



La personne âgée: nous
ne vieillissons pas tous de
la même manière!

COMPRENDRE LES BESOINS DE LA PERSONNE AGÉE POUR UNE PRISE EN
CHARGE D'EXCELLENCE







Cette photo par Auteur inconnu est soumis à la licence [CC BY-NC-ND](#)





Généralités sur le vieillissement

- ▶ Le vieillissement est un processus continu et naturel qui débute à la naissance pour évoluer jusqu'à la vieillesse.
- ▶ A quel âge est-on vieux? 65 ans pour OMS, âge de la retraite pour d'autres... En institution l'âge moyen est de 85 ans
- ▶ La vieillesse est en fait subjective et variable d'un individu à l'autre
- ▶ On vieillit différemment selon son héritage génétique (facteurs intrinsèques) et selon son histoire, environnement, mode de vie (facteurs extrinsèques)

Pourquoi un cours sur la PA?

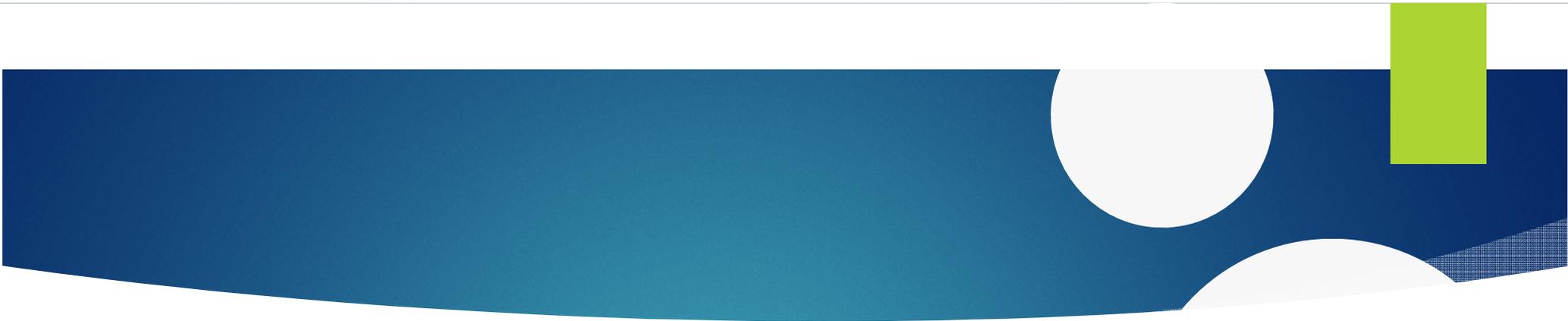
- ▶ Une personne âgée peut souffrir de pathologies:
 - ▶ - spécifiques (ex: ostéoporose)
 - ▶ - générales: et dans ce cas la prise en charge est différente chez une personne âgée que chez les autres adultes
- ▶ Un organisme fragilisé par les modifications dues au vieillissement, où une vision globale, avertie, et pensée en interdépendances est nécessaire

A- De Marjorie Gordon et de ses diagnostics aux besoins de la PA

- ▶ Tous les diagnostics de M.G. ne seront pas évoqués, mais vous en retrouverez un bon nombre, ceux que vous retrouverez les plus souvent dans votre pratique, lorsque vous serez responsable de la prise en charge d'une personne âgée. Il s'agit en faire une lecture pratique, à travers la « grille de la personne âgée ».

1- Perception et gestion de sa santé

- ▶ - Les diagnostics: **Maintien inefficace de l'état de santé, non observance, PEC inefficace du programme thérapeutique.** Dans quelle mesure peut-on les voir chez une PA? Autrement dit, quels sont les facteurs de risque?
- ▶ Solitude (aller seul aux rdv, pas de surveillance familiale)
- ▶ Manque de moyens financiers (petite retraite, absence de mutuelle, traitements non remboursés+++)
- ▶ Troubles cognitifs (de la perte de mémoire à la démence) qui vont induire une absence ou une mauvaise prise des TTT, une représentation erronée de leur état de santé (déli des symptômes)
- ▶ Dépression de la personne âgée

- 
- ▶ Les diagnostics de **risque d'accident et de chute**: les facteurs de risque: troubles de la marche, malaises (hypotension orthostatique), troubles sensoriels (tous les sens peuvent être touchés et occasionner des accidents: vue, ouïe, toucher, odorat, goût), dénutrition, environnement non adapté (tapis, salle da bain, défaut de luminosité d'une pièce).

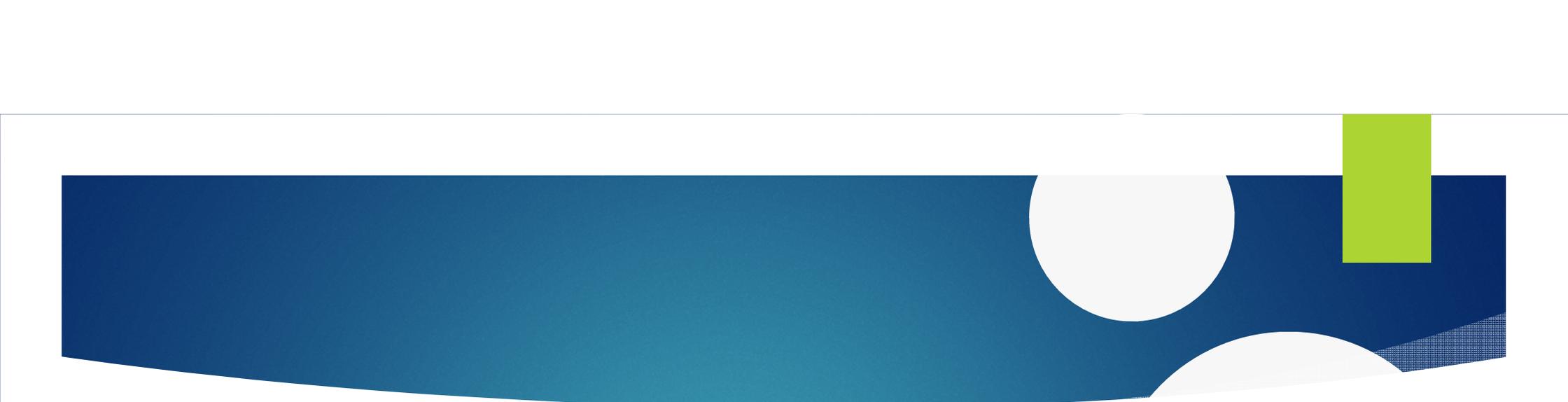
L'ENVIRONNEMENT:

Etat des chaussures, facteur fréquent d'instabilité et de chute

Tapis, sol glissant, inégalités de terrain, marches, seuil de porte

Eclairage +++

Chute= fracture, hospi, décès, trauma psychologique, grabatisation

- 
- ▶ Le **risque de fausse route** est prévalent et est en lien le plus souvent avec des démences, des AVC, une grande asthénie, des troubles de la vigilance (un patient -âgé- se regarde tous les jours), un état buccal délétère attention aux bouches sales!), une dénutrition avec atrophie des muscles utiles à la déglutition. Evaluation à l'entrée +++, test de déglutition .

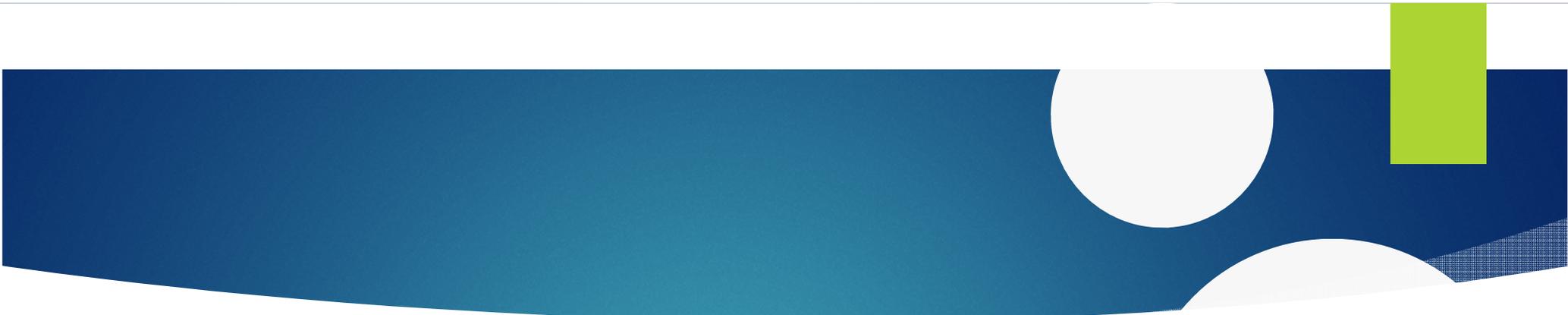
Les troubles de la déglutition: que vous a-t-il été dit?

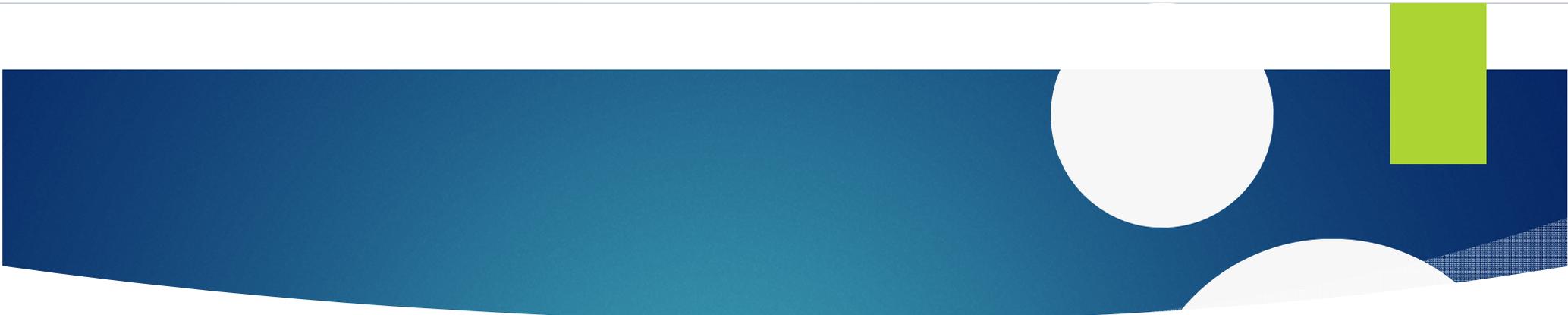
2- Nutrition et métabolisme

- ▶ **Le diagnostic d'alimentation déficiente** se retrouve plus souvent que celui d'alimentation excessive chez la PA. Il peut être en lien (s'il n'est pas en lien avec une pathologie spécifique comme un cancer), avec d'autres diagnostics: **trouble de la déglutition, atteinte de la muqueuse buccale** (candidose++ -attention aux bronchodilatateurs et aérosols-, bouche sèche, oxygénothérapie, douleurs buccales, sensation de mauvais goût)
- ▶ En pratique: Observer les capacités du patient: arrive t'il à manger seul? Dois-je l'aider? Dois-je lui couper la viande? Penser à ouvrir les barquettes++

Nota bene: éternuements comme signe de fausse route

Nota bene: Obésité = dénutrition et donc tous les risques qui en découlent

- 
- ▶ Le diagnostic d'**atteinte à l'intégrité de la peau** est également largement retrouvé. En plus des plaies résultant des chutes (scalps de la peau, sutures, hématomes, ulcères des membres inférieurs...), on retrouve les escarres, qui sont une nécrose ischémique des tissus compris entre le plan sur lequel le sujet repose et le plan osseux. Et là votre rôle est essentiel: SURVEILLANCE, SIGNALEMENT, PREVENTION (massages doux, retournement, mobilisation avec mise au fauteuil, alimentation). Les escarres seront traités lors du module 2.

- 
- ▶ Les diagnostics d'**hyper et d'hypothermie**: Attention chez le sujet dénutri, il peut ne pas avoir d'élévation franche de la température (ex: infection urinaire), alors que la température corporelle s'abaisse, pouvant atteindre 36°C (NB l'hypothermie peut être au même titre que l'hyperthermie le signe d'une infection).
 - ▶ Le **risque d'infection** est plus important chez la PA, car l'organisme est fragilisé du fait du vieillissement (déficit des réponses immunitaires, dénutrition). De plus les conséquences d'une infection sont souvent plus graves: difficulté pour trouver une antibiothérapie efficace, pour se remettre de l'épisode infectieux, et le risque de septicémie est accru! → Surveillance de l'apparition de signes de choc septique et donner l'alerte si besoin (modules 2 et 3).

3- Sommeil et repos

- ▶ La qualité et la quantité de sommeil se modifiant, l'on retrouve les diagnostics **habitudes de sommeil perturbées** et **privation de sommeil**.

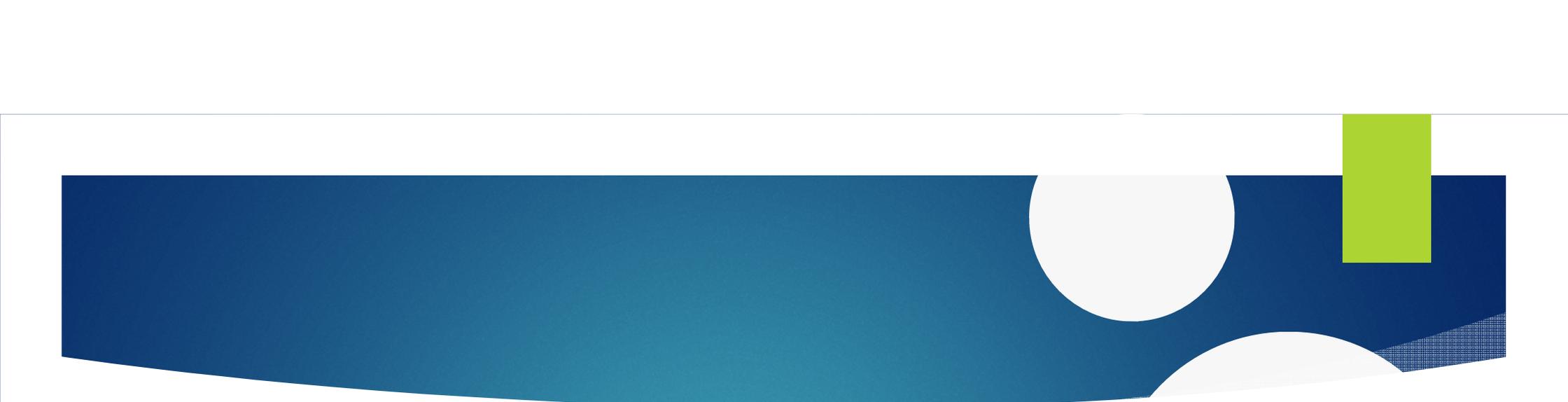
Le temps d'endormissement peut s'allonger, notamment sous l'effet de l'anxiété (fréquente, peur de la mort), le sommeil est plus léger, les réveils nocturnes sont fréquents (besoin d'uriner). Les patients confus sont ceux qui sont le plus perturbés sans doute dans leur sommeil, plus agités et angoissés la nuit, on assiste particulièrement à une inversion des rythmes (ils dorment le jour). On constate de façon générale que la PA a souvent besoin d'une sieste après repas d'autant plus que la digestion est plus longue (remise au lit, attention aux chutes des fauteuils).

4- Activités et exercices de la vie quotidienne/exercices de loisir

- ▶ Dans ce mode fonctionnel, tous les diagnostics se retrouvent fréquemment chez la PA dépendante.
- ▶ **Activités de loisirs insuffisants:** souvent en lien avec une dépression, le regret de ne pas être chez soi. Par ailleurs, le vieillissement oblige parfois à modifier voire arrêter ses activités postérieures (altération de la vue, perte de la finesse des mouvements, etc)
- ▶ **Intolérance à l'activité:** dépression, peur de tomber, fatigue et douleur surtout → évaluation ++ lors des soins de toilette, retournements
- ▶ **Mobilité physique réduite:** handicaps consécutifs AVC, démence, fractures post-chute, altération de l'état général (cause d'admission ++ de la PA). Mais aussi musculature affaiblie, raideur articulaire, déficit visuel, trouble de l'équilibre, diminution du débit cardiaque.
- ▶ **Risque de syndrome d'immobilité:** complications de l'immobilité

5- Elimination

- ▶ Relativement à la PA, j'évoquerai surtout les diagnostics de:
- ▶ **Constipation:** L'activité péristaltique diminue et engendre, avec d'autres facteurs favorisants, constipation voire fécalome (invisible parfois à l'œil nu et parfois malgré présence de selles). Elle occasionne de grandes douleurs chez la PA, notamment quand l'ampoule rectale est dilatée. Elle peut aussi engendrer la mort d'un patient. Rôle: surveillance, traçabilité des selles, accompagner aux toilettes, hydratation, alimentation. Des tumeurs peuvent également bloquer le passage des selles.
- ▶ **Diarrhée:** souvent infectieuse chez la PA (clostridium), mais aussi résultant d'un fécalome que le corps tente ainsi d'éliminer. On parle ainsi de « fausses diarrhées ». On retrouve également des cancers.



► **Incontinence urinaire:**

- Chez l'homme c'est souvent la prostate qui est en cause
- Chez la femme les muscles lisses et les sphincters perdent en partie leur tonicité
- 10% des PA>75A, 60% des PA en institution, 90% des PA déments.
- Elle peut être transitoire ou chronique: la protection ne veut pas dire ne pas aider le patient à aller aux toilettes (reprise d'une continence? Diminution risque incontinence complète et prévention des infections urinaires car la vidange vésicale est plus complète).
- **Rétention urinaire:** Chez les deux elle résulte aussi parfois d'un fécalome qui appuie sur la vessie et bloque les urines. Elle peut être induite aussi par la paralysie des sphincters (AVC), infections urinaires, les traitements. Un cas fréquent chez l'homme plus que chez la femme: la miction par



▶ <https://youtu.be/I9UCUMjhVXQ>

6- Relation et rôle

Tous les diagnostics de ce mode fonctionnel se retrouvent

- **Communication verbale altérée:** surdité, troubles neurologiques (AVC, Alzheimer et autres démences, barrière de la langue ++ chez la PA)
- **Interactions sociales perturbées, risque de sentiment de solitude, isolement social:** trouble démentiel (ne comprend pas son entourage), surdité (  repérer++), dépression, isolement familial (décès, famille lointaine,...),... Il n'est pas rare de voir une PA mourir de solitude
- **Deuil:** aussi bien au regard de la perte d'un proche que le regret de ses capacités perdues (sentiment de ne plus servir à rien)
- **Perturbation de la dynamique familiale:** qui va s'occuper de la PA dépendante? Conjoint, enfant, fratrie? Rejet de la responsabilité sur l'autre, problèmes financiers ou d'origine matérielle autre

7- Sexualité

- ▶ **Perturbation de la sexualité:** Les PA, célibataires ou en couple, peuvent toujours avoir du désir pour le corps de l'autre mais ce désir peut avoir des difficultés à s'exprimer: troubles érectiles, sécheresse vaginale, vie institutionnelle,... D'où une perte d'estime de soi, des frustrations et angoisses. Par ailleurs des troubles neurologiques peuvent conduire à des conduites sexuelles désinhibées.

8- Adaptation et intolérance au stress

- ▶ **Stratégies d'adaptation individuelles inefficaces**
- ▶ **Syndrome d'inadaptation à un changement de milieu:** institutionnalisation, voire hospitalisation (plus elle est courte mieux c'est quand cela est possible).
- ▶ **Stratégies d'adaptation familiale inefficaces/Défaillance dans l'exercice de l'aidant naturel** (épuisement de l'aidant naturel)
- ▶ **Déni non constructif:** +++ (refus hospi, dissimulation de troubles physiques ou psychiques, ex Mr D.)
- ▶ **Risque violence envers soi ou envers les autres:** Dépression, désordres mentaux

9- Valeurs et croyances

- ▶ **Détresse spirituelle:** Même si vous n'avez pas de croyance religieuse, vous pouvez vous poser des questions à caractère spirituel touchant à l'identité, la douleur et l'espoir, des questions quant au sens de la vie et au sens de sa vie. Votre spiritualité est le reflet des réponses que vous trouvez à ces questions. Et ces questions peuvent se poser d'autant plus en cas de maladie, de vieillesse. Dans ces moments, on est amenés particulièrement à évaluer sa vie et à penser à la mort. La PA doit apprendre à vivre avec la perte ou diminution de facultés et la possibilité de mourir. On se mesure souvent par ce qu'on fait et ce qu'on possède (statut professionnel, famille,...). Quand on ne travaille plus, que les enfants sont autonomes, qu'en plus on se sent diminué, les questions sur la valeur de la vie surgissent: « Qui se souviendra de moi? Vie après la mort? Qui suis-je vraiment? Quelle est ma place dans ce grand univers? »

Si la PA a une croyance religieuse, il faut réfléchir aux moyens de lui permettre d'accéder à sa religion (TV, aumônier, chapelle,...) pour lui permettre de trouver réponse sinon apaisement quant à ces questions spirituelles.

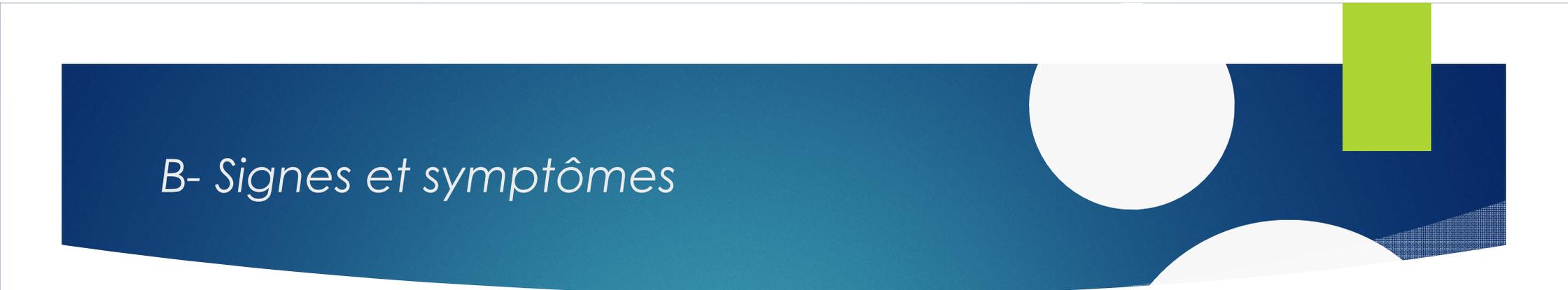
Il ne faut pas sous-estimer ce diagnostic, qui est prévalent pour la PA, et souvent une question surgit au décours d'un moment d'échange: « Je ne sais pas si vous croyez... Croyez-vous en Dieu, vous?... Que pensez-vous que l'on devient après la mort?... Vous pratiquez une religion? »

10- Cognition et perception

A- Définition de la démence selon l'OMS

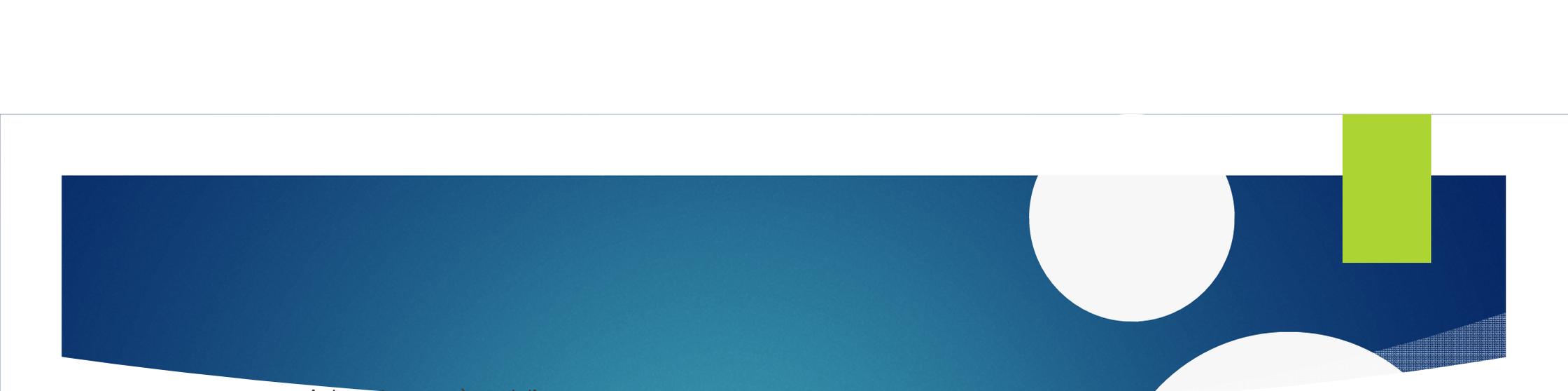
- ▶ **La démence est un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes.**
- ▶ Bien que la démence touche principalement les personnes âgées, elle n'est pas une composante normale du vieillissement.
- ▶ On compte 47 millions de personnes atteintes de démence dans le monde et il apparaît chaque année près de 10 millions de nouveaux cas.
- ▶ La maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence et serait à l'origine de 60-70% des cas.
- ▶ La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde.
- ▶ La démence a des conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques pour les personnes chargées des soins, les familles et la société.

- 
- ▶ La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive.
 - ▶ La démence est causée par un ensemble de maladies et de traumatismes qui affectent principalement ou dans une moindre mesure le cerveau, comme la maladie d'Alzheimer ou l'accident vasculaire cérébral.
 - ▶ La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde. Elle est particulièrement éprouvante, non seulement pour les malades, mais aussi pour les soignants et les familles. La démence est une réalité méconnue et suscite l'incompréhension, ce qui engendre une stigmatisation et des obstacles au diagnostic et aux soins. La maladie a des conséquences qui peuvent être physiques, psychologiques, sociales ou économiques pour les soignants, les familles et les sociétés.



B- Signes et symptômes

La démence touche différemment chaque personne atteinte, selon les effets de la maladie et la personnalité d'origine du patient. Il existe différents stades de gravité. Quelques signes:

- 
- ▶ avoir tendance à oublier;
 - ▶ perdre conscience du temps;
 - ▶ se perdre dans des endroits familiers, puis après même dans sa propre maison;
 - ▶ oublier les événements récents et le nom des gens;
 - ▶ avoir plus de difficulté à communiquer;
 - ▶ nécessiter de l'aide pour les soins d'hygiène personnelle (partielle à complète);
 - ▶ perdre conscience du temps et du lieu;
 - ▶ avoir de la difficulté à reconnaître les proches et les amis;
 - ▶ avoir de la difficulté à marcher;
 - ▶ présenter des changements de comportement, errer, déambuler, désinhibition, le patient pouvant aller jusqu'à l'agression;

C- Quelques chiffres...

- ▶ On estime dans l'ensemble de la population qu'entre 5 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteintes de démence à un moment donné.
- ▶ - La démence est un problème de santé public majeur dont le poids va être grandissant dans les 30 prochaines années.
- ▶ - La prévalence augmente avec l'âge et l'incidence est un peu plus élevée chez les femmes surtout après 80 ans.
- ▶ - La durée de survie des patients déments est d'environ 5 ans. Environ 7% des plus de 65 ans souffrent d'une forme de démence, un taux qui atteint 40% chez les plus de 85 ans.

... Et en France?

- ▶ La prévalence de la démence en 2010 est estimée entre 980 000 personnes et un peu plus de 1 million.
- ▶ En 2030, au regard de l'espérance de vie, les scientifiques chiffrent à 1,75 millions le nombre de personnes démentes en France .

D- Les diagnostics

- ▶ **Conflit décisionnel:** Aides ménagères? Tutelle? Entrée en institution?
- ▶ **Douleur:** Qu'elle soit chronique ou aigue elle peut entraîner le décès chez la PA (refus de se mobiliser, de manger, de communiquer). Evaluation +++
- ▶ **Confusion/Opérations de la pensée perturbés/Troubles de la mémoire:** Un épisode de confusion peut être transitoire, surtout chez la PA, et ne signe donc pas automatiquement une démence. Réévaluation quotidienne.
- ▶ **Connaissances insuffisantes:** Multiplication des pathos, des consultations, des médecins,... La liste des traitements est longue! Beaucoup de patient ignorent même à quoi ils servent: risque erreur!
- ▶ **Troubles de la perception sensorielle:** courants chez la PA

11- Perception de soi et concept de soi

- ▶ **Anxiété**
- ▶ **Perte d'espoir**
- ▶ **Fatigue**
- ▶ **Peur**: Pour la PA démente, TOUT peut être vécu comme une agression → risque de violence
- ▶ **Sentiment d'impuissance**: Comment changer les choses devant un handicap?

ECOUTE REASSURANCE PATIENCE SOURIRE DOUCEUR (timbre doux, toucher)

Ne pas confondre avec une attitude qui pourrait être infantilisante

12- Conclusion

- ▶ Fluctuation de la PA nécessitant une évaluation à l'entrée et quotidienne. Chaque changement comportemental ou physique doit être identifié et signalé.
- ▶ On retrouve la population des personnes âgées dans tous les services, hospitalisation médecine et chir, HDJ, au sein de toutes les institutions. Il s'agit d'un transversal. L'augmentation de la population âgée, voire très âgée, doit être compensée par des structures adaptées et un personnel compétent. Et c'est ici que vous intervenez, car le personnel compétent de demain, c'est vous!