

Le vieillissement se construit tout au long de la vie par un jeu d'interactions complexes de facteurs éco-bio-psycho-sociaux. Des déficiences de nature multiple peuvent commencer à se cumuler (cardio-vasculaires, immunitaires, cérébrales...).

Avec l'âge, des fragilités et des forces

cohabitent . De cet équilibre dépend la réaction au stress, le niveau de résistance aux difficultés. Plus la vulnérabilité est grande plus les problèmes de santé

s'accroissent ainsi que le risque de chute et d'évolution vers la dépendance.

Le sujet âgé Les enjeux de la gériatrie moderne

En 2001 l'espérance de vie d'une personne de 60 ans était de 23 ans et nous continuons de gagner en moyenne un trimestre d'espérance de vie chaque année. Actuellement les plus de 60 ans représentent 30 % des finistériens et l'on estime qu'en 2030 ce pourcentage passera à 35 %. Ce vieillissement global de la population pose évidemment problème car il s'accompagne d'une augmentation des polyopathologies pouvant conduire plus ou moins rapidement à la dépendance. Les troubles de la mémoire et les chutes à répétition sont les principaux facteurs de la perte d'autonomie. Ils peuvent et doivent être pris en charge dès leurs premières manifestations. Cette prise en charge est assurée au C.H.Dz. par l'unité d'Hospitalisation de jour gériatrique. Nous avons demandé au Docteur Gérard BURY, médecin gériatre responsable de cette Unité, à M. Alain KERVARREC et à Mme. Florence LE VOURC'H, psychologues dans cette Unité de nous exposer les principes de cette prise en charge.

Deux numéros de KALON y seront consacrés.

A mesure de l'avancée des recherches et de la compréhension des facteurs impliqués dans l'installation d'un vieillissement problématique , c'est à dire d'un vieillissement s'accompagnant d'une **perte d'autonomie** (ce qui n'est certes pas fatalement le cas pour tous...), il apparaît que, très certainement, les difficultés s'installent peu à peu. Il existe un *continuum* entre d'un côté les personnes avec un vieillissement sans trouble et de l'autre les personnes ayant perdu tout ou partie de leur autonomie et de leur bien-être.

La qualité de notre vieillissement se construit en fonction de facteurs biologiques et génétiques mais aussi environnementaux, alimentaires, physiques, économiques, sociaux et psychologiques interagissant dans un cercle souvent auto aggravant.

C'est en travaillant sur ces différents facteurs qu'il apparaît aujourd'hui possible de rompre une spirale de complications croissantes, de prévenir ou de remédier, de ralentir au moins en partie l'installation des difficultés liées au vieillissement.

La prise en charge du sujet âgé prend en compte la notion de « fragilité ».

Cet état de fragilité est un état intermédiaire entre un état dit « de robustesse », le sujet âgé étant alors dans un état similaire à celui d'un sujet jeune (les années en plus...) et un état dit « de dépendance » qui est un état irréversible menant à plus ou moins court terme au placement en institution.

L'état de « fragilité » est le plus souvent instable. Il est cependant souvent réversible, une prise en charge adéquate permettant de retourner, au moins transitoirement, au stade de « robustesse ». C'est ce type de prise en charge gériatrique qui est primordial. Il est en effet susceptible d'éviter le plus longtemps possible le placement en institution.

Le vieillissement de la population sera bientôt tel qu'il ne sera plus possible financièrement de multiplier la création d'Etablissements d'Hospitalisation pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). De toute façon, sur le plan humain, la qualité de vie du sujet âgé est bien meilleure à son domicile...

C'est dans ce contexte, et pour ces raisons, qu'a été développée l'Unité d'Hospitalisation De Jour Gériatrique du C.H.Dz. avec ses ateliers (« atelier mémoire » et « atelier chute ») dont le but est de « fortifier » le sujet âgé « fragile » pour qu'il redevienne « robuste » et lui éviter de glisser vers la « dépendance ». En effet, à défaut d'intervenir efficacement à ce stade de « fragilité », le sujet âgé évoluera inéluctablement vers le stade de « dépendance » qui est la plupart du temps irréversible.

Depuis plus de 5 ans l'Unité d'Hospitalisation de jour gériatrique (H.D.J.) de Douarnenez travaille à dépister et analyser les problèmes éventuels liés au vieillissement, à adapter des aides personnalisées si nécessaire et à rassurer les personnes âgées. Pour l'H.D.J. gériatrique du C.H.Dz. il s'agit de contribuer au maintien à domicile et au bien-être de ces personnes.

Le « dépistage » des problèmes liés au vieillissement (activité diagnostique de l'Unité H.D.J.G.) fait appel à des techniques simples permettant de définir le degré de fragilité de la personne (la simple évaluation de la vitesse de marche, par exemple, est clairement discriminante de ce point de vue).

Mais dès la création de cette Unité il a été souhaité qu'au-delà de cette activité diagnostique, y soit associée une activité de soins. Petit à petit, à mesure du développement des expériences et des connaissances, cette activité de soins s'est voulue centrée sur la personne (et ses proches), sur son quotidien, pour lui conserver son autonomie, lui procurer un sentiment de revalorisation et lui permettre une « réappropriation de soi ».

Deux types de projets de soins sont aujourd'hui proposés par l'H.D.J. Gériatrique du C.H.Dz. :

- les projets d'autonomie-revalorisation centrés sur la réhabilitation cognitive (appelés couramment « atelier mémoire », appellation comode mais réductrice car cet atelier va bien au delà du « simple » problème de la mémoire ; revoir à ce sujet KALON N° 11 et N°16)
- les projets d'autonomie-revalorisation centrés sur la marche et l'équilibre (appelés couramment « atelier chute », appellation là aussi simplificatrice car ces projets s'inscrivent dans une démarche plus globale que la « simple » prévention des chutes ; revoir à ce sujet KALON N° 27)

Ils ont en commun de viser le maintien de l'autonomie et la valorisation de la personne et par voie de conséquence son bien-être global. Ils ont l'avantage d'être pluri-disciplinaires et de chercher à être efficaces par des programmes d'intervention hebdomadaires impliquant la personne et ses proches sur une période de 3 mois.

Ces projets répondent parfaitement aux enjeux de la gériatrie moderne :

- limiter le risque de handicap lié au vieillissement et faire en sorte qu'il apparaisse le plus tard possible
- limiter les conséquences de ce handicap s'il est déjà présent et faire en sorte qu'il retentisse le moins possible sur l'autonomie de la personne âgée
- éviter la dépendance et retarder le plus possible l'entrée en institution

Nous détaillerons ces projets dans le prochain numéro de KALON.

Docteur Gérard BURY, médecin gériatre responsable de l'Unité d'H.D.J. gériatrique
Alain KERVARREC et Florence LE VOURC'H, psychologues
Centre Hospitalier Michel Mazéas
Douarnenez