



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UEC 10 Gérontologie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Vieillesse et généralités

I. Généralités sur le vieillissement

1. Introduction

Le vieillissement est un **ensemble de processus** physiologiques, psychologiques, modifiant la structure et les fonctions de l'organisme à partir de **l'âge mûr**.

Il est la résultante de **facteurs génétiques** (vieillesse intrinsèque) et de **facteurs environnementaux** (vieillesse extrinsèque).

Le vieillissement est différent de l'effet des maladies.

Selon l'OMS :

- Age civil > **65 ans** = 3^e âge
- Économie sociale : âge de la retraite : **55 à 60 ans**
- Conseil Général (EHPAD) : > **60 ans**
- Service de gériatrie : âge moyen = **85 ans**

2. Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance en 2020 est de **85,7 ans** pour la **femme** et de **80 ans** pour **l'homme**.

Au total, il y a 68 millions de sujets en France en 2024 :

- Plus de **18 millions** de plus de 60 ans
- Environ 26% de la population française

3. Épidémiologie et impact économique

En 2007, **3 millions de personnes** avaient plus de 80 ans, dont 2/3 des femmes.

10% des sujets âgés de plus de 70 ans sont dépendants.

4% des personnes de plus de 65 ans vivent en EHPAD.

4. Impact économique

La population âgée **augmente** ce qui a un impact sur :

- Retraites et pensions
- **Dépenses** de santé
- Besoins de **places en institution**
- Hausse des prestations sociales
- Augmentation de l'activité sanitaire et sociale
- Pouvoir économique important

Et donc des coûts de santé : **0,5 à 2,5% du PIB** en 2050.

5. Agisme

Toute forme de **discrimination** fondée sur l'âge envers les personnes âgées.

Dans la **pratique médicale**, ne tenir compte que de l'âge sans prendre en compte les autres caractéristiques du patient (antécédents, comorbidités, autonomie) souvent rencontré lors de **demande de soins lourds** (type réanimation ou explorations invasives).

Le vieillissement est fréquent et représente un **coût pour la société**.

Le vieillissement se d efini par la modification de structures et de fonctions de l'organisme, une diminution des capacit es fonctionnelles a un  age m ur.

II. Hétérogénéité du vieillissement

Il peut y avoir des personnes âgées dites :

- **Robustes** : concerne **60 à 70%** des personnes âgées, le vieillissement est actif, ils sont **autonomes** et vivent à domicile
- **Fragiles** : concerne **20 à 30%** des personnes âgées, les personnes sont **autonomes**, il y a une diminution des capacit es de réserve, elles vivent ou non à domicile, il y a un risque de basculer dans la dépendance
- **Vieillesse pathologique** : concerne **10%** des personnes âgées, la population est **dépendante**, ils vivent en EHPAD ou en USLD

1. Concept de fragilité

La fragilité est un ** tat de vulnérabilité**   un stress secondaire à de multiples déficiences de systèmes qui conduisent à une diminution des réserves physiologiques. La fragilité est un ** tat réversible**.

Il y a des critères phénotypiques :  ge, critères diagnostiques...

Un **patient robuste** peut devenir un **patient fragile** et inversement, en fonction de sa nutrition, de son activité physique, de sa thymie, de ses relations sociales, de ses traitements....

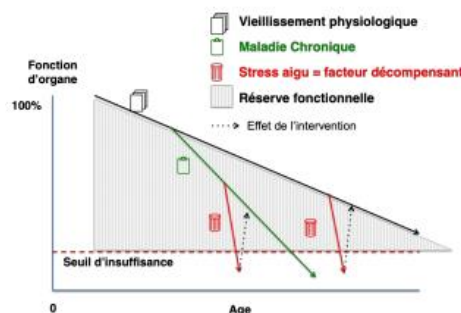
La fragilité peut entraîner la **dépendance**, à cause du stress par exemple. La dépendance est **irréversible**.

La fragilité se manifeste par **5 critères** :

- Perte de poids involontaire
- Sensation subjective d'épuisement
- Faiblesse musculaire
- Vitesse de marche lente
- Activité physique réduite

Il y a 3  tats facilement repérables : **non fragile** (0 critères), **pré-fragile** (1-2 critères), **fragile** (3 critères et +).

La fragilité est un syndrome clinique, qui est marqueur de risque de mortalité ou d' v nements péjoratifs. Il faut la **dépister** et la **prendre en charge** car elle est potentiellement réversible.



2. Particularités de la démarche médicale en gériatrie

a. Approche adaptée au patient

Il est important d'**accepter la lenteur** du sujet  g , de **s'adapter aux handicaps** et aux troubles cognitifs, et d'avoir recours à l'entourage.

Pour diverses pathologies, les personnes âgées ont des **symptômes différents** des sujets jeunes.

b. Évaluation gériatrique standardisée

Pour pouvoir évaluer la personne âgée, il faut savoir qu'il y a une **hétérogénéité** de la population gériatrique, et qu'il faut avoir une **approche globale** de la personne âgée.

Il faut tenir compte des **antécédents** et des maladies actuelles ; de la **prévention des complications** ; du **retentissement fonctionnel** de ces pathologies (perte d'autonomie) ; de la conservation de l'autonomie et du devenir social du patient.

Il faut donc évaluer ces différents aspects et mettre en place et **réaliser ces mesures**.

Il existe de **nombreuses échelles** pour la personne âgée :

- Statut fonctionnel → ADL, IADL, ...
- Troubles de la marche → appui monopodal, vitesse de marche, SPPB
- Sensoriel → ouïe/vue
- Poly médication/iatrogénie,
- Cognition → MMSE, test des 5 mots, ...
- Thymie → GDS,
- Statut nutritionnel → MNA

1 an après avoir réalisé des évaluations gériatriques standardisées, les résultats sont :

- **Réduction mortalité** (23,8% vs 48,3% $p < 0.005$)
- **Réduction institutionnalisation** (12,7% vs 30%, $p < 0.005$)
- Réduction de la durée et du nombre d'hospitalisations
- Amélioration du statut fonctionnel ($p < 0.05$)
- **Réduction des coûts** de santé

Les évaluations gériatriques standardisées permettent une gériatrie dite « moderne ».

Pour les **fonctions cognitives**, on utilise le Mini Mental Status Examination (**MMSE**) (score normal > 26, à pondérer avec le niveau socio-culturel et le handicap du patient), le **test de l'horloge** et le **test des 5 mots de Dubois**.

Pour l'humeur, on utilise le **Geriatric Depression Scale** qui permet de rechercher une dépression. La version simplifiée est le **mini-GDS**. On commence par la mini-GDS et si on a un doute, il faut faire la GDS.

Pour l'autonomie, on utilise l'Activities of Daily Living (**ADL**) et l'Instrumental Activities of Daily Living (**IADL**).

La dépendance iatrogénique **évitable** est la part la plus souvent évitable de la dépendance acquise durant l'hospitalisation en rapport avec les soins. Les **principales causes** sont les **changes complets** (utilisation de protections non appropriés), le repos au lit immérité, le **sondage urinaire**, la prescription de psychotropes, la gestion insuffisante des douleurs ou encore les infections nosocomiales.

Pour la **marche** et le **risque de chute**, on utilise :

- Le **test d'appui monopodal** : sur une jambe pendant 5 secondes et entraîne un risque de chute
- La **vitesse de marche** : sur 4 mètres, évalué comme lent si > 5 secondes, certains risques sont augmentés comme les incapacités motrices, les troubles cognitifs, la mortalité, l'institutionnalisation et les hospitalisations.

Pour la **nutrition**, on utilise le Mini Nutritional Assessment (**MNA**) qui comprend **18 questions**, dont 6 questions de forme courte. C'est un instrument de dépistage et de diagnostic.

Il y a 3 stades :

- **< 17 : dénutrition**
- 17   23,5 : risque de malnutrition
- > 23,5 : bon statut nutritionnel

Pour le **risque d'escarre**, on utilise **l'échelle de Norton**.

Pour le **lien social**, on recherche :

- Le **mode de vie** : lieu (maison, appartement, adapté ou pas), l'entourage familial, les mesures de protection
- Les **aides à domicile** : professionnelles ou informelles
- Les **ressources financières**, les aides de l' tat

Pour le fardeau de l'aidant, on utilise **l'échelle de Zarit**. On effectue un inventaire du fardeau du proche aidant. L'aidant est la personne qui aide le patient à domicile, c'est un membre de la famille.

Les objectifs de l'évaluation gériatrique standardisée sont :

- Identifier les **situations à risques** de dépendance
- Déterminer les objectifs de soins : ** viter la sous et la sur-médication**
- Hiérarchiser les **priorités de prise en charge**
- Prévenir les **re-hospitalisations précoces**

L'évaluation gériatrique standardisée est faite pour tous les sujets âgés fragiles/dépendants. Il faut la réaliser partout où ils sont accueillis.

Il existe un programme national **ICOPE**, qui permet la prévention de la perte d'autonomie et de la dépendance. Il comprend **5 étapes** et évalue les **5 capacités intrinsèques** (mobilité, vue et audition, thymie, cognition, état nutritionnel).

III. Conclusion

Il existe **3 populations** gériatriques : robuste, fragile, dépendant.

On évalue à l'aide d'échelles d'évaluation en gériatrie : elles sont **variées** et **validées**, il existe une évaluation gériatrique standardisée.