**Gérontologie**

Introduction et représentation de la vieillesse

#### Gériartrie

Discipline médicale qui prend en charge les PA

#### Gérontologie

Science qui étudie le vieillissement dans tous ses aspects, biomédical, socioéconomique, démographique, etc…

#### La vieillesse

C’est un état résultant des processus de vieillissement, il n’y a pas une mais des vieillesses. C’est la dernière étape de la vie.

Selon l’espérance de vie (*77 ans pour l’homme/ 88 ans pour la femme*), la vieillesse apparaît au delà des 75 ans.

Représentation collective de la vieillesse

-Dégénérescence des fonctions, dépression

-Mort

-Apparition de dépendances

-Marché porteur/ Coût important (< manque d’actifs, trop de retraités)

-Sagesse

*La vieillesse fait peur car elle est synonyme de « perte » (motrice, sexuelle, de jeunesse, de l’autonomie, de son rôle social…)*

Les droits de la Personne âgée

Chartre des droits et libertés de la PA en situation d’handicap ou de dépendance

Ecrite en 1997 par la *Fondation Nationale de Gérontologie*.

Possède 14 articles et a été revue en 2007

Les droits des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002

12 articles

7 droits fondamentaux des usagers et 7 nouveaux outils pour les exercer

32 000 structures, 1 million de place et 400 000 salariés.

Atelier Mémoire

I) La Personne âgée

a)Statut de la personne âgée dans notre société

Les Etudes anthropologiques (de l’homme et de ses coutumes) nous apprennent que le statut est tributaire des idéologies. Certaines cultures favorisent la vieillesse, d’autres le sanctionnent comme un handicap.

De nos jours 12 millions de personnes de plus de 60ans, dont près d’1 million sont en perte d’autonomie.

b) Définition de la vieillesse

Bien qu’il n’y est pas de définition claire de la vieillesse (différents secteurs). C’est l’âge chronologique qui dans notre culture définit seul le statut des personnes âgées, en occultant les facteurs psychologiques et sociaux or l’âge chronologique est un mauvais indicateur des capacités fonctionnelles et des modes de vie. La vieillesse est un état résultant de l’interaction des dimensions bio-psycho-sociales du processus de vieillissement qui se déroule tout au long de la vie.

Il n’existe pas un vieillissement mais des vieillissements.

II) Le développement de la personne âgée

a) Transformations cognitives au cours du vieillissement

**La Cognition :** La connaissance au sens large incluant les pensées, le jugement, le savoir, la perception et la mémoire, tous ces processus s’influençant.

C’est l’ensemble des activités intellectuelles et des processus qui se rapportent à la connaissance et à la fonction qui la réalise.

**Deux faits importants :**

-Des observations ont révélées que certains processus cognitifs ne se détériorent pas inéluctablement avec l’âge.

-Les différences qui apparaissent en fonction de l’âge ne sont pas obligatoirement liées à des changements.

Il n’existe pas de régularité entre le développement de l’intelligence et ses transformations durant la vieillesse, ces transformations apparaissent comme la combinaison de processus de déclin et de processus de développement.

Il n’existe pas de trajectoire fixe mais au contraire une forte variabilité inter-individuelle.

b) La Mémoire

**Encodage :** Système de traitement des informations, processus par lequel l’information est enregistrée.

**Stockage :** il s’occupe de la conservation en mémoire permanente de traces encodées.

**Récupération :** permet la réactualisation des connaissances

Il existe 2 mémoires

**Mémoire à court terme :** Entrepôt qui est limité dans la quantité d’encodage d’informations et dans sa durée de stockage, son rôle est de maintenir temporairement l’information.

**Mémoire à long terme :** Son contenu est varié et hétérogène, elle est illimitée dans le temps et dans la quantité ; ce sont des connaissances multiples.

Réponse

et oubli

Registre sensoriel

MCT

STIMULUS

MLT

Mémoire Non déclarative/ Implicite

N’apparaît pas à la conscience de l’individu, mémoire procédurale.

Conditionnement , automatisme, réflexe.

Mémoire Déclarative / Explicite

Connaissances verbalisables

Mémoire Sémantique

Connaissance du langage nécessaire à la compréhension du monde – impersonnelle et socialement partagée.

**Mémoire épisodique**

Renvoie à l’histoire personnelle, interprétation.

c) Modifications affectives et sociales chez les personnes âgées

L’étendue de la notion de vieillissement conduit à ce que soit considéré dans la même rubrique des sujets proches de la mort et des sujets très peu différents de l’âge adulte.

1) La Modification des rôles sociaux

Le statut social des Personnes Agées est profondément marqué dans nos société par les contraintes du travail et de la retraite, ainsi le sujet âgé est brutalement privé de ce statut et des satisfactions qui en découlent.

Le retraité doit avoir un comportement passif, la dépendance étant une condition inéluctable de la vieillesse et le recours aux Instituts une réponse adaptée à l’incapacité due aux maladies psychologiques et atteintes intellectuelles.

L’inactivité est une difficulté principale de la retraite, l’absence de loisirs peut aussi s’expliquer par les problèmes financiers et de santé.

Le maintien d’une activité assure à la personne âgée une image positive d’elle-même.

2) Les Modifications du caractère et de la personnalité

L’âge ne modifie pas les traits de caractère, c’est la personne qui avançant dans l’âge tolère de mieux en mieux certains aspects de sa personnalité.

III) Atelier Mémoire

a) MCT

2 expériences ont été faites par CRAIK et EYSENCK, lors de la comparaison entre les résultats chez les sujets jeunes et ceux chez les sujets âgés, ils ont mis en évidence la nette supériorité chez les sujets jeunes.

La MCT est la première à vieillir.

b) MLT

Lors d’une comparaison entre la mémoire explicite et implicite, on a mis en évidence que les jeunes été plus performants en mémoire explicite que les âgés, alors que pour la mémoire implicite les résultants étaient équivalents.

De plus, en fonction du niveau intellectuel l’écart entre les deux groupes sera plus ou moins important.

**Chez la personne âgée il y a donc diminution de l’efficacité de la Mémoire à court terme, alors que la mémoire procédurale reste, elle, inchangée.**

Le vieillissement de l’appareil locomoteur

I) Introduction

#### Gérontologie Etude globale des PA, c’est la pyramide des âges.

**Gériatrie** Spécialité médicale qui s’occupe des personnes âgées

#### ≠ facteurs dans le vieillissement

#### Facteurs environnementaux

Hygiène de vie *(alimentation équilibrée, tabac, alcool, soleil…)*

#### Facteurs génétiques

Le vieillissement de l’appareil cardio-vasculaire

Athérome **:** **dépôt graisseux sur la paroi d’une artère.**

Sites privilégiés : -coronaires *(angor → infarctus)*

-carotides

-artères rénales *(insuffisance rénale)*

-artères des membres inférieurs

Le vieillissement de l’appareil digestif

**3% des PA ont une denture saine/ appareil dentaire**

Nourriture primordiale => soins dentaires indispensables

Risque de fausse route !!

DONNER LA NOURITURE: en petite quantité

attendre qu’elle déglutisse

→Œsophage

perte de la continence du sphincter =Reflux Gastro-Œsophagien

→Duodénum

risque de calculs ou lithiases biliaires (petits cristaux liquides formés)

PA : mange peu et boit peu

=> *selles dures et petites*, *bouchon de matière dure et sèche qui s’accumule*; **fécalome.** (peut être à l’origine d’une fausse diarrhée, glaire sanglante)

Effets secondaires du fécalome sur la vessie : *globe vésical*(vessie distendue, accumulation et rétention d’urines)*, miction par regorgement* (entraînant une incontinence urinaire)*.*

Le vieillissement de l’appareil neurologique

Peut-être Neurodégénérative = Dégénérescence des neurones

\*DTA : Démence type Alzheimer

*Tous les traitements validés sont des traitements qui ralentissent les symptômes, le profil évolutif n’est pas changé, car il y a une atrophie cérébrale irréversible.*

\*Les Démences vasculaires

\*La maladie de Parkinson

*faciès figé, difficultés pour manger*

\*La chorée d’Huntington

*maladie dégénérative héréditaire*

\*La Maladie à corps de Lewy

*à l'origine de la destruction d'un certain nombre de neurones de façon progressive intermédiaire entre la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer.*

\*La paralysie des cordes vocales

II) Le vieillissement de l’appareil locomoteur

**Os+ muscles+articulations**

**a) La structure osseuse**

lamelles de nature protéique (*fibre de collagène*) et de nature minérale (*phosphore, calcium*).

→2 types d’os **cortical** et **spongieux**

**b)Le remodelage osseux**

résorption <*ostéoclastes*

construction <*ostéoblastes*

**c)Facteurs régulateurs au vieillissement osseux**

→La PTH, parathormone stimule le remodelage osseux (ostéoclastes), elle vide l’os du Ca qui part dans le sang.

Les hormones sexuelles ont un rôle inhibiteur sur la résorption, et stimule la construction.

**Effet protecteur sur l’ostéoporose.**

→Vitamine D, favorisant l’absorption du Ca au niveau intestinal, et donc la construction

→Calcitonine, supprime l’activité des ostéoclastes

→Contraintes physiques, empêchant la résorption et favorisent la construction.

**d) Evolution avec l’âge**

**\*os cortical**

jusqu’à 40 ans ceux des femmes sont plus épais que les hommes, puis inversion.

**\*os spongieux**

à partir de 50 ans perte de 40% chez la femme et 25% chez les hommes

**\*remodelage osseux**

reste constant mais les ostéoclastes travaillent + d’où une synthèse osseuse moindre.

III) Le vieillissement articulaire

\*Cartilage sénescent : vieilli/ altéré, favorise le glissement entre les surfaces musculaires.

\*Cartilage arthrosique (malade)

→perte de substances cartilagineuse- X des fissures

→**physiopathologie**

*mécanique* (excès pondéral, microtraumatismes répétés

*sénescence* (arthrose favorisé par dépopulation chondrocytaires)

*génétique*

*hormonal* (femme plus atteinte que l’homme<récepteurs d’œstrogènes au niveau des chondrocytes)

IV) Modification des autres tissus

**a) La membrane synoviale**

enflammée elle libère des substances qui détruisent le cartilage

**b) La capsule articulaire**

phénomène fibrosique accru entraînant un raidissement articulaire <d’une réduction du tissu articulaire.

V) L’ostéoporose

Ostéopathie raréfiante telle que l’os ne peut plus assurer sa fonction mécanique de soutien

C’est une modification physiologique (tout le monde en a), considérée comme une maladie multifactorielle : la fragilité accrue du squelette → prédispose aux fractures

**a) Histologiquement**

réduction de la masse osseuse (minérale et matricielle)

**b)principaux déterminants**

ménopause et vieillissement

**c) Thérapeutiques et prévention**

\*Contrôle du régime alimentaire (Ca et Vit D en apport suffisant)

\*Programmes d’exercices physiques (intenses mais de courte durée)

\*Œstrogénothérapie substitutive

\*La Calcitonine (forme injectable ; supprime l’activité ostéoclastique, effet analgésique *(<augmentation des endorphines circulantes)*)

\*Les Biphosponates (effets puissants contre la résorption osseuse, amélioration de la densité osseuse)

→3 médicaments contre la résorption osseuse

VI) Le Vieillissement musculaire

→A partir de 30 ans, la masse musculaire diminue de 10% par décennie, entraînant une sarcopénie ou fonte musculaire

→Diminution de la force/puissance et de la capacité à marcher : *risque de chutes*

→déshydratation des tendons/ligaments et augmentation de la raideur (*déchirure musculaire et arrachement osseux.*)

Déshydratation

**Définition**

Déficit du volume liquidien par déséquilibre du bilan hydrosodé. Ce déséquilibre provient d’une déshydratation extracellulaire et/ou intracellulaire *(=où seule l’eau est en perte)*

Chez la PA, causes multiples :

\*Adipsie : Diminution de la sensation de soif

\*Problème de mobilité physique *(patient alité)*

\*Incontinence *(peur de se souiller)*

\*Augmentation trop importante des pertes

*(diarrhée, vomissements, hyperthermie, polypnée, brûlure grave, diabète, diurétique…)*

\*Carences des apports lipidiens

*(adipsie, anorexie, dépression, régime sans sel, démence, troubles de la déglutition…)*

Signes Cliniques

\*Sécheresse (peau et langue rôtie, noire= candidose)

\*Persistance du pli cutané

\*Enfoncement des yeux dans leur orbite

\*Urines concentrées

\*Polypnée

\*Constipation

\*Hyperthermie, Tachycardie, Hypotension

\*Ralentissement psychique, somnolence, fatigue ou agitation

\*Perte de poids

\*Sensation de soif

Conséquences

\*Aggravation de la sensation de soif

\*Risque d’anurie

\*Augmentation de l’urémie

\*Atteinte de la peau *(escarres)*

\*Phlébite, infection pulmonaire et urinaire

\*Malaise

\*Complications neuroleptiques

Traitement

→Rôle préventif de l’IDE (sensibiliser la PA à boire, surveiller les apports liquidiens journaliers et l’état de santé –poids, bilan ionique, sécheresse…)

→Curatif : *voie orale, sonde gastrique (eau, nutriments), perfusion sous-cutanée, perfusion intra veineuse…*

(cf. polycop « pose d’une perfusion sous-cutanée »)

Le syndrome d’immobilité

**Définition**

Ensemble de symptômes physiques, psychiques, et métaboliques résultant de la décompensation de l’équilibre précaire de la personne âgée, par le seul fait de l’interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles.

Etiologie

\*Vieillissement physiologique des organes

\*Polypathologies (+ de 3)

\*Diminution des capacités d’adaptation et de récupération

\*Syndrome dépressif

\*Médicaments sédatifs

\*Hospitalisation prolongée

Modifications physio-pathologiques

\*Diminution du débit cardiaque

\*Fonte musculaire

\*Amaigrissement

\*Anémie

\*Diminution des défenses immunitaires

Complications

→ Risque de détérioration des fonctions organiques

→ Escarre du décubitus

→ Constipation

→ Stase de sécrétion pulmonaire

→ Thrombose

→ Infections des voies urinaires

→ Perte des forces / Hypotension

→ Désorientation et perte des repères

Plus vite le pronostic est prononcé plus le patient aura des chances de s’en remettre, s’il n’y a pas de prise en charge → **grabataire.**

Syndrome de Glissement

**Définition**

Détérioration rapide de l’état général, déclenchée par une affection aiguë médicale, chirurgicale, ou psychique, pouvant évoluer vers la mort, en l’absence de prise en charge thérapeutique.

→Refus de s’alimenter, du soin, et de communiquer.

Facteurs déclenchant

\*Isolement social

\*Placement en Institut

\*Deuil

\*Conflits

\*Intervention

\*Choc psychique

Signes

→Affaiblissement généralisé et/ou évolutif

→Anorexie franche

→Déshydratation, adipsie, météorisme intestinal

→Baisse de la Tension Artérielle

→Syndrome dépressif

→Absence de communication

Traitement

\*médical

\*psychique

\*nutritionnel

\*kinésithérapique

*voire* ***sismothérapie****: électrochocs qui font perdre une partie de la mémoire.*

Rôle de l’IDE

Patient : surveillance des appareillages, des fonctions vitales, des bilans ; nursing,

prévention des complications du décubitus, écoute attentive

Entourage : savoir écouter et entourer leur souffrance, rassurer la prise en charge…

Dénutrition

Le vieillissement physiologique

\*Cavité buccale :perte de la structure osseuse, glandes atrophiées, absence d’hygiène

\*Œsophage : reflux

\*Estomac : rétrécissement

\*Intestin :constipation

Rôle Infirmier

→Surveillance de l’équilibre et de l’hygiène alimentaire

→Evaluation de l’état nutritionnel (IMC et MNA)

→Prévenir et Traiter la malnutrition

Recommandations diététiques

Tenir compte des recommandations du PNNS

Ressources du patients

Position prandiale confortable

Respect de l’ordre des plats

Respect des habitudes et tradition

# Dénutrition

Déséquilibre entre les apports caloriques et protidiques, et les sorties.

Situation à risque elle se présente sous deux formes

**Exogène :** *insuffisance des apports alimentaires*

**Endogène :** *perte calorique trop importante ou mauvaise absorption.*

Signes de la dénutrition (cf. tableau 1- situations à risques)

-Perte de poids, IMC < 18,5

-Perte de l’appétit (asthénie, anorexie, dépression, trouble de la mémoire, satiété précoce…)

-Sécheresse de la peau

**-Taux d’albuminémie** signe déterminant pour le diagnostic d’une dénutrition

*3 prises en charge possibles*

-Alimentation ou supplémentation orale *(enrichissement des aliments avec + de kcal/+ de protéines )* (cf. ANNEXE 1 modalités d’enrichissement)

-Alimentation entérale *(sonde naso-gastrique)*

-Alimentation parentérale*, par perfusion*

L’organisation des soins infirmiers en maison de retraite

Médicalisation des Etablissements d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes :

→ signature de la convention Tripartite :

mise en place de trois tarifs :

**HEBERGEMENT – SOINS – DEPENDANCE**

De nombreuses modifications devront intervenir dans les prestations médicales des maisons de retraite pour plusieurs raisons :

. **l'âge moyen** d'entrée des résidents est de plus en plus élevé (85 ans)

. la plupart d'entre eux développent **plusieurs pathologies** de plus en plus lourdes ;

. des **sorties** d'hospitalisations de plus en **plus rapides**,

. des **familles plus présentes** et **plus exigeantes** qu'auparavant ;

. une **augmentation du nombre de résidents dépendants** nécessitant des prises en charges spécifiques (déambulants, incontinents, …).

A) L’organisation

**Espace commun :** Accueil, restaurant, Salle d’animation, salon de coiffure, espace détente

**Espace individuel :** Chambre, simple ou double, avec salle de bain et/ou terrasse

**Locaux de soins :** Pharmacie, Bureau Médical, salle kiné, salle balnéothérapie, salle snoezelen, infirmerie…

*Une salle SNOEZELEN :* Le concept SNOEZELEN vient de Hollande <2 psychologues Indiquée dans l’accompagnement des personnes polyhandicapées (enfants et adultes) , elle s’ouvre à présent à des publics divers (psychogériatrie, maisons de retraite, etc…).

*Un CANTOU :* Centre d’Activités Naturelles Tirées d’ Occupations Utiles (espace destiné à accueillir les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou maladies apparentées) architecturalement, il est possible de trouver un espace comprenant les chambres et les lieux de vie ou simplement les lieux de vie)

**Le projet d’établissement** appelé auparavant *projet institutionnel* est un document officiel que doit produire toute institution sanitaire.

**Le projet de soins** sera défini par le Médecin Coordonnateur et l'équipe soignante, dans le but d’accroître la qualité des soins.

B) Le Résident

**La Prise de contact**

Elle peut se faire soit par téléphone ou à l’occasion d’une visite spontanée.

Elle faite soit par le futur résident, soit par les aidants (conjoint, descendants, ascendants, ami, aide à domicile, des personnes du secteur sanitaires et social…)

L’accueil commence par cette prise de contact et fait partie bien souvent d’un critère de sélection de l’établissement.

**Dossier d’admission**

\*un dossier administratif

\*un questionnaire médical et chirurgical d’admission : ce document doit être remis au MEDEC qui l’évalue et le valide. Parfois certaines prises en charge ne sont pas possibles, cas des fins de vie qui seront dirigées vers les soins palliatifs.

*Premier jour*

L’ensemble du personnel ira se présenter à tour de rôle.

Les documents dits de fonctionnement seront complétés :

La gouvernante : complétera tous les documents concernant l’hébergement (documents administratifs, suivi repas, suivi linge…)

L’IDEC, l’IDE et le MEDEC : regrouperont tous les documents médicaux nécessaires à une prise en charge efficace, de qualité et immédiate (fiche traitement, bilans….) Le recueil d’information sera ainsi informatisé : antécédents médicaux et chirurgicaux, fiche traitement, plan de soins, une présentation succincte du résident (mini démarche de soins) sera saisie au niveau de la relève : âge, pathologie, régime alimentaire, niveau de dépendance avec les soins inhérents à cette dépendance, utilisation de contention si besoin.

Cette relève écrite sera renforcée par des transmissions orales. Le médecin traitant sera contacté.

En fonction de l’état de fatigue du nouvel arrivant, il lui sera possible de dîner dans sa chambre ou en salle à manger.

*Première semaine*

La communication avec le résident et la famille doit être omniprésente durant cette première semaine.

Cas particulier des personnes désorientées, parfois conseillé à la famille de ne plus rendre visite au résident pendant environ une semaine, cela permet au résident de se familiariser avec le personnel, les locaux : *création de nouveaux repères*.

La famille étant un repère, il est important qu’il s’en détache.

A la fin de la première semaine, un rendez vous est proposé à la famille avec le directeur et l’IDEC, afin d’échanger les avis respectifs sur la prise en charge du résident.

C’est l’occasion de fixer des objectifs en vue d’une amélioration si besoin.

Un rendez vous pourra être proposé un mois plus tard, en fonction du contexte.

**Le projet de vie individualisé**

Centré sur le résident.

Etabli pour la personne âgée, il tient compte de ses besoins, de ses souhaits, et de ses attentes.

Il s’appuie sur une démarche d’élaboration en équipe.

**LES REGLES D’OR DE LA POLITIQUE DE SOINS INFIRMIERS**

RÈGLE N° 1 – La pratique infirmière s’appuie sur une démarche de soins ou plan de soins pour dispenser des soins personnalisés.

RÈGLE N° 2 – Tout acte de soins infirmiers implique une compétencetechnique, relationnelle, et éducative « C’est le savoir-faire et l’art de prendre soin d’une personne qui transforment une technique en une intervention infirmière »

RÈGLE N° 3 – L’infirmier(ère) assume ses responsabilités en tant que membre

L’infirmier(ère) maîtrise les trois dimensions de sa fonction :

- indépendante (rôle propre)

- dépendante (sur prescription)

- interdépendante (en collaboration)

RÈGLE N° 4 – L’infirmier(ère) assume ses responsabilités au sein d’une

institution en tant que membre d’une équipe

**Les axes de soins**

AXE N° 1 – Les objectifs de soins liés aux perturbations de santé des résidents

AXE N° 2 – L’accueil et l’animation = vecteur de soins

AXE N° 3 – Les supports de soins

\_ le dossier de soins – le dossier médical

\_ les transmissions – le suivi de l’état de santé du résident

\_ l’organisation des soins

AXE N° 4 – L’évaluation des soins, les indicateurs de santé

AXE N° 5 – La formation du personnel

AXE N°6– Les réseaux de soins, les orientations futures

AXE N°7 – La Bientraitance

**JOURNEE TYPE D’UNE INFIRMIERE**

L’infirmière débute entre 8H00 et 9H00 et termine entre 19H00 et 20H00

Relève :

lecture des transmissions sur l’outil informatique puis transmissions au reste de l’équipe

Début des soins :

prise des constantes, injections, glycémies capillaires, mise en route de l’alimentation entérale, mise en route des perfusions en sous cutanée ou IV pansements

Suivi médical :

Visite avec les médecins : mise à jour du dossier médical et des soins suite à la visite

Préparation des médicaments selon protocole (circuit du médicament)

Distribution des médicaments

L’après midi nous pouvons retrouver des soins du matin (injections,

pansements, perfusions, suivi médical …)

Mise à jour des supports et des demandes de prescription concernant

notamment le suivi des contentions, les compléments alimentaires, les

vaccinations….

Suivi des bilans biologiques et appel des médecins si nécessaire

Prise des rendez vous

TRAVAIL RELATIONNEL RESIDENT/FAMILLE/EQUIPE

Participation aux réunions (suivi résident, formation, information,

organisation)

Le vieillissement de l’appareil digestif

BON FONCTIONNEMENT

*Mastiquer / Déglutir / Digérer / Absorber les aliments*

I) Bouche et oropharynx

**\*Les dents :**

perte de dents, pas de dentition saine (3%), résorption et altération de l’os alvéolaire,

trouble de l’articulé temporo-mandibulaire : *appareiller le plus tôt possible* !

**\*Les glandes salivaires :**

Atrophiées, déficit du taux de salive (langue rôtie, mycose buccale, fumeur…)

*→digestion altérée*

**\*Langue :**

Perte des cellules nerveuse du goût *→ hypogueusie / agueusie*

Infections fréquentes < dénutrition (peu de protéines = perte des capacités d’immunité)

**\*Trouble de la déglutition :**

→Centrale/neurologique <AVC / Pathologies neurodégénératives

→Locale <arthrose cervicale importante = ostéophytes comprimant l’œsophage

*La fausse route est une cause de décès !!*

*(va de la pneumopathie d’inhalation à l’arrêt respiratoire)*

II) Œsophage

→Contractions péristaltiques

moins nombreuses chez PA / descente moins facile, conseillé de manger redressé.

→Maladies dégénératives

ex-diabète

→Amylose

*dépôt de protéines insolubles dans un certain nombre de tissus humains*

→Lésion néoplasiques

→Compressions intrinsèques

(*anévrisme de l’aorte, perte de sang et poche formée qui peut comprimée l’œsophage*)

III) L’estomac

→La Pathologie ulcéreuse

*Fréquente avec l’âge : 60 entre 60 et 70 ans 75 à partir de 75 ans, complications*

*hémorragiques qui peuvent entraîner la mort :*

Attention à l’utilisation de AINS (Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens)

**→Gastrite chronique atrophique** (maladie de BIERMER)

*Non assimilation de l’acide folique= anémie, gravissime*

**→Diminution de la sécrétion et du suc gastrique**

IV)Intestin grêle

La capacité et la motricité d’absorption reste inchangée avec l’âge.

Après 60ans risque d’ ischémies athéromateuses

→révélation aiguë (infarctus mésentérique et mort)

→révélation chronique (angor post-prandial)

Les Troubles de la marche

I) Généralités

**a) Notions d’épidémiologie**

1/3 des +de 65 ans et ½ des plus de 85 ans font 1 chute par an

9000 à 12000 décès /an

CHUTE : FACTEUR D’ENTREE MAJEUR DANS LA DEPENDANCE !

**b)Conséquences de ces troubles**

Syndrome anxieux post-chute → fauteuil et grabataire

Dépression, sentiment d’impuissance < aussi d’un isolement social

Trouble de la marche et de l’équilibre

Immobilisation

Phobie de la marche

Traumatisme

Phobie de la chute

CHUTE

**c)La marche du sujet âgé**

**La marche normale**

*2 phases :* appui du talon et de la pointe+balancement automatique des bras

→Au cours du vieillissement :

*-perte de la souplesse des tissus conjonctifs*

*-fonte de la masse musculaire*

*-ralentissement de la conduction nerveuse*

*-représentation schématique de l’espace altérée*

**La Marche du sujet âgé**

→+ lente/cadence ralentie – phase d’appui +longue – foulée +courte

→polygone de sustentation + grand

→pas de soulèvement des pieds, tendance à s’accrocher <diminution de l’extension de la

cheville

→baisse des capacités de flexion et d’extension de la hanche

*Pathologies surajoutées influençant la marche*

Douleur/ immobilité articulaire / faiblesse musculaire

Maladies neurologiques *(Parkinson, IVC →Hémiplégie)*

Maladies neurodégénératives *(démence)*

II) Les étiologies

*3 causes essentielles*

**a) Les accidents**

< altération d’un organe des sens, de la mémoire ;

perte du sens de l’équilibre (*difficulté pour éviter un danger ; rattraper un faux pas*)

**b)Altération de la marche et faiblesse des membres inférieurs**

<AVC, syndrome parkinsonien *(consommation excessive de sédatifs et neurologiques→ somnolence, responsable d’inattention, donc de chutes !)*

<Arthrose/ Arthrite (*crise de goutte*)

<Problèmes podologiques (*hallus valgus, déformation des orteil*s)

<Neuropathies (*absence de sensations nerveuses dues à l’alcoolisme ou au diabète*)

<Myopathies

**c)Le syndrome vertigineux**

**\*Vertige vrai** : sensation de mouvements rotatoires qui peut se traduire par un trouble

vestibulaire.

**\*Syndrome vertigineux**, sensation de malaise, lipothymie.

Etiologie

<Problèmes cardio-vasculaires

<Hypertension orthostatique

<EII des médicaments

-médicaments cardiotropes (=*altération de l’hémodynamisme*)

-médicaments psychotropes (=*altération de la vigilance / hypnotique*)

-neuroleptiques (*diminution de la posologie en Octobre/ Printemps, risque de trop*

*forte concentration*)

-benzodiazépines (*anxiolytique, hypnotique, myorelaxant, anticonvulsivant*)

IATROGENIE : remède plus délétère que le mal en lui-même.

**d)Autres causes**

Démence : perte de tous les acquis, perte de la perception visio-spatiale (pas de conception d’un obstacle

Séquelles orthopédiques

Immobilisation prolongée

III) Les pathologies induites par les chutes

\*Fracture du col fémoral (***cataclysme***)

\*Fracture du poignet *‘poignet en dos de fourchette’*

\*Fracture du bassin (*fracture des branches ischiopubiennes/iliopubiennes* ) repos strict

\*Fracture des côtes (*limitation de la respiration, encombrement → pneumopathie*)

\*Tassements vertébraux (*perte de la hauteur→bosse*)

\*Traumatisme crânien (*avec* ***hématomes sous-duraux****, compression et hémorragie*)

IV) Le phénomène de rétropulsion

**a)Définition**

C’est un déséquilibre postérieur non rattrappé, le patient ne peut maintenir son équilibre qu’en s’agrippant à la personne en face de lui

*‘syndrome de la planche à voile’*

**b)La correction**

Kiné, tables de verticalisation, talonnette

V) Traitement et prévention des chutes

**→Donner le moins de médicaments possibles**

(sans pathologie une PA prend : *laxatif, anti-dépresseur, anxiolytique, antalgique*…)

**→Aides techniques**

**(**canne anglaise, chaussures adaptées)

**→Soigner les pieds**

(consultation d’un orthopédiste)

**→Agir sur l’environnement**

(retirer les tapis, éclairage suffisant, lit à hauteur adaptée)

*Exemples de rééducation*

passage assis→debout

appui monopodal…

Le sommeil de la personne âgée

Sommeil=30% de notre vie

Composé de 4 à 5 cycles / nuit (de 90min chacun)

Chacun de ces cycles possèdent 3 étapes :

-**Sommeil calme** (1h / 4 stades = endormissement, sommeil léger, profond, très profond)

-Sommeil Paradoxal (15 à 20 min → hyperactivité cérébrale / rêve)

-Sommeil Intermédiaire (bref)

I) Les effets du vieillissement sur le sommeil

Changement majeur = *morcellement des cycles de sommeil* → décalage

II) Les troubles du sommeil

**Insomnie :** altération quantitative ou qualitative du sommeil.

Augmentation avec l’âge < apnées du sommeil/ syndrome des jambes lourdes

→Insomnie initiale (*endormissement difficile*)

→Insomnie intermittente (*maintien difficile du sommeil*)

→Insomnie de fin de vie (*réveil très tôt*)

CAUSES

**→Pathologies générales**

-affection douloureuse

-affection digestive

-affection rhumatismale

-affection cancéreuse

**→Dyspnée nocturne**

-insuffisance cardiaque ou respiratoire

-problème urinaire

**→Pathologies neurologiques**

-Parkinson

-AVC

-Démence

**→Traitement médicamenteux**

-Diurétiques

**→Troubles psychiatriques**

-anxiété

-dépression

-alcoolisme chronique

-grand stress

**→Environnement**

-bruits

-éclairage

-température

-soins nocturnes

**+causes psychologiques** : contrariétés, oisiveté…

III) Préparation et installation de la PA au sommeil

Noter ce qui concerne le sommeil dans le recueil de données

**\*Habitudes de sommeil** (heure de coucher, temps de sommeil)

**\*Rites de préparation** (lavage des dents, toilette, lecture/TV, sécurité, volets fermés…)

Installation du patient au lit

-bonne position

-CONFORT et SECURITE

-rassurer le patient

!!! Règles à respecter !!!

→Respecter le sommeil d’autrui

Le vieillissement de l’appareil cardio-vasculaire

I) Généralités

Le volume du système CV se caractérise par

-**altération de la fonction diastolique cardiaque**

-**diminution du débit cardiaque maxi** < *diminution de la fréquence cardiaque* maxi

< *diminution de la compliance* du muscle cardiaque et artériel.

II) Modifications anatomiques

**Augmentation de la masse** du myocarde (épaississement des parois surtout parois VG)

**Accumulation de graisses** sur le péricarde → difficulté à transmettre l’information électrique

**Epaississement** de l’endocarde

Perte cellulaire au niveau du tissu nodal (nœud sinusal) de 50 à 90%

→**processus dégénératif** au niveau des voies de conduction

→**calcifications**→ troubles du Bloc Auriculo-Ventriculaire

Présence de dépôts lipidiques et/ou calciques au niveau des valvules

→*Rectitude des valvules*

→*Maintient de la compétence fonctionnelle*

**risque :** cassure/ fuite, accumulation de sang dans l’oreillette et insuffisance cardiaque.

Le vieillissement de l’appareil respiratoire

I) Modifications anatomiques

1) La cage thoracique

Déformation = **cyphoscoliotique**

*Rectitude* < *perte d’élasticité* au niveau ligamentaire et musculaire surtout diaphragme.

2)L’arbre trachéobronchique

Perte de sa souplesse et de son expansibilité

3)Le tissu pulmonaire

perte d’élasticité → *difficulté dans l’expiration courante*.

4)Les artères pulmonaires

Augmentation de l’épaisseur des parois → tissu vascularisé réduit

5)Globules rouges

*pas de modification en dehors d’une pathologie significative.*

II) Ventilation et échanges gazeux (CO2 et Oxygène)

1) Ventilation

Capacité Totale Pulmonaire = inchangée

Le **volume résiduel** augmente avec l’âge → diminution de la **capacité vitale**

(*< diminution des* ***volumes de réserve inspiratoire*** *et* ***expiratoire*)**

**CV + VR + CPT**

2)Les échanges gazeux

Diffusion de gaz à travers la membrane alvéolocapillaire= altérée

*Diminution* de la pression artérielle en O dans le sang artériel / PaCO2 peu modifiée

*→ altération de l’****hématose***

3)Contrôle de la ventilation

Diminution de la réponse ventilatoire à l’hypoxie et à l’hypercapnie

→Diminution de l’adaptation à l’effort et prévalence du syndrome des apnées du sommeil

!!! une PA = moins de mécanismes adaptatifs !!!

III) Les défenses pulmonaires

1) La clairance mucociliaire

altération < cils englués et épaississement du mucus

2)La toux

*moins efficace* → expiration saccadée / brutale

IV) Vieillissement accéléré

**\*Tabac** → bronchosécréteur et ciliostatique

augmentation du collapsus expiratoire < *mucus non évacué qui fait barrage*

**\*Tachypnée + Tirage susclaviculaire + respiration paradoxale**

*→l’appareil respiratoire reste bien adapté aux conditions basales de repos mais ses réserves s’amoindrissent lors d’un effort / stress.*

Aspects Médicaux Sociaux Economiques de la Retraite

Un homme prend sa **retraite** lorsqu’il arrête complètement de travailler, parce que son âge ou la durée de travail qu’il a effectué lui permet de quitter la population active, tout en lui assurant des revenus de retraite garant d’un niveau de vie qu’il juge suffisant. Ces revenus proviennent du versement d’une pension de retraite par des caisses de retraite, et par les revenus du patrimoine accumulé au cours de la vie active.

##### I)Aspects économiques

-Salaire / pension trimestrielle au lieu de mensuelle

-%Actifs/ retraités *En 2000-2006, 2 salariés pour 1 retraité*. *En 1964, 4 pour 1 et en 1985, 3 pour 1.*

-Société de consommation (loisir, marché des retraités)

-Activités extra-professionnelle

##### II) Aspects Médicaux

-Choc Psychologique *Troubles du caractère, asthénie, dépression*

-Troubles organiques *Perte de jeunesse, tabac, troubles cardio-vasculaires, diabète, arthrose…*

##### III) Aspects Psychosociaux

-Perte du rôle de parent pour celui de grand-parent

-Perte de son rôle d’actif dans la société

-Perte du rôle conjugal (veuvage)

-Espace relationnel réduit

##### IV) Retraite-Couple

Nouvelle intimité, nouvelles habitudes. Post-Ménopause/ Andropause.

Harmonie ou Mésentente.

Bouleversement moderne, on court à la **jeunesse**, **progrès scientifique médicaux**, changement des **rôles sociaux** attribués à chaque âge. Existence d’un **4ème âge**. Restent des « **passeurs de mémoire**. ».

###### Avantages de la retraite

\*Liberté – Autonomie

\*Créativité – Loisirs – Activités manuelles et intellectuelles

\*Epanouissement – Intergénération – Prendre soin.

###### Inconvénients de la retraite

\*Inquiétude – Solitude – Perte de réseaux sociaux – Décès d’amis/ conjoints

\*Sécurité financière

\*Perte d’une dynamique – Perte d’une santé

Notions d’autonomie, dépendances et handicap

**Autonomie**

Capacité à se gouverner soi-même, droit d’une personne à choisir ell-même ses règles de conduite, l’orientation de ses actes.

Possibilité d’effectuer les activités de la vie courante sans aide.

Dépendance

Impossibilité totale ou partielle pour une personne d’effectuer sans aide les activités de la vie courante (physique, psychique et sociale) et de s’adapter à son environnement.

Etat de la personne qui est dans l’incapacité de satisfaire un ou plusieurs besoins sans action de suppléance (humaine ou instrumentale).

Elle peut être temporaire et est souvent causée ou aggravée par la survenue d’une maladie.

**Handicap (<OMS)**

Le handicap dans le domaine de la santé résulte pour un individu donné d’une déficience ou d’une incapacité qui se limite ou interdit l’accomplissement d’un rôle normal en rappôrt avec l’âge, le sexe et les facteurs socioculturels. Il traduit l’écart entre l’incapacité physique et intellectuelle de la personne et les normes habituelles de qualité de vie.

# Déficience

Anomalie d’un organe, d’un système ou d’un appareil. Cette anomalie peut être sans conséquence pathologique mais le plus souvent elle est symptomatique et équivaut à la maladie.

# Incapacité

Elle représente une des conséquences de la déficience et elle en est l’expression en termes de fonctions et de performances.

\*Les liens entre autonomie et dépendance

Une personne peut ne pas être autonome tout en ayant conservé des aptitudes sensorielles et

locomotrices qui assurent son indépendance (et inversement).

Privilégier l’autonomie

Elle se manifeste tant que la personne est en mesure d’exprimer des choix personnels dictés

par la raison.

\*Evaluation de la perte d’autonomie

*D’après le décret R.4311-2, les SI ont pour objet de :*

« protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l’autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social […]de participer à ‘évaluation du degré de dépendance des personnes. »

**-Faire un bilan précis des déficiences**

**-Définir des moyens à mettre en œuvre.**

Evaluation physique

Répertorie et distingue les pathologies des conséquences du vieillissement

(<examen clinique complet)

*échelle de la douleur/ MNA (nourriture)/échelle de Norton (escarres)*

Evaluation psychique

Considérer ce que fait la PA dans son cadre de vie habituel, en tenant compte des

possibilités physiques/psychiques, de l’entourage familial/social, des revenus et de

l’histoire de vie.

=>L’évaluation permet à une équipe de soins d’atteindre 4 objectifs

*-repérer les déficiences et incapacités qui retentissent sur l’environnement*

*-établir un plan de soins pour limiter le handicap*

*-communiquer avec d’autres acteurs de la santé*

*-suivre une même personne en évaluant son incapacité au fil du temps.*

\*Echelles d’évaluation utilisées

Echelle de Katz : Mesure les activités de la vie quotidienne

Echelle de Lawton : Mesure les AVQ en relation avec les fonctions cognitives.

Le Géronte : Evaluation de ce que réalise la PA toute seule.

**La loi 97-60 (du 24 janvier 1997) a rendu l’évaluation A.G.G.I.R (Autonomie**

**Gérontologie Groupe Iso-Ressource) obligatoire pour les PA.**

Elle décrit l’autonomie d’une PA dans las AVQ, avec l’aide éventuelle d’appareillage,

mais sans l’aide d’un tiers humain.

En fonction de cette grille, l’**APA** (l’Allocation personnalisée d’autonomie) est distribuée.

-ajustement des moyens en personnel

-aide à la planification de l’offre et de service de soins

-allocations des ressources aux structures d’accueil

\*Principaux facteurs de dépendances

Isolement

6 millions de PA vivent seules aujourd’hui en France

+ de femmes que d’hommes/ veuvage

Problèmes d’habitation

3 millions de PA habitent en commune rurale (25% n’ont pas de salle d’eau, et 13% n’ont

pas de WC ni de chauffage central)

Relations intergénérationnelles

Un maintien à domicile < du soutien de l’entourage, 80% des soins sont fournis par

l’entourage, la moitié des PA reçoivent de l’aide de leur famille et s’occupent régulièrement

de leurs petits-enfants.

Absence de réseau social et facteurs extérieurs