiques



de la population mondiale (360 millions) vit avec une perte d'audition invalidante<sup>7</sup>.

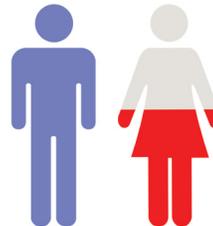


des personnes de plus de 85 ans subiront une perte d'audition perceptible<sup>4</sup>.



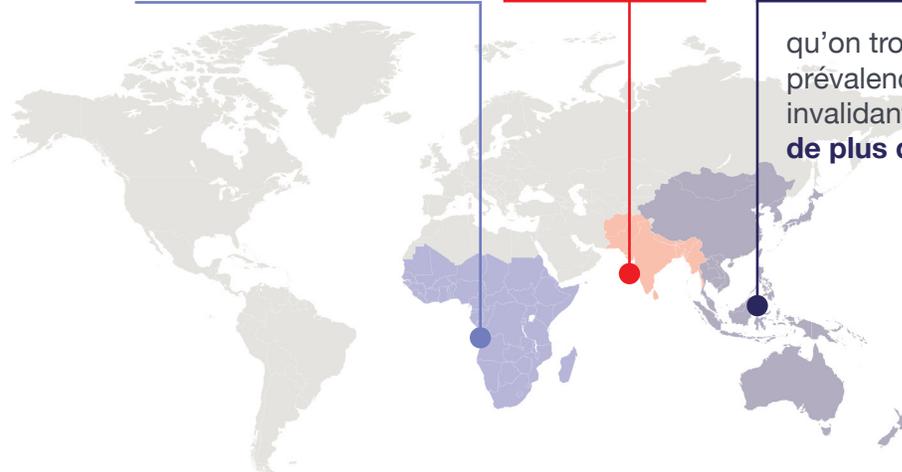
des personnes de plus de 65 ans souffrent d'une perte d'audition perceptible.

C'est généralement la capacité d'entendre les sons aigus qui décline en premier<sup>4</sup>.



La proportion de pertes d'audition chez les **hommes de plus de 30 ans est deux fois plus élevée que chez les femmes du même âge**<sup>1, 4, 5, 8</sup>.

C'est en Afrique subsaharienne en Asie du Sud et en Asie-Pacifique



qu'on trouve la plus forte prévalence de pertes d'audition invalidantes chez **les personnes de plus de 65 ans**<sup>7</sup>.

**PRATIQUE PROMETTEUSE**

Offrir une stimulation auditive apaisante sous forme de **sons de nature**<sup>17</sup>.



### Que faut-il savoir au sujet des pertes d'audition des résidents?

Le vieillissement peut entraîner le déplacement et la déformation des structures de l'oreille interne, ce qui cause souvent des problèmes d'audition<sup>4,6</sup>. On appelle presbyacousie la perte d'audition liée au vieillissement<sup>4,6</sup>. Elle affecte les deux oreilles et commence généralement par une diminution de la capacité de percevoir les sons aigus (p. ex., une voix d'enfant, les gazouillis d'un oiseau)<sup>4,8</sup>.

L'oreille joue un rôle central non seulement dans l'audition, mais aussi dans l'équilibre. La perte de capacité auditive peut donc aussi se manifester par des pertes d'équilibre dans les activités quotidiennes; elle peut créer des problèmes même si la personne est assise<sup>4,6</sup>.

À mesure que la perte d'audition s'accroît, les résidents peinent davantage à distinguer des sons de différentes fréquences<sup>4,6</sup>. Il peut être difficile, par exemple, d'entendre leur interlocuteur en présence de bruit de fond, par exemple dans une salle à manger achalandée ou durant un rassemblement<sup>4,6</sup>.

L'acouphène, soit la perception d'un bruit ou d'un sifflement dans les oreilles, est un autre problème auditif courant chez les résidents. L'acouphène n'est pas une maladie en soi. Il est généralement le symptôme d'un problème sous-jacent. Chez les personnes âgées, il peut être causé par des changements dans l'oreille interne en raison d'une accumulation de cérumen ou des effets secondaires de certains médicaments<sup>9</sup>.

### Quelles sont les répercussions des pertes d'audition sur les résidents?

Le niveau de bruit dans les milieux de soins de longue durée peut avoir des effets considérables sur les résidents, qu'ils vivent ou non avec une perte d'audition<sup>4,6</sup>. Le fait de mal entendre nuit tout particulièrement aux interactions sociales<sup>4,6</sup>. La personne a plus de difficulté à participer aux conversations,

ce qui peut mener à l'isolement<sup>4,6</sup>. De même, les résidents qui ont un problème auditif ont parfois l'air de ne pas comprendre ce qui se passe durant les examens médicaux, ce qui peut entraîner un faux diagnostic de trouble cognitif ou de démence<sup>6</sup>.

En général, le niveau de bruit est plus élevé qu'avant dans les milieux de soins de longue durée en raison du recours accru aux technologies médicales et aux télécommunications (téléphones cellulaires, dispositifs d'alarme personnels, etc.)<sup>4</sup>. Parmi les sources de bruit les plus courantes :

- les couloirs bruyants (va-et-vient des visiteurs, du personnel et des autres résidents, changements de quart, etc.)<sup>4,6</sup>;
- les appareils de divertissement (téléviseur, radio, etc.)<sup>4,6</sup>;
- l'utilisation ou le mouvement de l'équipement (portes d'ascenseur, alarmes, téléphone, interphone, chariots d'entretien ménager)<sup>4,6</sup>.

Un niveau de bruit élevé peut avoir des répercussions néfastes directes sur la santé physique et psychologique des résidents. Il peut causer des troubles du sommeil et du stress, et rendre les résidents plus susceptibles d'avoir une mauvaise opinion des compétences de leurs fournisseurs de soins<sup>10</sup>. De nombreuses études se sont penchées sur les effets nuisibles du bruit. Par exemple :

- les bruits soudains et inattendus peuvent augmenter la fréquence cardiaque. Il a aussi été démontré qu'ils nuisent à la convalescence<sup>10</sup>;
- une exposition constante à des niveaux de bruit élevés peut entraîner une augmentation de la tension artérielle au fil du temps<sup>11,12,13</sup>.



## Quelles pratiques prometteuses les milieux de soins de longue durée peuvent-ils adopter?

Tous les bruits sont des sons, mais les sons ne sont pas tous du bruit. Le bruit se définit comme « tout son pouvant produire un effet physiologique ou psychologique indésirable chez une personne ou un groupe<sup>14</sup> ». Bref, on peut considérer tout « son indésirable<sup>15</sup> » comme du bruit. Il s'agit toutefois d'une notion très subjective. Par exemple, le son des pas d'une infirmière dans le couloir peut rassurer certains résidents et en déranger d'autres. De même, le son du piano est calmant et relaxant pour certaines personnes, mais dérangeant pour d'autres<sup>16</sup>.

Nous parcourons ci-dessous diverses pratiques prometteuses qui peuvent augmenter le confort des milieux de soins de longue durée pour les personnes ayant subi une perte d'audition.



### Introduction de sons apaisants dans l'environnement

Certains bruits sont indésirables, mais le bon type de stimulation auditive peut influencer favorablement sur l'humeur et favoriser la détente et les capacités cognitives. Un environnement multi-sensoriel peut offrir une stimulation auditive apaisante sous forme de :

- sons de nature (chants d'oiseaux, cascade, vagues)<sup>17</sup>;
- musiques sélectionnées selon les préférences personnelles<sup>18</sup>.



### Réduction du bruit inutile

Certaines actions simples permettent de limiter les sons indésirables. Entre autres stratégies recommandées<sup>19-21</sup>, nous pouvons notamment :

- réduire le bruit de fond au maximum (en portant attention au choix, à la conception et à l'entretien des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation);
- utiliser le mode vibration des appareils plutôt que les alarmes sonores (p. ex., téléphones cellulaires);
- utiliser des matériaux qui absorbent le son (revêtements de sol, panneaux de plafond, tissus d'ameublement, etc.) là où c'est possible;
- séparer les lieux calmes (p. ex., chambres à coucher) des lieux bruyants (p. ex., salle à manger);
- établir des horaires d'entretien (ménager ou autre) qui ne perturberont pas le sommeil, le repos et les activités thérapeutiques des résidents.



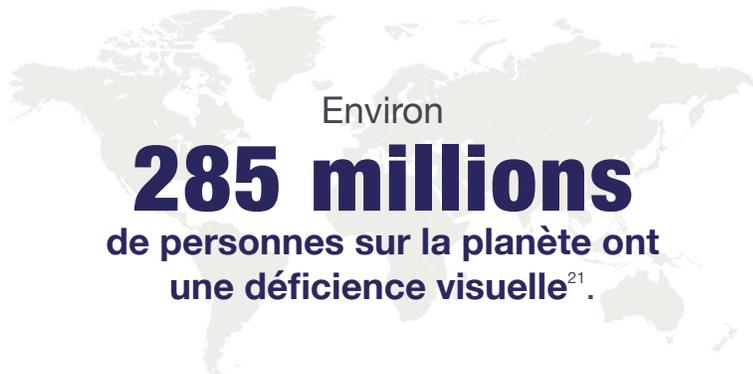
### Protéger la confidentialité des conversations

Il est important de pouvoir discuter en privé dans les milieux de soins de longue durée, ce qui peut être difficile à faire si le niveau de bruit ambiant est trop faible. À l'inverse, les bruits forts peuvent faire sursauter. L'idéal est d'atteindre un équilibre entre le silence absolu et un bruit de fond excessif. Si le niveau de bruit compromet la confidentialité des conversations, l'une des options suivantes peut être envisagée :

- installer un système de masquage sonore<sup>20</sup>;
- donner accès à des endroits pour discuter en privé<sup>19</sup>;
- sensibiliser le personnel par rapport à l'impact du bruit et de la confidentialité<sup>19</sup>.



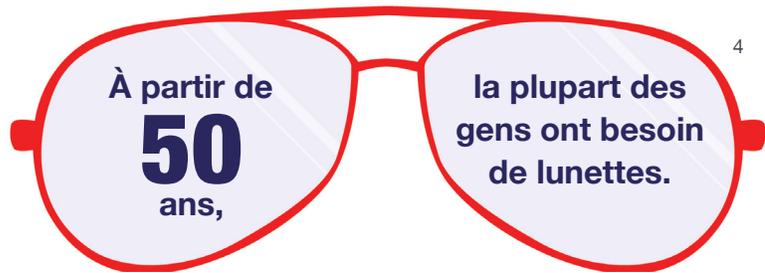
LA VUE | Faits et statistiques



des déficiences visuelles **sont évitables ou guérissables**<sup>21</sup>.



En vieillissant, **les yeux produisent moins de larmes**, ce qui augmente l'inconfort causé par la sécheresse oculaire<sup>4</sup>.



L'affaiblissement des muscles oculaires causé par le vieillissement limite la rotation de l'œil, ce qui réduit le champ de vision<sup>23</sup>.



La prévalence des déficiences visuelles est **la même chez les hommes et les femmes**<sup>23</sup>.



Les personnes âgées ont parfois de la difficulté à percevoir le contraste entre la lumière et l'obscurité. **Certaines distinguent aussi moins bien les couleurs**<sup>23</sup>.

**PRATIQUE PROMETTEUSE**

Utiliser des éclairages de différentes couleurs selon le moment de la journée<sup>32</sup>.



## Que faut-il savoir au sujet des pertes de vision des résidents?

Le vieillissement entraîne des changements dans les structures de l'œil. Entre autres, les pupilles réagissent plus lentement et s'adaptent moins bien aux variations de luminosité, ce qui peut réduire la tolérance à l'éblouissement. L'acuité visuelle et la perception de la profondeur diminuent aussi lentement. Les gens peinent à voir clairement les objets à proximité<sup>24</sup>. Ils peuvent même avoir de la difficulté à voir un interlocuteur assis en face d'eux.

La perte de vision naturelle qui survient avec le vieillissement s'appelle la presbytie. Cette dernière se corrige par des lunettes, des lentilles cornéennes ou une opération<sup>25</sup>. Il existe aussi plusieurs troubles de la vue courants dont la fréquence augmente avec le vieillissement, dont :

- les cataractes (opacification du cristallin)<sup>26</sup>;
- le glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'œil)<sup>26</sup>;
- dégénérescence maculaire (maladie de la macula, partie de l'œil responsable de la vision centrale)<sup>26</sup>;
- la rétinopathie (maladie de la rétine pouvant être causée par le diabète ou l'hypertension)<sup>26</sup>;
- la négligence spatiale unilatérale, qui se manifeste par une incapacité à prendre en compte certains stimuli sensoriels. La personne, par exemple, ne voit que la moitié de son assiette ou d'une horloge. Souvent, il s'agit d'une séquelle d'un accident vasculaire cérébral. C'est la capacité du cerveau de traiter les images, et non la capacité de l'œil de former une image, qui est en cause<sup>27</sup>.

Ces problèmes peuvent se manifester par des taches dans le champ de vision, une vision embrouillée ou une diminution de la vision centrale ou périphérique<sup>26</sup>, ce qui peut limiter la capacité d'interagir avec les autres ou de vaquer à des activités courantes.

L'âge peut aussi diminuer la capacité de voir et de distinguer les couleurs<sup>24</sup>. Ce problème peut également découler de divers troubles oculaires ou d'autres affections liées au vieillissement comme le diabète<sup>28</sup>.

## Quelles sont les répercussions des pertes de vision sur les résidents?

En milieu de soins de longue durée, l'environnement physique et la communication non verbale peuvent présenter des défis particuliers pour les personnes qui ont une déficience visuelle. Les éléments visuels de la communication non verbale comprennent les gestes, les expressions faciales, la position du corps et le contact visuel<sup>10</sup>. Il est facile, lorsqu'on ne voit pas bien des gestes qui pour d'autres sont évidents, de mal interpréter une conversation ou une situation. Par exemple, la faible vue d'un résident pourrait l'empêcher de réagir de façon appropriée à la nervosité ou à l'agitation d'un autre résident.

Certains aspects de l'environnement physique peuvent aussi poser problème. Par exemple, un résident qui ne voit pas bien d'un côté depuis qu'il a subi un AVC pourrait avoir du mal à voir les dangers de ce côté<sup>27</sup>. Parmi les autres caractéristiques de l'environnement physique potentiellement problématiques, nous trouvons également :

- les palettes de couleurs pâles ou monochromes (p. ex., la même couleur déclinée en plusieurs teintes)<sup>29</sup>;
- les couleurs qui ont tendance à se confondre (le bleu, par exemple, est plus difficile à percevoir que les autres couleurs; le vert et le bleu tendent aussi à se confondre)<sup>24</sup>;
- l'éclairage vertical qui se situe dans la zone bleue du spectre lumineux; utilisé de nuit, il peut nuire à la qualité du sommeil et de la récupération<sup>30</sup>;
- les environnements visuellement complexes ou non familiers<sup>24</sup> (p. ex., de multiples couloirs qui compliquent l'orientation);
- l'encombrement ou la présence d'objets non familiers dans les aires communes et les couloirs ou sur les tables<sup>24</sup>;
- les surfaces qui réfléchissent la lumière (p. ex. éblouissement causé par un plancher trop ciré) et les variations d'éclairage (p. ex. passer d'une salle à manger très éclairée à un couloir sombre)<sup>24</sup>.

## Quelles pratiques prometteuses les milieux de soins de longue durée peuvent-ils adopter?



### Éclairage

- Veiller à ce que l'éclairage soit uniforme et non fragmenté pour éviter le plus possible la confusion et la désorientation<sup>31</sup>
- Munir les couloirs ou les salles de bain de veilleuses rouges pour aider les résidents à s'orienter la nuit sans trop perturber leur rythme circadien<sup>32</sup>
- Utiliser des éclairages de différentes couleurs selon le moment de la journée (p. ex., bleu le jour et rouge la nuit)<sup>32</sup>
- Laisser la personne contrôler son propre éclairage (p. ex., installer des interrupteurs muraux faciles à voir ou des systèmes d'éclairage à télécommande ou à contrôle vocal ou gestuel)<sup>32</sup>
- Veiller à ce que l'éclairage dans chaque salle soit d'au moins 323 lux (flux lumineux reçu par unité de surface)<sup>33</sup> pour que les personnes dont la vue est basse aient suffisamment de lumière pour bien voir
- Maintenir des niveaux d'éclairage similaires d'une salle à l'autre<sup>31</sup>
- Utiliser de multiples sources d'éclairage plutôt qu'une seule lumière intense qui peut causer de l'éblouissement<sup>24</sup>
- Fournir une lumière naturelle par la présence de fenêtres<sup>31</sup>



### Éviter l'éblouissement

- Choisir des revêtements de sol qui ne réfléchissent pas la lumière (p. ex., moquettes) pour atténuer la fatigue et l'inconfort oculaires<sup>31</sup>
- Privilégier les finis mats sur les murs, les tables et les autres surfaces intérieures pour atténuer l'éblouissement<sup>24</sup>



### Éviter l'encombrement

- Maintenir un environnement ordonné (p. ex., s'il y a peu d'objets sur la table, il sera plus facile de trouver ce que l'on cherche)<sup>24</sup>
- Ne pas changer les objets, l'équipement et le mobilier de place<sup>24</sup> pour aider les résidents à trouver facilement ce qu'ils cherchent et ainsi réduire le risque de chute

## LE RYTHME CIRCADIEN

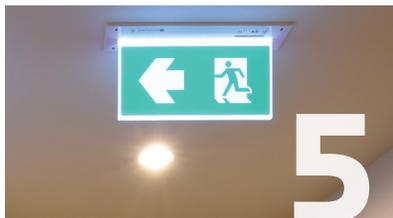
**Le terme rythme circadien désigne une série de changements physiologiques se déroulant sur une période de 24 heures. Plusieurs facteurs internes et externes peuvent influencer sur ces changements, dont, en particulier, la lumière. Le rythme circadien a plusieurs fonctions importantes, dont celle de réguler le cycle veille-sommeil<sup>34</sup>.**

**La mélatonine est une hormone sécrétée par le cerveau lorsqu'il fait nuit pour faciliter le sommeil, processus qui fait partie du rythme circadien<sup>34</sup>. Selon certaines recherches, la lumière bleue, plus que toute autre lumière de couleur, inhiberait la sécrétion de mélatonine, entraînant donc des difficultés à s'endormir ou à rester endormi<sup>35,36</sup>.**



#### Utiliser les couleurs

- Contraster des couleurs chaudes/pâles et des couleurs froides/foncées (p. ex. jaune et bleu) pour aider les résidents à voir et à distinguer les différentes zones<sup>37</sup>
- Utiliser des couleurs contrastantes pour les surfaces et les objets qui se touchent (p. ex. mur et plancher, mur et toilette, assiette et nappe). Ils seront ainsi plus faciles à voir<sup>38</sup>
- Utiliser des codes de couleur (notamment dans la signalétique, par exemple le vert pour les toilettes)<sup>24</sup>
- Préférer les couleurs vives aux tons pastels<sup>39</sup>



#### Communication visuelle augmentée

- Veiller à la clarté de la signalétique des salles, des sorties, etc. (gros caractères, police simple, espacement adéquat et contraste suffisant entre le texte et l'arrière-plan)<sup>37</sup>
- Utiliser des stratégies pour atténuer les effets de la négligence spatiale unilatérale (voir la page 17). On peut notamment encourager les résidents qui en sont atteints à utiliser leur côté négligé ou les aborder de ce côté pour les aider à mieux prendre conscience de leur environnement<sup>27</sup>. Il faut toutefois s'assurer en parallèle que les besoins de la personne sont comblés (p. ex. l'aider à voir l'ensemble de son repas quand elle mange ou s'assurer qu'elle est consciente de certains dangers).





LE GOÛT | Faits et statistiques

Nos quelque **9,000 papilles peuvent** détecter



**le sucré, l'aigre, le salé, l'amer et l'umami<sup>1</sup>.**

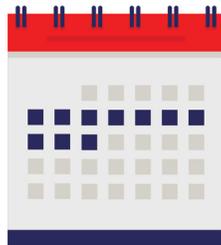
Le nombre de papilles diminue de façon importante entre :



**40-50** ans chez les femmes, et



**50-60** ans chez les hommes<sup>1</sup>.



Les cellules sensorielles de la gustation vivent

**10 jours.**

Elles sont remplacées régulièrement tout au long de notre vie<sup>40</sup>.

**PRATIQUE PROMETTEUSE**

Cultiver un potager, ce qui peut à la fois être une source de nourriture et une activité thérapeutique<sup>46</sup>.



## Que faut-il savoir à propos des pertes de sensibilité gustative des résidents?

Le goût joue un rôle clé dans l'envie et le plaisir de manger. Il aide aussi à prévenir la consommation d'aliments toxiques. Chaque papille contient des cellules sensorielles qui peuvent détecter les cinq saveurs fondamentales : sucré, salé, aigre, amer, umami<sup>41</sup>. La capacité de distinguer ces saveurs diminue en vieillissant<sup>42</sup>. Le goût et l'odorat sont étroitement liés, car l'odeur des aliments en rehausse souvent la saveur<sup>43</sup>. La perte d'acuité olfactive associée au vieillissement peut donc aussi affecter le goût.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à une perte de sensibilité gustative, dont :

- la diminution du nombre de papilles et de leur sensibilité causée par le vieillissement<sup>1</sup>;
- la diminution de la production de salive causée par le vieillissement, source de sécheresse buccale<sup>44</sup>;
- le port de dentiers<sup>44</sup>;
- une hygiène buccale déficiente<sup>24</sup>;
- certains médicaments<sup>24</sup>, surtout si on les mélange à la nourriture;
- certaines maladies comme le cancer ou le diabète;
- certains traitements comme la radiothérapie<sup>24</sup>.

La personne qui subit une perte de sensibilité gustative peut aussi perdre son intérêt pour la nourriture. La perte d'appétit qui suit peut entraîner une perte de poids, la malnutrition et un affaiblissement du système immunitaire<sup>44</sup>.

## Quelles sont les répercussions des pertes de sensibilité gustative sur les résidents?

De nombreux facteurs peuvent influencer sur le goût en milieu de soins de longue durée, dont :

- la médication et les traitements médicaux des résidents<sup>24</sup>;
- la température à laquelle les aliments sont servis<sup>45</sup>;
- la couleur et l'aspect des aliments et du couvert<sup>24</sup>;
- la texture des aliments<sup>24</sup>;
- la fréquence à laquelle le menu change et l'éventail d'aliments offerts<sup>45</sup>;
- la façon dont les repas sont servis<sup>45</sup>;
- la nécessité, pour certaines personnes, de suivre un régime spécial (p. ex., à faible teneur en sel)<sup>24</sup>.



## Quelles pratiques prometteuses les milieux de soins de longue durée peuvent-ils adopter?

Voici quelques pratiques prometteuses que les milieux de soins de longue durée peuvent utiliser pour améliorer la qualité de vie des résidents qui ont subi une perte de sensibilité gustative.



### Préparation des aliments

- Utiliser des ingrédients de qualité, soigner la présentation et privilégier des textures sécuritaires qui mettent en valeur le goût des aliments<sup>46</sup>
- Dans la mesure du possible, utiliser des fruits et légumes de la saison produits localement<sup>46</sup>
- Employer du personnel de cuisine et des diététiciens qualifiés<sup>46</sup>
- Suivre les normes de contrôle de la température des aliments<sup>45</sup>



### Satisfaction des besoins physiques

- Veiller à l'hygiène buccale des résidents en donnant accès à des soins buccaux/dentaires<sup>47</sup>
- Prévenir la sécheresse buccale en aidant les résidents à bien s'hydrater, éviter de servir des aliments secs et fournir des produits de remplacement de la salive<sup>47</sup>
- Nourrir chaque personne en fonction de ses besoins nutritionnels (p. ex., un résident peut avoir besoin de plus d'énergie en raison de sa constitution et manifester un plus gros appétit)<sup>47</sup>
- Passer en revue les médicaments des résidents pour déterminer lesquels peuvent altérer le goût et l'appétit<sup>48</sup>, et envisager des solutions de rechange pour éviter ces effets secondaires



### Menu – variété et choix

Offrir du choix peut stimuler le goût et améliorer la nutrition des résidents en milieu de soins de longue durée. Parmi les stratégies pour mettre la variété au menu, on peut :

- Offrir la possibilité de manger à tout moment de la journée (p. ex., accès à des collations à tout moment)<sup>46</sup>
- Offrir un éventail d'options et de parfums (p. ex. plusieurs sortes de jus différents)<sup>47</sup>
- Utiliser différentes fines herbes et épices pour donner de la saveur aux plats plutôt que d'y ajouter des édulcorants ou du sel<sup>24</sup>
- Modifier régulièrement le menu<sup>45</sup>
- Donner de la texture aux aliments (p. ex. compote de pommes avec morceaux plutôt que lisse), puisque la mastication fait ressortir le goût des aliments<sup>24</sup>
- Offrir des aliments adaptés à la culture des gens (notamment pour respecter certaines coutumes sociales ou prescriptions religieuses)<sup>49</sup>
- Servir plusieurs petits repas enrichis par jour<sup>47</sup>



### Présentation des aliments

- Faire participer les résidents à la préparation des aliments. Cette pratique a un effet thérapeutique et crée une atmosphère familiale<sup>50,51</sup>
- Aménager la cuisine et les aires de préparation des aliments pour que les résidents puissent voir et sentir ce que l'on prépare<sup>46</sup>
- Soigner le service en traitant les résidents comme les clients d'un restaurant<sup>19</sup>
- Offrir des aliments qui se mangent avec les doigts aux personnes agitées ou atteintes de démence, qui sont parfois déboussolées ou incapables de s'asseoir pour manger<sup>20</sup>
- Préparer de belles assiettes pour aider les résidents à voir, à anticiper et à apprécier les différents ingrédients, couleurs et textures qui composent leur repas<sup>24</sup>



### Participation des résidents et des familles

- Inviter les membres de la famille à donner toute leur attention à la personne pendant les repas (leur demander d'éteindre leur téléphone dans la salle à manger), car les interactions sociales aident à stimuler l'appétit<sup>24</sup>
- Encourager les résidents à participer à l'amélioration de l'expérience culinaire (les faire participer, par exemple, à la création du menu)<sup>45</sup>
- Adopter un modèle de prise des repas en groupe (p. ex., modèle Greenhouse)<sup>51</sup>
- Cultiver un potager, ce qui peut à la fois être une source de nourriture et une activité thérapeutique<sup>46</sup>
- Respecter les célébrations spéciales, y compris les fêtes religieuses et les événements historiques ou régionaux





L'OUÏE



LA VUE



LE GOÛT



LE TOUCHER

L'ODORAT | Faits et statistiques



Certaines maladies chroniques peuvent influencer sur l'odorat (p. ex., le diabète)<sup>54</sup>.



Certains **médicaments** peuvent affecter l'odorat chez les personnes âgées<sup>55</sup>.



**PRATIQUE PROMETTEUSE**

Utiliser les odeurs de cuisson pour rappeler de bons souvenirs<sup>60</sup>.

### Que faut-il savoir à propos des pertes d'acuité olfactive des résidents?

L'odorat peut diminuer avec l'âge (*hyposmie*). Ce phénomène est particulièrement courant après 60 ans<sup>56</sup>. Il peut être causé par le vieillissement, certaines habitudes de vie (tabagisme, médicaments, exposition à des produits chimiques) ou une affection sous-jacente (p. ex., allergies)<sup>56</sup>. Les pertes d'acuité olfactive peuvent réduire la capacité de détecter certains dangers comme des aliments avariés, la fumée d'un incendie ou une fuite de gaz<sup>1</sup>. L'odorat est aussi lié à la partie du cerveau qui traite les émotions<sup>57</sup>. Les odeurs familières peuvent provoquer des souvenirs. À l'inverse, la difficulté à percevoir les odeurs peut mener à la dépression<sup>58</sup>. La perte d'acuité olfactive peut également se répercuter sur l'hygiène corporelle, ce qui peut finir par compliquer les interactions sociales<sup>59</sup>.

### Quelles sont les répercussions des pertes d'acuité olfactive sur les résidents?

Un grand nombre de facteurs influent sur la perception des odeurs dans les milieux de soins de longue durée, dont :

- la présence d'odeurs de cuisine, qui peuvent être perçues comme réconfortantes ou désagréables<sup>60</sup>;
- la présence d'odeurs désagréables émanant d'autres résidents<sup>61</sup>;
- la présence d'odeurs de savon à lessive ou de produits ménagers, qui peuvent être perçues comme rassurantes ou désagréables<sup>62</sup>;
- la possibilité de sortir dehors<sup>38</sup>;
- l'emplacement des toilettes et des salles de bain<sup>64,65</sup>.



## Quelles pratiques prometteuses les milieux de soins de longue durée peuvent-ils adopter?

Qu'elle soit jugée « propre » ou désagréable, l'odeur ambiante des milieux de soins de longue durée retient souvent l'attention des résidents, des familles et des visiteurs<sup>66</sup>. Voici quelques façons d'aider les résidents qui ont subi une perte d'acuité olfactive.



### Utiliser les odeurs à des fins thérapeutiques

- Utiliser des techniques d'aromathérapie, qui peuvent avoir un effet apaisant<sup>67</sup>
- Créer un jardin sensoriel<sup>68,69</sup>
- Utiliser les odeurs de cuisson pour rappeler de bons souvenirs<sup>60</sup>



### Contrôler l'environnement physique

- Assurer une ventilation adéquate au volume du bâtiment, y compris, au besoin, une ventilation mécanique dans les salles à ordures, les salons de coiffure et les endroits où on fait charger des piles<sup>63</sup>
- Porter attention à l'emplacement des installations de buanderie, d'entreposage et de gestion des déchets pour éviter que les odeurs se répandent dans les lieux que les résidents fréquentent<sup>63</sup>
- Veiller à maintenir un environnement sans fumée<sup>70,71</sup>
- Gérer l'entreposage et la disposition des déchets de façon à éviter d'incommoder les résidents et les visiteurs par l'odeur<sup>63</sup>
- Établir des normes de propreté ainsi que des horaires de désinfection et d'entretien ménager<sup>72</sup>



### Gérer les services alimentaires

- Aménager un espace ouvert pour le service de façon à ce que les odeurs puissent mettre les résidents en appétit<sup>73</sup>
- Utiliser les odeurs à des fins thérapeutiques pour stimuler la mémoire des résidents<sup>60</sup>



LE TOUCHER | Faits et statistiques



Le sens du toucher est le premier à se développer chez l'embryon humain<sup>74</sup>.



La perte de sensibilité de la peau ralentit la réaction à la douleur, ce qui augmente le risque de brûlures<sup>54</sup>.

PRATIQUE PROMETTEUSE

Offrir des services de zoothérapie<sup>97,98</sup>.



### Que faut-il savoir à propos des pertes de sensibilité tactile des résidents?

Le sens du toucher permet de percevoir la douleur, la température, la pression, les vibrations et la position du corps<sup>76</sup>. En vieillissant, la sensibilité à ces sensations diminue. De plus, certaines maladies qui affectent le toucher, comme la maladie de Parkinson<sup>80</sup> et le diabète<sup>81</sup>, sont plus répandues chez les personnes âgées.

Une perte de sensibilité tactile peut augmenter le risque de blessure<sup>54</sup>. Par exemple, un résident qui a de la difficulté à percevoir les vibrations et la pression sera moins porté à bouger, ce qui peut mener à des escarres de décubitus (« plaies de lit »)<sup>77</sup>. De plus, une moins bonne conscience de la position du corps (perception spatiale réduite) peut affecter la mobilité et augmenter le risque de chute<sup>78,79</sup>.

En plus de nous protéger du danger, le sens du toucher répond aussi à un besoin fondamental des êtres humains. En effet, le contact avec une autre personne stimule la sécrétion d'ocytocine, une hormone qui contribue à la relaxation et à la création de liens sociaux<sup>82</sup>.

### Quelles sont les répercussions du déclin du toucher sur les résidents?

Différents facteurs sont liés au sens du toucher dans les milieux de soins de longue durée, dont :

- la quantité de contacts physiques des résidents, ce qui peut influencer sur leur bien-être<sup>82</sup>;
- la compassion que les fournisseurs de soins expriment par le toucher, ce qui peut avoir un effet bénéfique pour les résidents et le personnel<sup>83</sup>;
- les sentiments de solitude et de dépression, qui peuvent réduire le nombre de contacts physiques des résidents<sup>84</sup>;
- les mesures de contention que les fournisseurs de soins utilisent dans certaines circonstances et qui peuvent créer des sensations tactiles indésirables chez les résidents<sup>85</sup>.



## Quelles pratiques prometteuses les milieux de soins de longue durée peuvent-ils adopter?

La réaction au toucher est très personnelle. Certaines personnes peuvent y voir une menace ou, au contraire, de la bienveillance. L'état de santé ou de confusion d'un résident peut influencer sur ses perceptions. Voici quelques pratiques que les milieux de soins de longue durée peuvent adopter pour aider les résidents qui subissent une perte de sensibilité aux sensations tactiles (douleur, température, pression, vibrations, position du corps).



### Répondre aux besoins personnels et physiques des résidents

- Réaliser régulièrement des évaluations « des pieds à la tête » pour détecter toute blessure ou tout changement nécessitant de l'attention ou des soins (particulièrement au niveau des mains et des pieds)<sup>86,87</sup>
- Éviter le plus possible les mesures de contention pour atténuer/éliminer le risque de blessure<sup>88</sup>
- Mettre des sonnettes à la disposition des résidents en tout temps et répondre rapidement aux appels<sup>89,90</sup>
- Respecter le besoin d'intimité et d'expression sexuelle des résidents<sup>38,92</sup>



### Gérer l'environnement physique

- Veiller à maintenir une température appropriée à la saison dans les espaces communs<sup>92,93</sup>
- Équiper les chambres et salles de bain privées des résidents d'appareils de chauffage et de climatisation individuels<sup>92,93</sup>
- Donner accès à des espaces extérieurs qui sont protégés des intempéries<sup>94</sup>
- Utiliser des pratiques sensorielles<sup>95</sup> comme les courtepointes tactiles pour réduire le besoin de médicamentez les personnes agitées<sup>96</sup>
- Offrir des services de zoothérapie<sup>97,98</sup>

## COURTEPOINTES TACTILES

Une courtepointe tactile<sup>96</sup> est une petite couverture sur laquelle on a cousu divers objets. La personne âgée peut « jouer » avec les différents objets attachés à la couverture, ce qui soulage son ennui et l'occupe. Il s'agit aussi d'un moyen de réduire l'agitation sans médicament.

Les courtepointes tactiles sont généralement faites de matières texturées comme la fourrure, le velours côtelé et le suède. On y coud des accessoires comme des boutons, des fermetures éclair, des poches, des boucles, des perles, des anneaux à clés et d'autres menus objets dont les textures contrastantes offrent une stimulation tactile.

Les courtepointes tactiles sont utilisées dans différentes circonstances, notamment lors d'interactions individuelles avec un fournisseur de soins ou un membre de la famille, ou dans le cadre d'une activité structurée, comme la thérapie de la réminiscence.

# CONCLUSION

---

## Une approche axée sur les cinq sens pour les milieux de soins de longue durée

Le présent guide fournit d'importants renseignements aux milieux de soins de longue durée à propos des déficiences sensorielles et de l'effet de ces changements sur le quotidien et la qualité de vie des résidents. Il propose aussi différentes pratiques prometteuses pour pallier ces difficultés.

De nouvelles recherches dans le domaine ont démontré que les efforts visant à adapter l'environnement aux déficiences sensorielles sont bénéfiques<sup>99-103</sup>. Les milieux de soins de longue durée ont donc la possibilité d'adopter des pratiques exemplaires qui atténueront l'effet des déficiences sensorielles sur les résidents et leurs familles. Notre approche axée sur les cinq sens vise à les aider à prendre conscience de ces déficiences et de leurs effets potentiels.

Nous voulons ainsi aider les milieux de soins de longue durée à évaluer régulièrement leur niveau d'adaptation aux déficiences sensorielles pour qu'ils puissent continuer d'améliorer la qualité de vie de leurs résidents et des familles. Nous les encourageons tous à s'inspirer de ce guide pour effectuer des améliorations en place et à envoyer leurs commentaires sur la mise en œuvre des recommandations à l'équipe de recherche.

Les pertes d'acuité sensorielle peuvent avoir des conséquences dévastatrices sur la qualité de vie des résidents, surtout s'ils présentent aussi des troubles cognitifs comme la démence. L'effet combiné de ces multiples problèmes de santé n'est pas encore pleinement compris et c'est pourquoi nous encourageons les milieux de soins de longue durée à nous faire part de leurs expériences. Il est important, pour offrir des soins personnalisés, que les fournisseurs de soins évaluent d'abord les capacités et pertes sensorielles de chaque personne en profondeur. Bien que la tâche soit ardue, la création de lignes directrices et d'autres recherches pourront aider les fournisseurs de soins à atténuer les effets de certaines pertes sensorielles. Grâce à des technologies innovantes, à des pratiques exemplaires et à de meilleurs aménagements, les résidents pourront continuer à utiliser leurs sens pour assurer leur sécurité, participer à des activités intéressantes et mener une vie bien remplie.

**Cataractes** : Affection médicale se traduisant par une opacification progressive du cristallin de l'œil, ce qui brouille la vision.

**Décibel (dB)** : Unité de mesure de la puissance sonore.

**Dégénérescence maculaire** : Pathologie dégénérative affectant la zone centrale de la rétine.

**Démence** : Terme générique désignant un état d'affaiblissement intellectuel qui perturbe le fonctionnement normal d'une personne (p. ex. pertes de mémoire). La démence de type Alzheimer est le type le plus courant.

**Démence de type Alzheimer** : Détérioration progressive des facultés mentales amenée par la dégénérescence sénile ou précoce du cerveau.

**Diabète** : Maladie causée par une production insuffisante d'insuline ou une incapacité à utiliser efficacement cette hormone, ce qui mène à un taux de sucre trop élevé dans le sang.

**Escarres de décubitus** : Plaie cutanée causée par le fait d'être resté trop longtemps dans la même position.

**Fournisseur de soins** : Personne ou organisme offrant des soins et d'autres services rémunérés aux résidents.

**Glaucome** : Augmentation de la pression dans l'œil qui cause une perte de vision graduelle.

**Maladie de Parkinson** : Maladie neurologique dégénérative caractérisée par une diminution de la production de dopamine et se manifestant notamment par des tremblements, une rigidité musculaire, une lenteur des mouvements, des problèmes d'équilibre et un pas traînant.

**Milieu de soins de longue durée** : Terme générique pour désigner tout milieu de soins résidentiel (résidences pour personnes autonomes ou semi-autonomes, centre de soins infirmiers spécialisés, etc.) offrant des services structurés (logement, services alimentaires, etc.) ou du soutien et des soins fonctionnels.

**Modèle « Greenhouse »** : Petites résidences de six à douze personnes et où les soins sont fournis par une équipe autonome responsable de tous les aspects de la vie quotidienne des résidents, y compris les soins personnels et les tâches ménagères. ([www.thegreenhouseproject.org](http://www.thegreenhouseproject.org))

**Olfactif** : Relatif à l'odorat.

**Personnes âgées** : En général, le terme désigne des personnes de 65 ans et plus.

**Perte d'audition invalidante** : Chez les personnes de 15 ans et plus, perte d'audition supérieure à 40 dB dans la meilleure oreille.

**Presbycusie** : Perte d'audition associée au vieillissement.

**Rétinopathie** : Affection des vaisseaux sanguins de la rétine, la membrane sensible à la lumière qui tapisse le fond de l'œil.

**Tactile** : Relatif au toucher.

**OUIË:**

1. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) : <http://www.asha.org/>
2. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders : <https://www.nidcd.nih.gov/>
3. Association des Sourds du Canada : [www.cad.ca](http://www.cad.ca)
4. National Association of the Deaf : [www.nad.org](http://www.nad.org)
5. Société canadienne de l'ouïe : [www.chs.ca](http://www.chs.ca)
6. Action on Hearing Loss : [www.actiononhearingloss.org.uk](http://www.actiononhearingloss.org.uk)
7. American Hearing Research Foundation : <http://american-hearing.org/disorders/>
8. Hearing Loss Association of America : <http://www.hearingloss.org>
9. SayWhatClub — A Worldwide Forum for People with Hearing Loss : <http://www.saywhatclub.com>
10. American Tinnitus Association : <https://www.ata.org>
11. Better Hearing Institute : <http://www.betterhearing.org>
12. Association of Late-Deafened Adults : <https://www.alda.org>
13. Coalition for Global Hearing Health : <http://coalitionforglobalhearinghealth.org>
14. Starkey Hearing Foundation : <https://www.starkeyhearingfoundation.org>
15. AUDIENT— An Alliance for Accessible Hearing Care : <http://www.audientalliance.org/patient.php>

**VUE:**

1. Royal National Institute of Blind People : [www.rnib.org.uk](http://www.rnib.org.uk)
2. National Eye Institute : <https://nei.nih.gov/>
3. Macular Degeneration Partnership & Age-related Macular Degeneration : [www.amd.org](http://www.amd.org)
4. National Federation of the Blind : [www.nfb.org](http://www.nfb.org)
5. American Diabetes Association, « Eye Complications » : [www.diabetes.org](http://www.diabetes.org) › Living With Diabetes › Complications › Eye Complications
6. Glaucoma Research Foundation : <http://www.glaucoma.org>
7. Foundation Fighting Blindness : <http://www.blindness.org/resources-and-support>

**GOÛT:**

1. « Loss of Taste in the Elderly » : <https://www.agingcare.com/articles/loss-of-taste-in-the-elderly-135240.htm>
2. National Institute of Aging, *Smell and Taste — Spice of Life* : <https://www.nia.nih.gov/>
3. « Is loss of taste and smell normal with aging? » : <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/healthy-aging/expert-answers/loss-of-taste-and-smell/faq-20058455>
4. Fifth Sense : <http://www.fifthsense.org.uk/howeare/>

**ODORAT:**

1. Fifth Sense : <http://www.fifthsense.org.uk/howeare/>
2. The American Rhinologic Society : [http://care.american-rhinologic.org/disorders\\_of\\_smell\\_taste](http://care.american-rhinologic.org/disorders_of_smell_taste)
3. *La salubrité des aliments : Guide des manipulateurs d'aliments de l'Ontario* : [http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/enviro/docs/training\\_manual.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/enviro/docs/training_manual.pdf)

**TOUCHER:**

1. Conseils pour rester en contact avec les personnes âgées : <http://www.springwell.com/resource/tips-for-staying-close-from-far-away>
2. Idées pour cultiver un jardin thérapeutique : [https://www.alzheimers.org.uk/info/20082/living\\_with\\_dementia\\_magazine/474/activity\\_ideas\\_for\\_a\\_person\\_with\\_dementia\\_in\\_gardens\\_and\\_using\\_plants\\_and\\_flowers](https://www.alzheimers.org.uk/info/20082/living_with_dementia_magazine/474/activity_ideas_for_a_person_with_dementia_in_gardens_and_using_plants_and_flowers)
3. Stimulation sensorielle : <http://seniorcarecorner.com/sensory-stimulation-seniors-dementia-4148>

1. Novak, M. *Aging and Society: A Canadian Perspective*. Nelson Canada, 2013.
2. Sanford, A. M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A. M., Arai, H., Bauer, J. M., Cruz-Jentoft, A. J., Dong, B., Ga, H., Goel, A., et Hajjar, R. An international definition for "nursing home". *Journal of the American Medical Directors Association*, 1er mars 2015, 16(3), 181-184.
3. Graham, I., Logan, J., Harrison, M., Straus, S., Tetroe, J., Caswell, W., Robinson, N. Lost in knowledge translation: time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006, 26, 13-24. doi : 10.1002/chp.47.
4. Hoffman, H. J., Dobie, R. A., Losonczy, K. G., Themann, C. L., Flamme, G. A. Declining prevalence of hearing loss in US adults aged 20 to 69 years. *JAMA Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, 2017, 143(3), 274-285.
5. Fillit, H. M., Rockwood, K., Young, J. B. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology E-Book*. Elsevier Health Sciences, 6 mai 2016.
6. Schiller, J. S., Lucas, J. W., Peregoy, J. A. Summary health statistics for US adults: national health interview survey, 2011. *National Centre for Health Statistics, Vital Health Stat 10(256)*, 2012, 1-218.
7. Organisation mondiale de la santé. WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012.
8. American Tinnitus Association. Causes [Internet]; 2016 [cité le 16 juillet 2017]. Repéré au <https://www.ata.org/understanding-facts/causes>
9. Cmiel, C. A., Karr, D. M., Gasser, D. M., Oliphant, L. M., Neveau, A. J. Noise control: A nursing team's approach to sleep promotion: Respecting the silence creates a healthier environment for your patients. *AJN The American Journal of Nursing*, 1er février 2004, 104(2), 40-48.
10. Maschke, C., Rupp, T., Hecht, K. The influence of stressors on biochemical reactions — a review of present scientific findings with noise. *International Journal of Hygiene and Environmental health*, 1er janvier 2000, 203(1), 45-53.
11. Van Kempen, E. E., Kruize, H., Boshuizen, H. C., Ameling, C. B., Staatsen, B. A., de Hollander, A. E. The association between noise exposure and blood pressure and ischemic heart disease: a meta-analysis. *Environmental Health Perspectives*, mars 2002, 110(3), 307.
12. Stansfeld, S. A., Matheson, M. P. Noise pollution: non-auditory effects on health. *British Medical Bulletin*, 1er décembre 2003, 68(1), 243-257.
13. Mazer, S. E. Hear, hear: Assessing and resolving hospital noise issues. *Health Facilities Management*, avril 2005, 18(4), 24.
14. Office of the Scientific Assistant Office of Noise Abatement and Control, U.S. Environmental Protection Agency. *Noise Effects Handbook*. National Association of Noise Control Officials, Florida, 1979, EPA 500-9-82-10.
15. Brainard, G. C., Hanifin, J. P., Greeson, J. M., Byrne, B., Glickman, G., Gerner, E., Rollag, M. D. Action spectrum for melatonin regulation in humans: evidence for a novel circadian photoreceptor. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 15 août 2001, 21(16), 6405-6412.
16. Iyendo, T. O., Uwajeh, P. C., Ikenna, E. S. The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: A narrative review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31 août 2016, 24, 174-188.
17. Collier, L., McPherson, K., Ellis-Hill, C., Staal, J., Bucks, R. Multisensory stimulation to improve functional performance in moderate to severe dementia — interim results. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, décembre 2010, 25(8), 698-703.
18. Lim, F. A. Shhh! Too much hospital noise slows recovery. *Nursing 2017 Critical Care*, 1er mars 2014, 9(2), 43-47.
19. Stout, J. Sound masking: health & safety overview. *Cambridge Sound Management* [cité le 16 juillet 2017]. Repéré au <http://cambridgesound.com/wp-content/uploads/2015/10/Sound-Masking-Health-and-Safety-Overview-Tech-Note1.pdf>
20. Berglund, B., Lindvall, T., Schwela, D. H. *Guidelines for community noise*. Organisation mondiale de la santé, 1999.
21. Organisation mondiale de la santé. Cécité et déficience visuelle [Internet]; 2014 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/fr/>
22. Dillon, C. F., Gu, Q., Hoffman, H. J., Ko, C. Vision, hearing, balance, and sensory impairment in Americans aged 70 years and over: United States, 1999-2006 [Internet]. Hyattsville, Mar. : National Center for Health Statistics, 2010 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db31.htm>
23. Schmall, V. L. Sensory changes in later life [Internet]. Corvallis, Oreg., Oregon State University [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <http://ir.library.oregonstate.edu/xmlui/bitstream/handle/1957/15925/PNW196-fromArchive.pdf>
24. Boyd, K. Presbyopia treatment [Internet]; 2016 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <https://www.aaopt.org/eye-health/diseases/presbyopia-treatment>
25. American Foundation for the Blind. Aging and vision loss fact sheet [Internet]. New York, N.Y., American Foundation for the Blind, c2017 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <http://www.afb.org/section.aspx?SectionID=68&TopicID=320&DocumentID=3374>
26. American Optometric Association. Color vision deficiency [Internet]. St. Louis, Missouri, American Optometric Association, c2017 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <https://www.aoa.org/patients-and-public/eye-and-vision-problems/glossary-of-eye-and-vision-conditions/color-deficiency?sso=y>
27. Davis, J. One-side neglect: improving awareness to speed recovery [Internet]; 2013 [cité le 3 août 2017]. Repéré au [http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/LifeAfterStroke/RegainingIndependence/EmotionalBehavioralChallenges/One-side-Neglect-Improving-Awareness-to-Speed-Recovery\\_UCM\\_309735\\_Article.jsp#.WYOWjNMrJmA](http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/LifeAfterStroke/RegainingIndependence/EmotionalBehavioralChallenges/One-side-Neglect-Improving-Awareness-to-Speed-Recovery_UCM_309735_Article.jsp#.WYOWjNMrJmA)
28. Halter, M. J., Pollard, C. L., Haase, M. *Vancouver's Canadian Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. Première édition canadienne, Elsevier Saunders, 2014.
29. Hopkins, S., Morgan, P. L., Schlangen, L. J. M., Williams, P., Skene, D. J., Middleton, B. Blue-enriched lighting for older people living in care homes: effect on activity, actigraphic sleep, mood and alertness. *Current Alzheimer Research*, 2017.
30. Health and Policy Management — University of Minnesota. Rules and regulations for nursing homes office of long term care [Internet]; [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au [http://www.hpm.umn.edu/nhregsplus/NHRegs\\_by\\_State/Arkansas/AR%20Complete%20Regs.pdf](http://www.hpm.umn.edu/nhregsplus/NHRegs_by_State/Arkansas/AR%20Complete%20Regs.pdf)
31. Harvard Health Publications. Blue light has a dark side [Internet]; 2012-2015 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/blue-light-has-a-dark-side>
32. Department of Health and Human Services. Revisions to Appendix PP: Guidance to surveyors of long term care facilities [Internet]; 2009 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R48SOMA.pdf>
33. Arditi, A. Designing for people with partial sight and color deficiencies [Internet]. New York, N.Y., Lighthouse International, c2017 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <http://li129-107.members.linode.com/accessibility/design/accessible-print-design/effective-color-contrast/>
34. National Institute of General Medical Sciences. Circadian rhythms fact sheet [Internet]; 2012 [cité le 2 août 2017]. Repéré au [https://www.nigms.nih.gov/education/pages/Factsheet\\_CircadianRhythms.aspx](https://www.nigms.nih.gov/education/pages/Factsheet_CircadianRhythms.aspx)
35. Figueiro, M. G., Bullough, J. D., Parsons, R. H., Rea, M. S. Preliminary evidence for spectral opponency in the suppression of melatonin by light in humans. *NeuroReport*, 9 février 2004, 15(2), 313-316.
36. Brainard, G. C., Hanifin, J. P., Greeson, J. M., Byrne, B., Glickman, G., Gerner, E., Rollag, M. D. Action spectrum for melatonin

- regulation in humans: evidence for a novel circadian photoreceptor. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 15 août 2001, 21(16), 6405-6412.
37. Bosch, S. J., Cama, R., Edelstein, E., Malkin, J. The application of color in healthcare settings [Internet]. Concord, Calif., The Center for Health Design Inc, c2012 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <http://www.ads.org.uk/wp-content/uploads/The-Application-of-Colour-in-Healthcare-Settings.pdf>
  38. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Guide sur l'aménagement des foyers de soins de longue durée de 2015 [Internet]; 2015 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au [http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/lc/docs/home\\_design\\_manual.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/lc/docs/home_design_manual.pdf)
  39. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Quick statistics about taste and smell [Internet]; 2010 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <https://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/quick-statistics-taste-smell>
  40. Institute for Quality and Efficiency in Health Care. How does our sense of taste work? [Internet]; c2016 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072592/>
  41. Fukunaga, A., Uematsu, H., Sugimoto, K. Influences of aging on taste perception and oral somatic sensation. *The Journals of Gerontology*, janvier 2005, 60(1), 109-113.
  42. NIHSeniorHealth. Problems with taste [Internet]; [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <https://nihseniorhealth.gov/problemswithtaste/aboutproblemswithtaste/01.html>
  43. Boyce, J. M., Shone, G. R. Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate Medical Journal*, avril 2006, 82(966), 239-241.
  44. Diététistes du Canada. Best practices for nutrition, food service, and dining in long term care homes [Internet]. Toronto, Ont., Diététistes du Canada, 2007-2013 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <https://www.dietitians.ca/Downloads/Public/2013-Best-Practices-for-Nutrition,-Food-Service-an.aspx>
  45. Baines, D., Armstrong, P. Promising practices in long term care: ideas worth sharing. [Internet]; c2015/2016 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au [http://www.bctra.org/wp-content/uploads/2017/04/Promising\\_Practices\\_in\\_Long\\_Term\\_Care.pdf](http://www.bctra.org/wp-content/uploads/2017/04/Promising_Practices_in_Long_Term_Care.pdf)
  46. Pilgrim, A. L., Robinson, S. M., Sayer, A. A., Roberts, H. C. An overview of appetite decline in older people. *Nursing Older People*, juin 2015, 27(5), 29-35. doi : 10.7748/nop.27.5.29.e697.
  47. Landi, F., Calvani, R., Tosato, M., Martone, A. M., Ortolani, E., Saveria, G., Sisto, A., Marzetti, E. Anorexia of aging: risk factors, consequences, and potential treatments. *Nutrients*, 2016, 8(2), 69.
  48. Millichamp, A., Gallegos, D. Meeting the cultural food needs of Queensland's culturally and linguistically diverse (CALD) aged: What do service providers say? [Internet]. Brisbane, Queensland University of Technology, 2011 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au [https://eprints.qut.edu.au/55543/1/Meeting\\_Cultural\\_Food\\_Needs\\_What\\_do\\_Stakeholders\\_say.pdf](https://eprints.qut.edu.au/55543/1/Meeting_Cultural_Food_Needs_What_do_Stakeholders_say.pdf)
  49. Zimmerman, S., Cohen, L. W. Evidence behind the green house and similar models of nursing home care. *Aging Health*, 2010, 6(6), 717-737.
  50. Owen, T., Meyer, J., Cornell, M., Dudman, P., Ferreira, Z., Hamilton, S., Moore, J., Wallis, J. My home life: Promoting quality of life in care homes [Internet]; 2012 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <http://myhomelife.org.uk/wp-content/uploads/2015/02/JRF-report-on-care-home-quality-of-life-summary.pdf>
  51. OMNI Health Care. Treating residents like restaurant customers enhances quality meal services [Internet]; 2016 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <http://omniway.ca/editorial-treating-residents-like-restaurant-customers-enhances-quality-meal-services/>
  52. Soltesz, K. S., Dayton, J. H. The effects of menu modification to increase dietary intake and maintain the weight of Alzheimer residents. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 1995, 10(6), 20-23.
  53. Correia, C., Lopez, K. J., Wroblewski, K. E., Huisingh-Scheetz, M., Kern, D. W., Chen, R. C., Schumm, L. P., Dale, W., McClintock, M. K., Pinto, J. M. Global sensory impairment in older adults in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1er février 2016, 64(2), 306-313.
  54. NIH Senior Health. Problems with smell [Internet]; [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <https://nihseniorhealth.gov/problemswithsmell/aboutproblemswithsmell/01.html>
  55. Miikiko, E. Effects of odor on emotion, with implications. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 2013, 7, 66.
  56. Schwartz, B. L. *Memory: Foundations and Applications*, SAGE Publications, 2017.
  57. Kohli, P., Soler, Z. M., Nguyen, S. A., Muus, J. S., Schlosser, R. J. The association between olfaction and depression: a systematic review. *Chemical Senses*, 11 mai 2016, 41(6), 479-486.
  58. Boesveldt, S., Postma, E. M., Boak, D., Welge-Luessen, A., Schöpf, V., Mainland, J. D., Martens, J., Ngai, J., Duffy, V. B. Anosmia—A clinical review. *Chemical Senses*, 1er septembre 2017, 42(7), 513-523.
  59. Vignolles, A., Pichon, P. E. A taste of nostalgia: links between nostalgia and food consumption. *Qualitative Market Research: An international journal*, 3 juin 2014, 17(3), 225-238.
  60. Koskeniemi, J., Leino-Kilpi, H., Suhonen, R. Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1er juin 2015, 29(2), 288-296.
  61. Calkins, M. P. A supportive environment for people with late-stage dementia. *End-Stage Dementia Care: A Basic Guide*, 11 janvier 2013, 101.
  62. Brownie, S., Nancarrow, S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 2013, 8, 1.
  63. Wong, J. K., Skitmore, M., Buys, L., Wang, K. The effects of the indoor environment of residential care homes on dementia suffers in Hong Kong: A critical incident technique approach. *Building and Environment*, 31 mars 2014, 73, 32-39.
  64. Hall, S., Dodd, R. H., Higginson, I. J. Maintaining dignity for residents of care homes: A qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families. *Geriatric Nursing*, 28 février 2014, 35(1), 55-60.
  65. Winakur, J. Wouldn't anyone rather bathe in forest air? *Caring for the Ages*, 1er avril 2014, 15(4), 21.
  66. Forrester, L. T., Maayan, N., Orrell, M., Spector, A. E., Buchan, L. D., Soares-Weiser, K. Aromatherapy for dementia. *La Bibliothèque Cochrane*, 1er janvier 2014.
  67. Orr, N., Wagstaffe, A., Briscoe, S., Garside, R. How do older people describe their sensory experiences of the natural world? A systematic review of the qualitative evidence. *BMC Geriatrics*, 1er juin 2016, 16(1), 116.
  68. Digby, R., Bloomer, M. J. People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers. *International Journal of Older People Nursing*, 1er mars 2014, 9(1), 34-43.
  69. The Joint Commission. Keeping your hospital property smoke-free: successful strategies for effective policy enforcement and maintenance [Internet]; avril 2011 [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Smoke\\_Free\\_Brochure2.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Smoke_Free_Brochure2.pdf)
  70. Queensland Health. Tobacco laws in Queensland [Internet]; [cité le 13 juillet 2017]. Repéré au <https://www.health.qld.gov.au/public-health/topics/atod/tobacco-laws>

71. Allen, J. E. Nursing home federal requirements: Guidelines to surveyors and survey protocols, Springer Publishing Company, 9 juillet.
72. Boesveldt, S., de Graaf, K. The differential role of smell and taste for eating behavior. *Perception*, mars 2017, 46(3-4), 307-319.
73. Gottlieb, G. Ontogenesis of sensory function in birds and mammals. *The Biopsychology of Development*, codirigé par E. Tobach, L. R. Aronson et E. Shaw, 67-128. New York, N.Y., Academic Press, 1971.
74. Linden, D. *Touch: The Science of Hand, Heart, and Mind*. New York, N. Y., Penguin Books, 2015.
75. Lundy-Ekman, L. The somatosensory system. *Neuroscience: Fundamentals for Rehabilitation*, 4e édition, Elsevier Health Sciences, 2013.
76. Stansby, G., Avital, L., Jones, K., Marsden, G. Prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care: summary of NICE guidance. *The BMJ*, 23 avril 2014, 348, g2592.
77. Heine, C., Browning, C. Dual sensory loss in older adults: a systematic review. *The Gerontologist*, 27 août 2015, 55(5), 913-928.
78. Silva, Wagner Fabrício L. Taets, et coll. Fall determinants and associated factors in older people. *International Journal of Sports Science*, juillet 2016, 6.4, 146-152.
79. Conte, A., Khan, N., Defazio, G., Rothwell, J. C., Berardelli, A. Pathophysiology of somatosensory abnormalities in Parkinson disease. *Nature Reviews Neurology*, 1er décembre, 9(12), 687-697.
80. Humes, L. E. A retrospective examination of the effect of diabetes on sensory processing in older adults. *American Journal of Audiology*, 1er décembre 2016, 25(4), 364-367.
81. Uvnäs-Moberg, K., Handlin, L., Petersson, M. Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *Frontiers in Psychology*, 2014, 5, 1529.
82. Barsade, S. G., O'Neill, O. A. What's love got to do with it? A longitudinal study of the culture of companionate love and employee and client outcomes in a long-term care setting. *Administrative Science Quarterly*, décembre 2014, 59(4), 551-598.
83. Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Seim, A. Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 30 novembre 2011, 48(11), 1357-1366.
84. Hofmann, H., Hahn, S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 1er novembre 2014, 23(21-22), 3012-3024.
85. Norton, L., Parslow, N., Johnston, D., Ho, C., Afalavi, A., Mark, M., O'Sullivan-Drombolis, D., Moffat, S. *Prevention and Management of Pressure Injuries*, Canadian Association of Wound Care, 2017.
86. Singh, I. Assessment and management of older people in the general hospital setting. *Challenges in Elder Care*, E. T. Zawada Jr. (dir.), InTech Publishers, 2016.
87. Cleary K. K., Prescott, K. The use of physical restraints in acute and long-term care: an updated review of the evidence, regulations, ethics, and legality. *Journal of Acute Care Physical Therapy*, 1er avril 2015, 6(1), 8-15.
88. Chadwick, A., Hearn, A. A cry for help: time to re-think the patient call bell in an ageing population. *British Journal of Hospital Medicine*, 1er novembre 2013, 74(11), 642-643.
89. Barai, I., Brash, C., Bamford, M. Calling for change: improving the call bell system for patient safety. *Annals of Medicine and Surgery*, 1er septembre 2015, 4(3), 319.
90. Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., Serrat, R. Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' views. *Journal of Advanced Nursing*, 1er novembre 2014, 70(11), 2518-2527.
91. Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Beattie, E. Supporting residents' expression of sexuality: the initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities. *BMC Geriatrics*, 30 juin 2014, 14(1), 82.
92. Benbow, W. Best practice design guidelines: nursing home complex care & dementia, [Internet]; 2014. Repéré au : <http://wabenbow.com/wp-content/uploads/2010/03/Benbow-Best-Practice-Design-Guideline-November-2014-compressed.pdf>
93. Rodiek, S. *The Role of the Outdoors in Residential Environments for Aging*. Routledge: 2013, p. 24.
94. Scanlan, J. N., Novak, T. Sensory approaches in mental health: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 1er octobre 2015, 62(5), 277-285.
95. Winters, K., Pearson, K., Frattare, L. Touch, smell, hear, and see: programming for late-stage dementia [Internet]; 2014. Repéré au [http://soundideas.pugetsound.edu/ms\\_occ\\_therapy/90](http://soundideas.pugetsound.edu/ms_occ_therapy/90)
96. Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., Negretti, F., Sacchetti, C., Atti, A. R. Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 1er juin 2011, 11(2), 125-129.
97. Cherniack, E. P., Cherniack, A. R. The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 16 novembre 2014, 623203.
98. Andrade, C., Lima, M. L., Fornara, F., Bonaiuto, M. Users' views of hospital environmental quality: validation of the perceived hospital environment quality indicators (PHEQIs). *Journal of Environmental Psychology*, 30 juin 2012, 32(2), 97-111.
99. Andrade, C. C., Lima, M. L., Pereira, C. R., Fornara, F., Bonaiuto, M. Inpatients' and outpatients' satisfaction: the mediating role of perceived quality of physical and social environment. *Health & Place*, 31 mai 2013, 21, 122-132.
100. Fornara, F., Bonaiuto, M., Bonnes, M. Perceived hospital environment quality indicators: A study of orthopaedic units. *Journal of Environmental Psychology*, 31 décembre 2006, 26(4), 321-334.
101. Suzuki, T. Consideration of grand design for the care environment in hospitals—smell, lighting and sound. *Japan-hospitals: The Journal of the Japan Hospital Association*, juillet 2010, 29, 65-73.
102. Ulrich, R. View through a window may influence recovery. *Science*, 1984, 224(4647), 224-225.
103. National Institute of General Medical Sciences. *Circadian Rhythms Fact Sheet* [Internet]; 2012 [cité le 2 août 2017]. Repéré au [https://www.nigms.nih.gov/education/pages/Factsheet\\_CircadianRhythms.aspx](https://www.nigms.nih.gov/education/pages/Factsheet_CircadianRhythms.aspx)

[www.sodexo.com](http://www.sodexo.com)

