

Chapitre 3 - La personne âgée malade

Plan du chapitre

1. Particularités physiologiques et physiopathologiques

La décompensation fonctionnelle
Le vieillissement de la fonction
Les maladies chroniques
Les affections aiguës
Le vieillard fragile ("Frail elderly")

2. Particularités cliniques

3. Particularités psychologiques

4. Spécificité de la prise en charge gériatrique

Démarche diagnostique et thérapeutique
Démarche préventive
Prise en charge sociale
Conclusion

La prise en charge de la personne âgée relève d'une évaluation globale, médicale, psychologique et sociale. Plus que la recherche d'une pathologie d'organe, le diagnostic repose sur la notion d'une décompensation fonctionnelle comportant :

- Une réduction des réserves fonctionnelles liée au vieillissement et aux maladies chroniques, aboutissant à un syndrome de fragilité.
- Des facteurs aigus de décompensation qui projettent l'individu dans une situation d'insuffisance fonctionnelle.

Le syndrome de fragilité se caractérise par un risque permanent de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état de santé et à la dépendance.

La prise en charge relationnelle est un prolongement indispensable de la technique médicale. Elle contribue à prévenir chez le malade les conduites de fuite que sont la régression, la recherche de maternage et le refuge dans la maladie, tous pourvoyeurs de dépendance. L'étape thérapeutique doit dépasser le concept de guérison pour conduire à une médecine adaptative. Elle comporte outre le diagnostic et le traitement, la prévention à

tout moment de la perte d'autonomie et en cas de dépendance installée la proposition des aides sociales nécessaires.

La spécificité de la pratique gériatrique réside dans le caractère global de la prise en charge de la personne en tenant compte de son environnement.

1. Particularités physiologiques et physiopathologiques

1.1 La décompensation fonctionnelle

L'état de crise du sujet âgé se présente habituellement comme une décompensation fonctionnelle : confusion ou "décompensation cérébrale aiguë", dépression ou "décompensation thymique", chute ou "décompensation posturale aiguë", "décompensation nutritionnelle", etc...

Face à la décompensation fonctionnelle, la démarche classique visant à regrouper un faisceau de symptômes sous le chapeau d'une maladie unique n'est plus adaptée. La décompensation fonctionnelle est provoquée par la survenue de maladies chroniques et/ou aiguës sur un terrain plus ou moins fragilisé par le vieillissement.

Les concepts de décompensation et de fragilité du sujet âgé peuvent être expliqués par un schéma (figure) prenant en considération 3 éléments qui se cumulent pour aboutir à la décompensation d'une fonction (1 + 2 + 3 de J.P. Bouchon) :

- 1- Les effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation.
- 2- Les affections chroniques surajoutées qui altèrent les fonctions.

3- Les facteurs de décompensation qui sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique.

Pour exemple, le syndrome confusionnel, décompensation cérébrale aiguë, est favorisé par les effets du vieillissement sur le cerveau. Les affections neuropsychiatriques chroniques, notamment les démences, constituent le terrain de prédilection. Les facteurs déclenchants sont nombreux : troubles cardiovasculaires, métaboliques ou infectieux, iatrogénie, stress environnemental.

Malgré la décompensation d'un organe, l'équilibre de l'individu est souvent sauvegardé grâce aux capacités de compensation d'autres organes. A titre d'exemple, l'insuffisance vestibulaire est fréquente chez le vieillard sans s'accompagner obligatoirement d'une perte des capacités d'équilibre. Le relais est assuré par les autres organes neurosensoriels (proprioception articulaire et musculaire, informations visuelles). Ce n'est qu'à l'occasion d'une déficience de ces compensations que survient la perte d'équilibre.

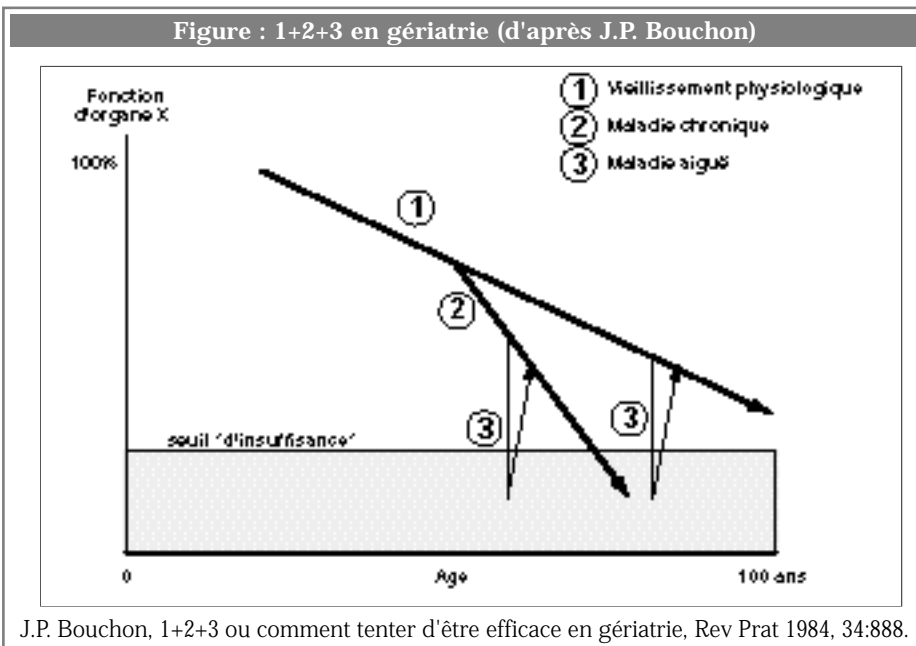
1.2 Le vieillissement de la fonction

Le vieillissement est un processus hétérogène variable d'un individu à l'autre et d'un organe à l'autre. Chez la plupart des personnes, le vieillissement se traduit par une diminution des capacités maximales liée à la réduction des réserves fonctionnelles, responsable d'un état de fragilité (frail elderly). D'autres personnes conservent, même dans le grand âge, des capacités fonctionnelles optimales (fit elderly).

Lorsqu'il existe, le déclin des capacités débute dès l'âge adulte et suit une involution progressive. La notion de réserve fonctionnelle est capitale en physiologie. Elle désigne pour certains organes une capacité de réserve de fonctionnement mesurable dans des circonstances bien déterminées : réserve fonctionnelle rénale, coronaire, myocardique. Dans le cas du cerveau, la notion de réserve fonctionnelle est plus discutable.

La diminution des capacités, en l'absence de maladie surajoutée, ne provoque pas "d'insuffisance", l'âge n'étant jamais à lui seul responsable de la décompensation d'une fonction.

Figure : 1+2+3 en gériatrie (d'après J.P. Bouchon)



Le déclin de chaque fonction est sans doute programmé génétiquement. Il est accéléré par des maladies (l'hypertension accélère le vieillissement cardio-vasculaire), et influencé par divers facteurs : endocriniens, nutritionnels, exercice physique ... Une fonction non utilisée peut décliner rapidement.

Ainsi, la vieillesse n'est en aucun cas une maladie, mais représente un terrain propice pour le développement des maladies. La répercussion de ces maladies est plus importante chez le sujet âgé car leurs effets se surajoutent aux altérations dues au vieillissement.

Dans l'évaluation d'un sujet âgé, la frontière entre le "normal" et le "pathologique" est beaucoup plus difficile à situer que chez le sujet jeune. Ceci peut entraîner trois écueils dangereux :

■ **La "surmédicalisation"**

Elle est consécutive au refus d'envisager le vieillissement et ses conséquences. Si la "norme" de référence est l'adulte plus jeune, il y a un risque de considérer comme anormal et pathologique ce qui est simplement dû au vieillissement (troubles bénins de mémoire) ou à ses conséquences (mal être, isolement). Cette tendance a conduit dans les années 50 à médicaliser la vieillesse et à la faire considérer comme une "maladie incurable" plus que comme une étape de l'existence.

■ **La "sous-médicalisation"**

Elle survient, à l'inverse, lorsque le fatalisme amène à banaliser les symptômes observés en les mettant sur le compte de la seule vieillesse ou d'un problème social alors qu'ils sont dus à une affection curable. Cette attitude est génératrice d'une perte de temps préjudiciable pour le patient. La plupart des patients hospitalisés pour problème social ou "placement" ont en fait d'authentiques problèmes médicaux mal pris en charge qui rendent impossible le maintien à domicile.

■ **Les mauvaises pratiques**

Elles peuvent contribuer à aggraver ces deux phénomènes en ignorant dans le raisonnement médical ou dans la prescription médicamenteuse la spécificité de la personne âgée.

1.3 Les maladies chroniques

Leur fréquence augmente avec l'âge. La polyopathie est une des caractéristiques du sujet âgé qui présente en moyenne quatre à six maladies.

Ces maladies chroniques (insuffisance cardiaque, polyarthrose ...) sont source d'incapacités et de dépendance.

1.4 Les affections aiguës

Elles peuvent entraîner la décompensation d'une ou de plusieurs fonctions.

L'un des risques est celui de la survenue du phénomène dit "de la cascade" dans lequel une affection aiguë entraîne des décompensations organiques en série. C'est, par exemple, le cas d'une infection bronchopulmonaire favorisant une décompensation cardiaque, qui elle-même entraîne une insuffisance rénale, elle-même favorisant un syndrome confusionnel ...

Certaines fonctions décompensent avec prédilection et sont particulièrement impliquées dans la "cascade": la fonction cérébrale corticale (confusion, dépression) et sous-corticale (régression psychomotrice), la fonction cardiaque, la fonction rénale et la fonction d'alimentation (déshydratation, dénutrition).

Le phénomène de la cascade, très particulier à la gériatrie, est d'autant plus dangereux qu'il constitue un véritable cercle vicieux où les éléments pathologiques retentissent les uns sur les autres et s'aggravent réciproquement : la dénutrition protéino-énergétique augmente, par son effet immunosuppresseur, le risque d'infection bronchopulmonaire qui aggrave encore la dénutrition par l'anorexie qu'elle entraîne. Parallèlement, la dénutrition réduit la force des muscles respiratoires,

l'efficacité de la toux, l'un et l'autre de ces éléments augmentant le risque infectieux ainsi que celui de décompensation respiratoire.

Le pronostic de la cascade est grave. Certaines situations à risque peuvent être identifiées : grand âge, polyopathie, polymédication, dépendance psychique et physique. De même, l'intensité du stress initial (hospitalisation en milieu chirurgical notamment) et la non-qualité de l'environnement (insuffisance de formation des soignants, iatrogénie) sont des facteurs prépondérants.

1.5 Le vieillard fragile ("frail elderly")

La perte des réserves adaptatives due au vieillissement et aux maladies chroniques peut être telle qu'elle soit responsable chez certains vieillards d'un état de fragilité permanent qui se caractérise par une instabilité physiologique. Ces patients, qui sont dans l'incapacité de s'adapter à un stress même minime, sont particulièrement exposés au risque de pathologies en cascade.

Parmi les marqueurs cliniques les plus pertinents d'un état de fragilité, on retrouve la chute, l'incontinence et le syndrome confusionnel. Quatre paramètres de l'évaluation gérontologique permettent de dépister l'état de fragilité, à savoir :

- 1- la fonction musculaire,
- 2- la capacité aérobie,
- 3- l'état nutritionnel,
- 4- les fonctions cognitives et les aptitudes psychomotrices, notamment posturales, de l'individu.

L'augmentation du nombre de "sujets âgés fragiles" dans les prochaines décennies représente l'un des enjeux essentiels de la prise en charge gérontologique.

2. Particularités cliniques

Chez le malade âgé, les symptômes caractéristiques chez le sujet jeune sont souvent atypiques voire absents :

- la douleur est absente dans 30% des cas d'infarctus du myocarde,
- la fièvre est inconstante dans les infections,
- une défense remplace souvent la contracture abdominale dans les péritonites,
- la confusion est souvent la seule manifestation clinique d'une rétention urinaire ou d'un fécalome,
- les ronchus peuvent être le seul signe auscultatoire d'un foyer pulmonaire ...

La polyopathie complique l'interprétation des symptômes :

- survenue d'une douleur aiguë chez un patient douloureux chronique,
- confusion mentale ou majoration des troubles cognitifs chez un patient dément,
- douleurs abdominales chez un sujet âgé souffrant de constipation chronique.

Les signes biologiques peuvent être différents :

- absence d'hyperleucocytose en cas d'infection patente chez des sujets dont les défenses immunitaires sont réduites,
- créatininémie "normale" chez des sujets très âgés et de faible poids en dépit d'une insuffisance rénale significative.

Les signes cliniques sont le plus souvent des signes généraux aspécifiques : asthénie, anorexie, malaise général ... communs à bon nombre de maladies, alors que les signes fonctionnels à valeur d'orientation sont mal exprimés ou banalisés, car attribués au vieillissement ou à une affection chronique commune.

L'examen du malade âgé est rendu difficile du fait des déficiences habituelles : hypoacousie, diminution de l'acuité visuelle, troubles mnésiques, détérioration des fonctions cognitives, enraidissements articulaires, etc.... Le médecin doit tenir compte de ces difficultés et adapter sa technique d'examen aux possibilités du

malade. Certaines précautions améliorent la communication médecin-malade (tableau 1). Souvent l'interrogatoire soigneux de l'entourage est nécessaire pour reconstituer une histoire médicale complexe chez un malade âgé ayant des difficultés de communication.

Tableau 1 : Quelques conseils pratiques facilitant l'examen du malade âgé

Ces conseils ont pour but de réduire les problèmes de communication, sans outrance afin de ne pas blesser le malade qui a conscience de son déficit.

Déficit auditif :

- Parler lentement et distinctement, dans une pièce silencieuse et sans résonance.
- Quand la malade est déjà appareillé pour une hypoacousie, s'assurer que le dispositif fonctionne (pile, mise en fonction, réglage,...).
- Une seule personne doit parler à la fois.
- Se placer face au malade qui a pu apprendre à compenser son déficit en lisant -au moins partiellement- sur les lèvres de son interlocuteur.
- Choisir la "bonne oreille"! (la presbyacousie du sujet âgé est souvent bilatérale, mais asymétrique).
- Ne pas grimacer pour articuler : dans ce cas, le malade qui a appris à lire sur les lèvres ne reconnaît plus l'expression que les mots donnent au visage.
- Elever le timbre de la voix plus que son intensité. Certaines hypoacousies sont caractérisées par un effet de seuil qui, une fois franchi, donne au malade la même impression de cri que celle que nous percevons. C'est désagréable pour tout le monde et le malade se vexe !
- Un stéthoscope peut rendre de grands services... en le mettant sur les oreilles du malade et en parlant dans le pavillon.

Déficit visuel :

- Rechercher les lunettes si elles existent
- Tenir la main du sujet âgé qu'on interroge.
- Pendant l'entretien, se placer sous un bon éclairage pour que le malade puisse distinguer le visage du médecin.
- Eviter de se placer à contre-jour car les sujets porteurs d'une cataracte sont invariablement éblouis.

Troubles mnésiques et troubles cognitifs :

- Ils ne justifient pas l'abandon de l'interrogatoire, car certains éléments du récit peuvent être bien conservés.
- Calmer l'angoisse du malade et l'aider dans ses recherches
- Si le malade s'impatiente ou s'irrite, ou si les renseignements obtenus ne sont pas fiables, il est préférable de renoncer provisoirement à l'interrogatoire, et de questionner l'entourage. Ces notions serviront ensuite à aider le malade dans son propre récit.

Troubles du langage :

- Ne pas parler fort ou en langage "petit nègre"
- Employer un langage simple, et répéter la question sous différentes formes grammaticales
- Ne pas insister pour ne pas décourager le malade
- Poser un maximum de questions dont la réponse peut être donnée par oui ou par non
- Faire lire les questions et faire écrire les réponses quand la lecture et l'écriture sont (relativement) conservées
- La possibilité de montrer du doigt est théoriquement conservée.

Déshabillage et habillage :

- Ils peuvent être gênés par les déficits physiques (enraidissements articulaires en particulier)
- Déshabillage et habillage font néanmoins partie de l'examen clinique
- La pudeur existe à tout âge...
- Ne pas "faire à la place" trop tôt : observer d'abord
- Aider dans un second temps : c'est un acte relationnel qui facilite la suite de l'entretien.

3. Particularités psychologiques

La mort, l'angoisse et la dépression constituent la toile de fond du psychisme de la personne âgée malade. Le vieillard sait qu'il va mourir bientôt. La mort n'est plus pour lui un destin général et abstrait, mais un évènement propre et personnel source d'angoisse parfois majeure. Cette peur est exacerbée par la survenue de la maladie car le vieillard sait très bien qu'il suffit d'un grain de sable pour compromettre son équilibre précaire et tout évènement déstabilisant est perçu ainsi. Par ailleurs, la maladie est souvent l'occasion d'une prise de conscience du vieillissement plus ou moins dénié jusque là. Le vieillard peut alors brusquement démissionner même pour une maladie en apparence bénigne, adoptant volontiers des conduites de fuite où dominent les caractéristiques suivantes :

- La régression avec ralentissement psychique, confusion, troubles de la marche, incontinence
- La recherche de maternage et de totale dépendance
- L'installation et le refuge dans la maladie, notamment chez les plus isolés affectivement dont le statut de malade constitue la preuve de leur existence et invite à ce que l'on s'occupe d'eux.

La dimension relationnelle est donc indispensable lors de la prise en charge du vieillard. Il est essentiel de renvoyer au sujet âgé une image positive de sa condition d'individu à part entière et de son état de santé, afin d'améliorer la perception de sa propre image.

La qualité de la relation dépend beaucoup de l'image que le soignant a lui-même du vieillissement. Si le vieillissement n'est envisagé que par rapport à la "norme adulte", il ne peut apparaître qu'en négatif, ce qui expose à des comportements extrêmes de rejet ou à l'inverse de maternage excessif. Si cette vision prévaut, le risque d'échec de la prise en charge est majeur quelle que soit la valeur de la technique mise en place parallèlement.

4. Spécificité de la prise en charge gériatrique

La prise en charge gériatrique est globale prenant en compte non seulement le diagnostic et le traitement des pathologies aiguës et chroniques mais aussi la prévention des complications, la conservation de l'autonomie et le devenir social du patient.

4.1 Démarche diagnostique et thérapeutique

Devant la multiplicité des diagnostics qui peuvent être posés chez un même patient, une hiérarchisation est nécessaire. Les diagnostics « rentables » débouchant sur une amélioration réelle de l'état de santé et de la qualité de vie du patient doivent être privilégiés. L'intervention sur une arthrose de hanche, sur une cataracte ou la pose d'un pace-maker permettent de limiter le risque de chute. L'appareillage d'une hypoacousie permet de lutter contre l'isolement social. Certaines investigations sont à l'inverse discutables : dépistage systématique d'une hypercholestérolémie après 80 ans, TDM ou IRM à la recherche de métastases chez un patient cachectique ayant une néoplasie incurable...

Dans le cadre de cette démarche diagnostique et thérapeutique, le consentement du patient au projet de soins est absolument indispensable.

4.2 Démarche préventive

Une évaluation de l'état de santé de base est indispensable afin d'identifier les patients à risque élevé de décompensation (frail elderly) : patient ayant chuté, antécédent de décompensation cardiaque, fonction rénale limite, polymédication ...

Lors de toute situation aiguë, il faut s'assurer dès les premiers jours d'une bonne hydratation et d'apports nutritionnels suffisants, mobiliser le patient, réduire la prescription aux médicaments indispensables, prévenir la survenue d'escarres...

La prévention de la perte d'autonomie est fondamentale, ceci dès le premier jour d'une affection aiguë. Le développement et

l'utilisation maximale des capacités restantes doivent être assurés par l'ensemble de l'équipe soignante. Un soutien psychologique du patient doit systématiquement être associé (prévention de la régression, aide au travail de deuil de la fonction perdue, développement d'activités de compensation).

4.3 Prise en charge sociale

Le mode de vie du patient et son environnement doivent être déterminés afin d'évaluer ses besoins et de mettre en œuvre les aides nécessaires.

La prise en charge gériatrique repose sur l'intervention coordonnée de toute une équipe associant médecins, infirmiers, aide-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistants sociaux, diététiciens, psychologues.

4.4 Conclusion

La prise en charge du patient âgé repose sur une démarche globale qui prend en compte les particularités séméiologiques et les risques de décompensation fonctionnelle. Elle assure une prévention des complications médicales et psychologiques ainsi que de la perte d'autonomie.

Il s'agit d'une démarche positive qui exclut tout fatalisme souvent invoqué du seul fait du grand âge.