

Quelques rappels démographiques :

- en 1990 l'espérance de vie d'une personne de 60 ans était de 21,6 ans (soit 81,6 ans)
- en 2001 cette espérance de vie est passée à 23 ans, soit un gain de 18 mois en 10 ans. Rappelons qu'il avait fallu deux siècles pour gagner 4 années d'espérance de vie !
- en moyenne nous gagnons un trimestre d'espérance de vie par an avec, surtout, une période de vie sans incapacité qui augmente.
- En 2030 les plus de 60 ans représenteront 31 % des personnes en France et 35 % dans le Finistère (près de 30 % actuellement)

Mais, qu'est-ce qu'une « personne âgée » ?

- selon l'O.M.S. c'est l'âge du départ à la retraite (!)
- pour les soignants ce serait plutôt la combinaison de plusieurs facteurs :
 - les polyopathologies (vue, ouïe, mémoire, cœur, difficultés motrices, système nerveux, dépression...)
 - l'intrication de difficultés psycho-sociales et émotionnelles (séparation, deuil, isolement social et affectif, difficultés économiques...)
- pour la société c'est, souvent, le regard des autres ;
 - c'est celui ou celle « qui a été »
 - pour Jean-Paul SARTRE « ce n'est pas le déclin physique ou intellectuel qui est la cause du sentiment d'être vieux mais c'est le regard social »
- mais c'est aussi l'idée qu'on se fait soi-même

Définition de la chute :

- c'est le fait de se retrouver INVOLONTAIREMENT sur le sol ou dans une position de niveau inférieur à celle de départ
- la chute est RÉPÉTITIVE s'il y a au moins 2 chutes dans l'année qui précède mais la notion de chute est souvent source d'incertitude quant à l'information recueillie, surtout si elle n'a pas entraîné de complication.
- Elle est PLURIFACTORIELLE (des facteurs prédisposants comme un trouble de la vue ou locomoteur et des facteurs précipitants comme la prise de certains médicaments ou un chaussage inadéquat...)
- Elle est un marqueur de FRAGILITÉ accrue

- Elle peut évoluer vers une véritable maladie chronique.

Le concept de fragilité chez la personne âgée recouvre différents signes d'affaiblissement physique et / ou psychique et / ou social

La fragilité est un état instable qui se situe entre l'autonomie et la dépendance.

Il est nécessaire de repérer les premiers signes de fragilité en posant les questions suivantes, surtout si la personne vit seule chez elle :

- la personne a-t-elle perdu du poids ?

- exprime-t-elle une sensation de plus grande fatigue ?

- montre-t-elle des difficultés pour se déplacer, s'asseoir, se lever ?

- a-t-elle ralenti sa vitesse de marche (plus de 4 secondes pour faire 4 mètres) ?

- manifeste-t-elle des troubles de mémoire ?

Une réponse positive à une seule de ces questions doit inciter à consulter son médecin traitant et à envisager une évaluation gériatrique.

Bien voir, bien entendre, bien marcher :

Bien voir : en vieillissant la presbytie, la myopie, la cataracte, le glaucome, la DMLA... entraînent une diminution du champ visuel, de la perception des contrastes et des reliefs, de la vision nocturne et une majoration du risque de chute

Bien entendre : en vieillissant la presbycusie, l'atteinte du nerf auditif, de la chaîne des osselets de l'oreille interne... perturbent le rapport à l'environnement et augmentent le risque de chute.

Bien marcher : « je marche où je vois, je marche comme je vois, je marche comme j'entends ! »

La marche est une succession de chutes contrôlées avec 3 phases :

- la pose du talon ou phase d'absorption du pas ou de freinage

- la pose de l'ensemble du pied, phase de stabilisation

- le décollement du gros orteil, phase de propulsion et d'accélération

La situation nutritionnelle :

La dénutrition protéino-calorique (avec diminution de la masse musculaire)

L'ostéoporose (perte de la masse osseuse) ; 80% de la population de plus de 70 ans présente un déficit en vitamine D (manque d'exposition solaire)

Le mauvais état dentaire

La perte d'appétit : signe souvent l'apparition de la fragilité

La chute chez la personne âgée

La dénutrition a pour conséquences :

- une réduction de la mobilité
- une moindre résistance aux infections
- un affaiblissement des fonctions cognitives
- une humeur négative
- un retentissement majeur sur l'état général

Quelques conseils pour une meilleure hygiène de vie :

- pas de régime spécifique contraignant auto-prescrit
- pas de régime sans sel strict sauf indication médicale
- bien s'hydrater (1 litre ½ par jour) surtout en cas de prise de médicaments
- consommer des protéines animales 2 fois par jour
- un gramme de calcium par jour (1 litre de lait ou 4 yaourts ou équivalent ou un traitement vitamino-calcique)
- surveiller son poids (en trop mais aussi pas assez...)
- un minimum d'activité physique régulière (20 minutes de marche quotidienne ou 45 minutes deux fois par semaine)
- une exposition solaire quotidienne (20 minutes par jour ; avant-bras, jambes, visage)

Préservation de l'autonomie locomotrice :

Fonction cardio-vasculaire : « avoir bon cœur et bonnes artères » . dépister et traiter l'hypertension artérielle, le diabète, l'excès de « mauvais » cholestérol, l'insuffisance cardiaque, un syndrome d'apnée du sommeil

Fonction respiratoire : dépistage et prise en charge d'une insuffisance respiratoire (asthme, bronchite chronique...), sevrage tabagique, vaccination contre la grippe et le pneumocoque

Fonction ostéo-articulaire : arthrose, rhumatismes inflammatoires, séquelles de fractures, prothèses articulaires, surcharge pondérale...

Etat des pieds : déformation des orteils, affaissement des voûtes plantaires, état des ongles, hygiène, chaussage inadapté...

La vitesse de marche : au moins un mètre par seconde. Le risque de mortalité est multiplié par 2,5 pour une vitesse de marche inférieure à un demi-mètre par seconde

Quelques conseils pour préserver son autonomie :

- suivi régulier par son médecin traitant, son cardiologue, son ophtalmologiste, son podologue (soins, semelles, conseils de chaussage)
- chirurgie si besoin : cataracte, prothèses ...
- utilisation d'aides techniques (lunettes adaptées, appareillage auditif, canne, cadre déambulateur...)
- adaptation du domicile : rampes, barres d'appui, éclairage suffisant, éventuellement à déclenchement automatique, lit à hauteur variable, fauteuil à bonne hauteur avec des accoudoirs, suppression des tapis et descentes de lit non fixées au sol et des fils électriques qui traînent au sol, installer une planche de bain sur la baignoire ou installer une cabine de douche d'accès facile
- chaussage adapté : pas de chaussures ou de chaussures ouverts à l'arrière, pas plus de 4 cm de hauteur de talon, une tige postérieure rigide, un bon contrefort et respecter la largeur de l'avant-pied. Toujours choisir ses chaussures en fin de journée en essayant les deux pieds. Attention aux chaussettes de contention qui enserrant trop l'avant-pied (il faut préserver l'écartement des orteils). Faire travailler musculairement ses pieds et ses orteils par des exercices réguliers.

Les troubles de la mémoire :

C'est une plainte fréquente, souvent subjective et influencée par le regard des autres.

Avec l'âge et le vieillissement on assiste à :

- une augmentation de la distractibilité, une baisse des capacités d'attention et de concentration, une mémoire des faits récents moins performante
- une diminution de la vitesse de transmission des informations, ce qui explique le phénomène d'oubli immédiat
- un temps de réaction qui augmente, des réflexes plus lents, ce qui complique la réalisation de tâches complexes ou multiples (parler en marchant, cuisiner, bricoler, jardiner, conduire sa voiture...)

Mais des maladies du système nerveux peuvent déclencher et / ou aggraver ce vieillissement, le rendant problématique, avec, outre les troubles de la mémoire, des troubles de la motricité, des chutes et une entrée progressive dans la dépendance.

Toute plainte concernant la mémoire mérite d'être comprise et explorée, surtout si elle retentit sur les activités de la vie quotidienne.

Les médicaments :

Tous les médicaments, et encore plus les associations médicamenteuses, peuvent être responsables d'effets indésirables dont les chutes :

- les anti-hypertenseurs et les anti-diabétiques
- les psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, inducteurs du sommeil, neuroleptiques...)
- les traitements de la maladie de Parkinson et de l'Alzheimer

Voici quelques effets indésirables ressentis et / ou réels liés aux polymédications :

- déshydratation
- modification du goût, perte d'appétit, dénutrition
- troubles de la vigilance
- troubles de l'équilibre, hypotension en position debout
- chutes...

Il est illusoire, voire dangereux, de chercher à vouloir tout traiter, il faut donc hiérarchiser les objectifs du traitement car plus celui-ci est complexe moins il est bien suivi et plus il expose à des risques.

Cas particulier du sommeil :

40 % des patients âgés prennent un médicament « pour dormir » ! (53 millions de boîtes vendues en 2012 !)

La sommeil se modifie au fil du temps :

- altération du sommeil lent, profond, récupérateur
- augmentation du nombre de micro-réveils responsables d'une fatigue voire d'une somnolence diurne avec un risque majoré de chuter
- peuvent s'y ajouter un syndrome d'apnée du sommeil ou des « jambes sans repos », des douleurs (rhumatisme, séquelle de zona...) ou encore un prostatisme

Quelques erreurs à ne pas commettre :

- une sieste trop longue et un manque d'activité
- un manque d'exposition solaire
- une consommation excessive d'excitants
- trop d'aliments, en particulier sucrés, le soir

Vous l'avez compris : la chute est pluri-factorielle d'où la nécessité de savoir dépister et prendre en charge les premiers signes de fragilité.

Dr. L. LE FLEM / Dr. A. LIEBOT / Dr. G. BURY (médecins gériatres) / L. FLOCH (podologue). C.H. Douarnenez.