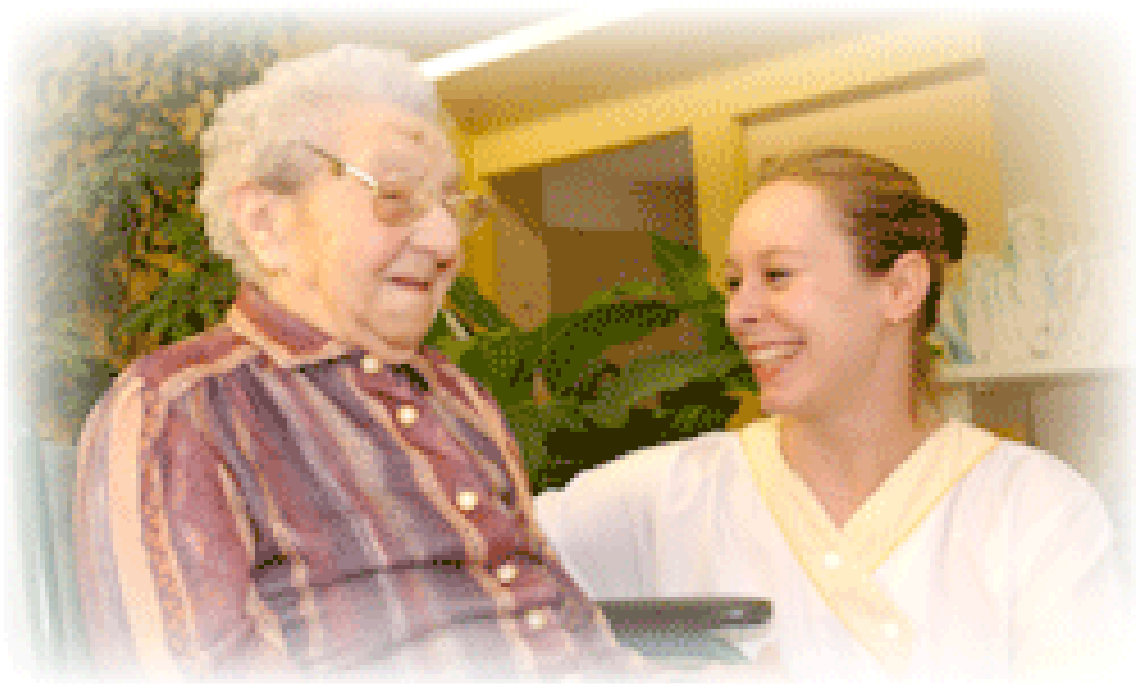

MODULE PERSONNES ÂGÉES

HEURDIER Olivier

Promotion 2006-2009 • IFSI du CHU de Nice • 6 Octobre 2006



Sommaire



INTRODUCTION	9
MODULE PERSONNES AGEES	9
Que désigne t on par Personnes Agées ? Quelles sont les personnes âgées que nous rencontrons ?	9
Les personnes âgées ont des destins matrimoniaux différents	10
Définir la vieillesse, une approche psychologique:	10
DÉVELOPPEMENT DE LA GÉRONTOLOGIE	13
Le vieillissement physique	13
Le vieillissement psychologique	13
Le vieillissement comportemental	13
Le contexte social du vieillissement	14
La philosophie	14
Les sciences politiques	14
La psychologie	14

La sociologie	14
Les objectifs de soins auprès des Personnes Agées peuvent être les suivants:	15
Postulats sur lesquels s'appuient les soins en gériologie	15
Soins infirmiers en gériologie	16
Pour aider la personne âgée à préserver son autonomie, l'infirmier en gériatrie devra:	16
Aspect biologique du vieillissement	19
Le processus de sénescence	19
Modifications physiologiques	20
Les changements structuraux	21
Modification liées à la sénescence:	21
Composition globale du corps et du poids corporel	22
Muscles, Os, Articulations	22
La peau et les tissus sous cutané	23
Le système cardio-vasculaire:	24
Le système respiratoire:	25
Le système rénal et urinaire:	25
Le système gastro intestinal:	25
Le système nerveux et sensoriel:	26
La perception de la douleur et de la température	28
Le système reproducteur	28
Le système immunitaire	29
Les rythmes biologiques et le sommeil	29
Conclusion:	29

Respirer	33
Révision du concept	33
Dimension bio-physiologique	33
Facteurs de risques:	34
Dimensions physiologiques	34
Dimensions culturelles et/ou spirituelles	35
BESOIN DE RESPIRER ET VIEILLISSEMENT	35
Modifications physiologiques de l'appareil respiratoire	35
Problèmes particuliers et pathologies liées	36
Signes d'altération de la fonction respiratoire	36
Conclusion:	38
Boire et Manger	39
Révision du concept	39
La nutrition	40
Le métabolisme	41
L'équilibre hydro électrolytique	41
Dimension bio physiologique	42
Dimension psychologiques	43
Dimension culturelle	44
BOIRE ET MANGER ET VIEILLISSEMENT	44
Problèmes particuliers et pathologies liées:	45
PERSONNE AGE E ET	47
NUTRITION	47
INTRODUCTION	47

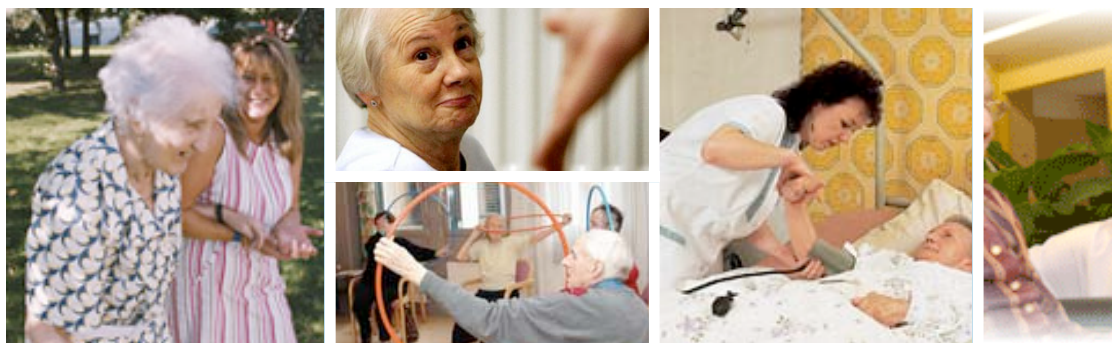
QUE FAUT IL CONNAITRE	48
EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL	48
MESURES GLOBALES	48
PRÉVALENCE DE MALNUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGÉES	49
CAUSES DE MALNUTRITION	50
CONSÉQUENCES D'UNE MALNUTRITION SUR LE SUJET ÂGÉ	50
SE MOUVOIR ET MAINTENIR UNE BONNE POSTURE	53
REVISION DU CONCEPT	53
DIMENSION BIOLOGIQUE	53
LES PATHOLOGIES	55
DIMENSION PSYCHOLOGIQUE	56
DIMENSION SOCIOLOGIQUE	56
LA MARCHE DU SUJET AGÉ	59
LE RISQUE D'ACCIDENT: LE RISQUE DE CHUTE CHEZ LA PERSONNE AGÉE	60
EPIDÉMIOLOGIE:	60
CIRCONSTANCES DE LA CHUTE	60
CHUTES SANS MALAISES	60
CHUTES SECONDAIRES A UN MALAISE	61
COMPLICATIONS	61
EDUCATION DE LA PERSONNE AGÉE ET DE SON ENTOURAGE	62
AIDÉS TECHNIQUES ET MOBILIER	63
AMENAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT	63
INSTALLATION D'UNE PERSONNE AGÉE AU LAVABO	64

ÉLIMINER	66
RÉVISION DU CONCEPT	66
FACTEURS QUI INFLUENCENT LE BESOIN D'ÉLIMINATION INTESTINALE DE LA PERSONNE ÂGÉE	67
DIMENSION BIOLOGIQUE	67
DIMENSION PSYCHOLOGIQUE	68
DIMENSION SOCIALE	68
FACTEURS QUI INFLUENCENT LE BESOIN D'ÉLIMINATION URINAIRE DE LA PERSONNE ÂGÉE	68
DIMENSION BIOLOGIQUE	68
DIMENSION PSYCHOLOGIQUE	69
DIMENSION SOCIALE	69
BESOIN D'ELIMINER ET VIEILLISSEMENT	70
INFLUENCE DE LA PATHOLOGIE SUR LE BESOIN D'ELIMINER	70
L'INCONTINENCE URINAIRE DU SUJET ÂGÉ	74
INCONTINENCE URINAIRE ET RÔLE DE L'IDE	75
LA CONSTIPATION DU SUJET ÂGÉ	79
NUTRITION	83
BUTS DE L'ALIMENTATION	83
NOS DÉPENSES ÉNERGÉTIQUES DANS UNE JOURNÉE	84
MEMOIRE ET SON VIEILLISSEMENT	90
INTELLIGENCE ET VIEILLISSEMENT	101
DÉMENCE	105
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE	105

MAINTENIR LA TEMPERATURE DU CORPS	107
BESOIN D'ETRE	110
PROPRE	110
SE VÊTIR ET	113
SE DÉVÊTIR	113

INTRODUCTION

MODULE PERSONNES AGEES



Le vieillissement démographique de la France est une réalité communément admise, elle est au coeur de nombreux enjeux de société

- équilibre des régimes de retraite
- Augmentation des dépenses de santé

Que désigne t on par Personnes Agées ? Quelles sont les personnes âgées que nous rencontrons ?

- ➡ Actuellement c'est à 60 ans, c'est à dire à l'âge de la cessation d'activité que l'on parle de personnes âgées .
- ➡ La population âgée est une population relativement homogène.
- ➡ L'âge des personnes âgées court de 60 ans à 120 ans

- ➡ 20 % de personnes ont plus de 60 ans
- ➡ 4 % à plus de 75 ans
- ➡ 1,8 % à plus de 85 ans
- ➡ 2 hommes sur 3 de 60 ans atteindront 75 ans
- ➡ 5 femmes sur 6 atteindront 75 ans
- ➡ en 1946 seuls 1 homme sur 50 et 1 femme sur 20 arrivait à 90 ans.

Les personnes âgées ont des destins matrimoniaux différents

Du fait de la surmortalité masculine et de l'écart d'âge au mariage, les hommes ont une probabilité de vivre avec leurs femmes jusqu'à la fin de leurs jours.

Au contraire les femmes sont de plus exposées au risque de vivre seules.

Après 85 ans un homme sur deux vit en couple, alors que seulement une femme sur 11 vit en couple.

Les femmes sont d'autant isolées qu'elles ont moins tendance que les hommes à reconstituer un nouveau couple lorsqu'elles se retrouvent seules.

Définir la vieillesse, une approche psychologique:

Définir la vieillesse: un devenir irréversible qui conduit à une nouvelle appartenance, une nouvelle classe d'âge, parler de la vieillesse c'est aussi parler de la vie en tant que cycle qui mène à la mort, une manière de dire que les organismes sont soumis à un développement finalisé.

Les phénomènes du vieillissement nous confrontent à une double problématique: biologique et subjective.

La subjectivité implique une activité symbolique intense, nos pensées sont constituées d'images plus ou moins organisées qui nous permettent de nous représenter le monde, le passé, l'avenir, l'absence.

La vieillesse en elle même est du réel qui fait effet, dans le rapport à ce qu'il fut, à ce qu'il est, à ce qu'il sera. Tout un chacun est confronté à des interrogations relatives à son identité qui vacille.

Il n'est pas possible de définir le moment du passage dans la vieillesse, les seuls critères dont nous disposons sont des critères physiologiques.

Ce sont les défaillances physiologiques qui imposent à la conscience du sujet le sentiment de ses limites et lui rappellent la loi irréversible de l'évolution.

Ce sont d'abord les organes qui vieillissent, l'apparence physique qui change, les déficits fonctionnels qui s'imposent, l'état de santé qui se modifie.

Il est difficile de fixer le moment de la vieillesse, d'une façon générale la problématique de l'évolution est différente pour chacun...

Les variables biologiques, les métabolismes individuels, les modes de vie, etc.... sont en cause. On a l'âge de ses artères, disent les uns, peut être que l'on a l'âge de son désir.

La vieillesse est vécue comme une épreuve. Dans un premier temps c'est celle des autres et voici qu'à son tour le sujet la rencontre à travers ce qui vient lui faire défaut. Cette rencontre est généralement tragique. Elle implique l'entrée dans une succession de drames plus ou moins intenses impliquant des crises que tout un chacun devra bien résoudre pour continuer à vivre, à exister.

Dans la vieillesse, il est plutôt question de pertes, en fait il s'agit de faire le deuil de ce que l'on était, de nos compétences, de ce que l'on avait.

Il y a des personnes âgées qui réussissent mieux leur vieillesse que d'autres.

La vieillesse c'est quelque chose qui se prépare, qui s'organise pour mieux se vivre.

DÉVELOPPEMENT DE LA GÉRONTOLOGIE

Du Grec: Géros, Gérontos (vieillard) désigne l'étude du processus du vieillissement sous tous ses aspects.

Ce terme utilisé pour la première fois en 1901 recouvre une réalité complexe, il y a dans ses termes quatre aspects:

- Le vieillissement physique
- Le vieillissement psychologique
- Le vieillissement comportemental
- Le contexte social du vieillissement

Le vieillissement physique

perte progressive de la capacité du corps à se renouveler

Le vieillissement psychologique

la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective d'un individu.

Le vieillissement comportemental

rôle sociaux, aptitudes, attentes, motivations, images de soi, adaptation

Le contexte social du vieillissement

Cet aspect touche la santé, les revenus...

Ces quatre aspects sont en interactions constante.

La philosophie

La gérontologie traite de la philosophie du vieillissement mais aussi des perceptions individuelles face à la vieillesse.

Pour pouvoir soigner les personnes âgées il faut être capable de les écouter et pour cela il faut prendre conscience de sa propre conception de sa vieillesse.

Les sciences politiques

L'augmentation du nombre des personnes âgées a permis d'accroître la gamme des services offerts et a permis de répondre de façon plus adéquate à leurs besoins. Nos aînés représente une force politique plus importante.

La psychologie

La psychologie des personnes âgées est un domaine nouveau et complexe. Auparavant les psys se consacraient davantage à l'échelle de l'enfance et d'adolescence.

La sociologie

La gérontologie sociale se penche sur les différents aspects du phénomène du vieillissement dont l'influence de la société sur les personnes âgées, leurs comportements sociaux et l'impact de leurs nombres sur les systèmes sociaux.

Les objectifs de soins auprès des Personnes Agées peuvent être les suivants:

1. Protéger et promouvoir la santé
2. Prévenir les complications de l'état pathologique.
3. Satisfaire les besoins de santé identifiés, perçus, exprimés.
4. Favoriser le maintien de l'identité et l'autonomie de la personne.
5. Prévenir le désengagement social.
6. Prévenir la détermination de la personnalité.
7. Réduire l'inactivité intellectuelle, social, physique de la personne âgée.
8. Donner à la personne âgée la possibilité de se prendre en charge dans la mesure de ses possibilités.
9. Stimuler la personne âgée à participer aux activités du milieu.
10. Créer un milieu favorisant la participation des personnes âgées à la vie de la collectivité.

Postulats sur lesquels s'appuient les soins en gériatrie

1. Les personnes âgées représentent un groupe hétérogène avec des styles de vie et des besoins variés.
2. Les personnes âgées devraient être libres de choisir comment et où elles veulent vivre.
3. La plupart des personnes âgées sont en assez bonne santé.
4. La majorité des personnes âgées sont des membres actifs de la société et désirent le demeurer

5. Le potentiel d'une personne n'est pas relié à son âge chronologique.

6. Les besoins de santé et les besoins en service sociaux varient entre les jeunes vieux et les vieux jeunes et aussi entre les hommes âgés et les femmes âgées.

7. Le maintien de l'autonomie de la personne âgées est davantage relié à des facteurs socio économiques et familiaux qu'à des services professionnelles.

Soins infirmiers en gériatrie

Quelque soit le cadre conceptuel choisi, le but ultime doit être:

Aider la personne âgée à restaurer et maintenir son autonomie , dans l'exécution des soins infirmiers, la relation d'aide représente un des aspects du rôle infirmier.

Les contacts avec l'entourage constituent pour la personne âgée une condition essentielle à un bon équilibre. La relation d'aide en gériatrie constitue un pivot autour duquel s'articulent les soins infirmiers

Pour aider la personne âgée à préserver son autonomie, l'infirmier en gériatrie devra:

Etablir des objectifs de soins réalistes il n'est pas toujours possibles de guérir la maladie ou de renverser le processus du vieillissement, il faut énoncer des objectifs qui tiennent compte de l'évolution des pathologies, de l'âge de la personne, et des capacités réelles de la personne âgée.

Evaluer les pertes sensorielles: il est important d'évaluer les pertes sensorielles des personnes âgées afin d'adapter notre façon d'aider les personnes âgées.

Porter une attention particulière aux problèmes physique: L'IDE en gérontologie devra être capable de dégager les problèmes physique de la personne âgée qui peuvent empêcher la réalisation d'un soin. Dépister des signes de souffrance, traiter la douleur, apporter des soins de confort. Les allégations de souffrance physique peuvent cacher des problèmes plus graves comme l'anxiété, la solitude, la baisse de l'estime de soi.

Observer le comportement non verbal: Le soignant doit être attentif aux attitudes présentées par les personnes âgées, comme les attitudes de pleurs, de silence, les tremblements, le timbre de voix.

Favoriser la communication, les échanges: En absence d'échange, l'aliénation, la solitude et la privation sensorielle se développe. Il y a des moments privilégiés comme l'heure des repas, l'heure du bain, de la toilette, la période précédant le coucher qui sont favorable à la relation d'aide.

ASPECT BIOLOGIQUE DU VIEILLISSEMENT

Dans le processus de vieillissement, tous les systèmes importants de l'organisme sont atteints, et l'effet de ces changements dans leurs contextes environnementaux particulier modifient les comportements individuels.

Mais ce sont des processus normaux et non des signes de maladie.

L'être humain a un pouvoir d'adaptation extraordinaire malgré tous les changements biologiques qui surviennent au cours de sa vie.

Son organisme reste le même à 70 %

Mais personne ne vieillira de la même façon ni au même rythme.

LE PROCESSUS DE SÉNESCENCE

Le processus de sénescence n'est pas une maladie et ne peut être comparée à un état pathologique (recherche de la fontaine de jouvence). La sénescence est un processus multifactoriel qui entraîne une détérioration physiologique de l'organisme.

Le signe le plus évident de la sénescence est l'abaissement de la capacité d'adaptation de l'organisme face aux changements du milieu environnant.

Cet abaissement s'accroît avec l'âge et l'apparition d'affections chroniques.

MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES

Les changements anatomique et physiologique associés à la vieillesse débute plusieurs années avant l'apparition des signes extérieures.

Plusieurs de ces altérations commencent à se manifester à partir de 40 ans.

Sur le plan physiologique le processus de sénescence cause le vieillissement des structures et de l'aspect général du corps ainsi que le déclin des fonctions organiques.

Le corps demeure l'élément le plus caractéristique en ce sens qu'il l'affiche au grand jour.

Notre société qui a érigé un véritable culte autour de l'objet corps ne s'y est pas trompée.

Pour lutter contre les années il faut rajeunir son apparence et ce raisonnement va bien au delà d'un mode.

C'est le regard de l'autre posé sur l'individu sénescant qui est en jeu.

C'est de l'esthétique dont il s'agit

Ce qui est beau est bon

Ce qui est laid est mauvais

Or ce corps vieillissant devient socialement laid

Ainsi les modifications (intellectuelles, motrices, sensorielles), l'aspect physique sont vécus comme traumatisants, comme des pertes.

Comme toute perte entraîne un travail de deuil qui se manifestera chez la personne à par une situation de crise avec nécessité d'adaptation.

Les transformations corporelles obligent l'individu à moins se tourner vers son environnement (les autres en particulier) et à investir davantage son propre corps, seul garant de la continuité de la vie.

Sur le plan pratique le corps peut et doit être un moyen de médiation à privilégier pour toute relation entre l'IDE et le sujet âgée.

Le processus de sénescence cause le vieillissement des structures et l'aspect général du corps et le déclin des fonctions organiques.

LES CHANGEMENTS STRUCTURAUX

- Les cellules et les tissus

Les cellules ont une longévité précise elles ne se divisent pas indéfiniment et leurs capacités mitotiques décroissent avec l'âge.

En vieillissant les cellules augmentent leur pourcentage de tissus gras-seux aux détriment des tissus maigres.

Les cellules sont des organismes vivants qui vieillissent et meurent.

La perte des cellules est importante leur nombre diminue de 30% entre 20 ans et 70 ans.

Le nombre de globule rouge diminue et leur charge en hémoglobine diminue.

Le nombre de lymphocyte diminue de façon accélérée à l'âge de 90 ans, ceci contribue à une diminution de la résistance aux infections pour les personnes âgées.

MODIFICATION LIÉES À LA SÉNESCENCE:

- Au niveau tissulaire

L'apparition des rides est reliée à la modification des tissus graisseux sous cutané et à la perte de l'élasticité de la peau. Les os diminuent en diamètre, deviennent poreux, plus légers, fragile.

La masse tissulaire du foie, du pancréas, des reins diminue.

Même si le poids de la personne âgées reste stable la proportion de tissus graisseux va augmenter. Les graisses vont s'accumuler entre les fibres musculaires et autour des viscères remplaçant alors la masse maigre de l'organisme.

COMPOSITION GLOBALE DU CORPS ET DU POIDS CORPOREL

La composition globale du corps subit quatre transformations majeures. Il faut en tenir compte lorsque l'on veut élaborer un régime alimentaire ou donner des thérapeutiques.

- de 20 à 80 ans la masse maigre du corps diminue de 17%
- de 20 à 70 ans la proportion de graisse augmente de 25%

Même si le poids corporel reste stable, la répartition a changé, la graisse s'accumule davantage dans la région de l'abdomen et sur les hanches.

MUSCLES, OS, ARTICULATIONS

Les changements au niveau locomoteur sont ceux qui apparaissent le plus rapidement.

Ils modifient l'apparence et la structure physique, ils modifient le fonctionnement de l'organisme et vont avoir des répercussions sur la satisfaction des besoins de la personne âgée

Tous les muscles de l'organisme et plus particulièrement ceux du tronc et des extrémités s'atrophient.

Ce vieillissement est le résultat de l'atrophie des fibres musculaires et l'augmentation du tissu graisseux à l'intérieur des fibres musculaires.

Les articulations subissent aussi des modifications des surfaces articulaires vont s'éroder.

Les ligaments vont se calcifier.

Les os subissent des modifications: les processus de réabsorption du calcium va subir un déséquilibre et le tissu osseux devient plus poreux et plus fragile à cause d'une déminéralisation constante de la masse et de la densité osseuse.

Ce phénomène...

TOUT CELA VA CHANGER L'APPARENCE DE LA PERSONNE ET VA AVOIR DES REPERCUTIONS SUR LA SATISFACTION DES BESOINS DE LA PERSONNE AGEES.

LA PEAU ET LES TISSUS SOUS CUTANÉ

- La peau:

Lorsque l'on vieillit, le renouvellement de l'épiderme ralentit. Le renouvellement qui s'échelonne sur une période de 20 jours chez le jeune adulte dure plus de 30 jours après 50 ans.

Le derme s'amincit et donne à la peau son apparence caractéristique de papier de soie.

Les glandes sébacées deviennent moins actives.

- Les téguments:

Les poils se raréfient et tombent sauf sur la figure.

A certains endroits comme le pubis, les aisselles, les extrémités (pieds, mains). La perte des poils est presque totale.

Cependant les hommes et les femmes constatent l'apparition de poils au visage.

Chez les hommes aux oreilles et au nez

Chez les femmes au menton et à la lèvre supérieure.

- Les cheveux:

Leurs pertes augmentent, ils se décolorent (baisse de l'activité des mélanocytes) quand ils sont tous blancs: canitie.

- Les ongles:

Leurs croissances ralentit, des stries longitudinales et des cannelures apparaissent sur leurs surfaces.

Ces facteurs associés à une baisse de la circulation périphérique provoquent un épaississement des ongles qui se dessèchent et deviennent cassants.

Ce phénomène surtout pour les ongles des orteils se nomme : l'onychogryphose.

LE SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE:

Diminution de la capacité maximale du coeur.

Les vaisseaux perdent de leur élasticité en vieillissant.

Les pulsations chez les personnes âgées sont plus difficiles à percevoir du fait du durcissement des artères.

LE SYSTÈME RESPIRATOIRE:

Il y a une perte de l'élasticité et de la perméabilité des tissus qui entourent les alvéoles pulmonaires réduisant ainsi le taux d'absorption en oxygène dans le sang.

Les bronchioles et les alvéoles deviennent moins nombreuses et plus grosses.

La capacité respiratoire mesurée en cours de respiration forcée baisse de 50 % entre 20 ans et 80 ans.

LE SYSTÈME RÉNAL ET URINAIRE:

La fonction rénale se détériore avec l'âge, les reins s'atrophient.

L'artériosclérose des artères rénales diminue l'apport sanguin au reins réduisant ainsi par le fait même la fonction rénale.

La vessie chez la personne âgée présente des signes de vieillissement.

La capacité de rétention diminue, de même que le tonus vésical.

Il y a diminution des influx nerveux volontaires

LE SYSTÈME GASTRO INTESTINAL:

La digestion, la mastication peuvent être affectés par l'état des dents, des mâchoires, l'édentement et les maladies périodontales.

Le sens du goût s'altère avec l'âge.

Les papilles gustatives deviennent moins nombreuses.

La nourriture s'affadit, ce qui peut entraîner une perte de l'appétit.

Perte de l'odorat.

Baisse de la mobilité gastro intestinale.

L'élimination des solides par l'intestin va subir des transformations, la masse fécale et la fréquence d'élimination tendent à diminuer avec l'âge. La constipation est un problème fréquemment rencontrée chez les personnes âgées.

LE SYSTÈME NERVEUX ET SENSORIEL:

- Le goût et l'odorat:

10 % des personnes âgées se plaignent de ne plus déceler le goût des aliments.

- L'ouïe:

La diminution et la perte de l'ouïe sont liées à l'exposition continue au bruit et à des facteurs génétiques, toxiques ou circulatoire.

Cela peut être du à:

Une diminution de la fibre nerveuse de l'audition (cochlée, organe de corti)

Un épaissement du tympan.

Une réduction de la production de cérumen

Une rigidité des osselets (Otosclérose)

Une atrophie du nerf auditif.

Une personne sur quatre de plus de 60 ans souffre de perte de l'audition assez importante pour qu'on la dise sourde. On note chez la personne

âgée, la présence d'acouphène (sensation auditive anormale). Ce phénomène est dû à la dégénérescence progressive du nerf auditif.

- La vue:

Les pertes au niveau de la vue se font de façon progressive et deviennent plus évidentes entre 40 ans et 50 ans.

Les principaux changements du système oculaire sont:

La réduction de l'acuité visuelle et des difficultés particulières d'adaptation quand l'éclairage est faible.

La réduction de la vision périphérique et de la vision latérale, perte de la vision panoramique.

La réduction de la vision nocturne par la perte de la capacité de l'œil à réagir à la noirceur.

La réduction de l'accommodation du cristallin qui permet de distinguer nettement les objets.

La diminution du diamètre des pupilles.

La tendance au daltonisme.

La modification du cristallin et des milieux transparents de l'œil.

Vers 50 ans le cristallin commence à s'opacifier et les cataractes se développent.

Les yeux sont les organes de la vision mais également des éléments très importants du visage et de l'expression.

LA PERCEPTION DE LA DOULEUR ET DE LA TEMPÉRATURE

On constate que certaines personnes âgées ont de la difficulté à percevoir certains types de douleur ou le site de la douleur (ce qui va poser un problème dans l'identification des diagnostics). Cela peut créer un danger potentiel.

A cause de plusieurs changements au niveau du système vasculaire de la peau, les sensations tactiles sont modifiées.

Ces modifications constituent un danger potentiel.

Au niveau de la thermorégulation, les mécanismes de la régulation de la température deviennent moins fiables et les activités génératrices de chaleur sont ralenties et moins efficaces.

LE SYSTÈME REPRODUCTEUR

Le vieillissement joue un rôle essentiel dans la diminution des fonctions sexuelles. L'expression sexuelle est en partie influencée par l'intégrité du système nerveux et des fonctions sensorielles de l'organisme.

Les changements sont subtils et changent d'une personne à l'autre, ainsi certains hommes sont déjà vieux à 25 ans et d'autres encore jeunes à 90 ans.

Le système de reproduction de l'homme se modifie, après 50 ans le liquide séminal devient moins abondant. La sécrétion d'hormones androgènes diminue de façon régulière jusqu'à 60 ans puis se stabilise. Les symptômes de l'andropause apparaissent habituellement vers 60 ans.

Pour la femme les changements qui interviennent au moment de la ménopause influencent la sexualité de la femme.

L'activité reproductrice cesse complètement.

LE SYSTÈME IMMUNITAIRE

Le système immunitaire est très intense à la naissance et atteint son maximum à l'adolescence pour baisser graduellement jusqu'à 85 ans. On peut parler d'immunodéficience relative. L'organisme éprouve des difficultés à s'adapter et sa marge de sécurité diminue. L'organisme devient plus fragile à l'invasion des microbes et produit moins de lymphocytes capable de combattre les agents stressants interne et externe.

LES RYTHMES BIOLOGIQUES ET LE SOMMEIL

La personne âgée dort aussi longtemps que l'adulte même si la personne âgée se réveille souvent.

Le cycle éveil-sommeil est influencé par le cerveau et l'environnement. En vieillissant les heures de sommeil sont réparties différemment. Les personnes âgées dorment moins longtemps et font plus de siestes. Les phases de sommeil sont modifiées, les périodes de sommeil profond diminuent et les périodes de sommeil léger augmentent ce qui n'est pas synonyme d'insomnie.

Les personnes âgées qui souffrent d'insomnies doivent en chercher la cause dans des facteurs autres que le vieillissement.

CONCLUSION:

- Maladie, chronicité, vieillesse
- Toutes les modifications liées à la sénescence entraînent une baisse de la capacité d'adaptation.
- Les altérations des structures et les pertes fonctionnelles surviennent dans tous les organes et tous les systèmes du corps humain, surtout l'appareil respiratoire, cardio-vasculaire, locomoteur, système nerveux...

- Si la personne âgée n'est pas atteinte d'une maladie grave ou d'un traumatisme important elle a tout ce qu'il faut pour conserver sa capacité d'adaptation jusqu'à un âge avancé.
- La vieillesse se caractérise cependant par la perte progressive de cette capacité d'adaptation c'est à dire par la baisse de la capacité fonctionnelle qu'elle soit reliée ou non à une maladie.
- Pour pouvoir parler d'état de santé optimal on doit tenir compte d'un ensemble de système et de fonction organiques et psychologiques engagés dans la sénescence.
- Les personnes âgées sont aux prises d'un ou plusieurs problème de santé chroniques que les limitent dans leur vie quotidienne.

❖ physique: ostéo articulaire

❖ psychique: dégénérescence, maladies mentales

- La présence de problèmes chroniques et leurs conséquences les obligent tôt ou tard à modifier leurs rythmes de vie et à accepter la diminution de la capacité fonctionnelle surtout après 80 ans.
- Cependant pour la majorité des personnes du 3^{ème} âge et 4^{ème} âge, la capacité fonctionnelle n'est attendue par aucune limite ou que des limites partielles.
- Il est donc inexact d'adopter une vue négative pour cette partie de la vie.
- Les comportements sont affectés quand le fonctionnement biologique atteint une limite ou un point critique.
- Les incapacités fonctionnelles liées aux activités: sorties à l'extérieur, l'entretien ménager, la préparation des repas...

- La proportion des personnes âgées de 65 ans à 69 ans qui ne peuvent pas sortir de chez elles, sans être accompagnées est de 6 %, alors que pour les personnes de plus de 85 ans c'est de l'ordre de 45 %.

RESPIRER

Le vieillissement peut perturber la fonction respiratoire et compromettre l'indépendance dans la satisfaction du besoin de respirer.

RÉVISION DU CONCEPT

- Aspect biologique:

Echange gazeux entre l'environnement et le milieu intérieur. Relation entre l'appareil respiratoire et le réseau vasculaire, nerveux, musculaire et autres.

- La respiration est un processus fondamental qui comporte trois étapes:
 - ✓ La ventilation pulmonaire résulte des mouvements rythmiques de la cage thoracique
 - ✓ La diffusion et le transport des gaz débute dès l'arrivée de l'oxygène au niveau des alvéoles pulmonaires.
 - ✓ La régulation de la respiration est assurée par les neurones du centre de la respiration (bulbaire)

DIMENSION BIO-PHYSIOLOGIQUE

Les troubles communs aux personnes âgées tels que

- ✓ Les déformations musculo squelettiques

Facteurs de risques:

- L'immobilité : va entraîner un ralentissement de la respiration, laquelle se fera moins profonde. La diminution de la motilité du diaphragme associée à une incapacité à faire bouger les muscles intercostaux et le sternum vont diminuer l'amplitude thoracique. La capacité pulmonaire va s'amoindrir et entraîner une mauvaise oxygénation. L'immobilité produit en plus la stase et l'accumulation de sécrétion au niveau bronchique. La personne âgée va éprouver des difficultés à expectorer par suite de la diminution de la force musculaire.
- La toux: la toux est un mécanisme qui va permettre à l'organisme de se débarrasser des sécrétions et des substances irritantes qui peuvent être nocives pour l'appareil respiratoire, tout empêchement à la toux peut avoir de graves conséquences. Les sécrétions vont s'accumuler et obstruer les voies respiratoires augmentant ainsi le risque d'infection pulmonaire.
- L'hydratation inadéquate: lorsque les sécrétions s'accumulent par suite d'une mauvaise hydratation, elles vont empêcher les échanges gazeux.
- La chirurgie: les changements de la fonction respiratoire liés à une chirurgie (médication pré opératoire, et les substances d'anesthésie) peuvent persister plusieurs jours.
- L'obésité: Elle nuit à la respiration et réduit considérablement l'expansion de la cage thoracique.

DIMENSIONS PHYSIOLOGIQUES

- Le tabagisme et les polluants industriels: Les facteurs associés au style de vie comme le tabagisme ou l'exposition prolongé à des polluants augmentent le risque de problème respiratoire.

- Les médicaments: la poly pharmacologie prédispose aux dysfonctionnement respiratoires. Les principaux coupables sont les sédatifs.
- L'activité physique: Quand elle est exagérée, elle affecte la respiration en causant

DIMENSIONS CULTURELLES ET/OU SPIRITUELLES

- Les exercices de relaxation, de détente musculaire peuvent diminuer les états de tension souvent responsables de sensation d'étouffement.

BESOIN DE RESPIRER ET VIEILLISSEMENT

Le besoin de respirer compte parmi les besoins fondamentaux dont la dimension bio physiologique est passablement touchée par le vieillissement.

Modifications physiologiques de l'appareil respiratoire

- Perte de l'élasticité des tissus entourent les alvéoles pulmonaires.
- Perte de l'élasticité des tissus pulmonaires.
- Capacité d'extension des poumons limité par les modifications de la structure du thorax.
- Diminution de la capacité inspiratoire à cause de la calcification du cartilage costal.
- Affaiblissement du diaphragme et des muscles inter costaux.
- Augmentation de la capacité résiduelle.

Toutes ces transformations n'entraînent pas automatiquement des problèmes de dépendance chez les personnes âgées. Néanmoins elles diminuent leur capacité pulmonaire les rendant plus vulnérables.

Le vieillissement normal de l'appareil respiratoire prédispose les personnes âgées à avoir des problèmes respiratoires puisque l'efficacité des échanges gazeux et la réserve fonctionnelle diminuent. Les problèmes de dépendance des personnes âgées en bonne santé sont toutefois des problèmes dits potentiels.

La prévention occupe donc une place importante pour l'IDE en gériologie.

PROBLÈMES PARTICULIERS ET PATHOLOGIES RELIÉES

L'appareil respiratoire étant lié au système vasculaire, musculaire, nerveux va subir les conséquences des maladies chroniques dont peuvent être atteints ces trois systèmes. (neuro: Parkinson, hémiplegie.)

Signes d'altération de la fonction respiratoire

- Dégagement inefficace des voies respiratoires: Incapacité de libérer les voies respiratoires des sécrétions ou des obturations qui entravent le libre passage de l'air.

Données:

- ♦ dyspnée (difficulté à respirer)
- ♦ bruits respiratoires
- ♦ toux inefficace
- ♦ modification du rythme respiratoire
- ♦ difficultés à parler
- ♦ agitation

- Mode respiration inefficace: Respiration qui ne procure pas une ventilation adéquate

Données:

- ◆ Essoufflement
 - ◆ dyspnée
 - ◆ Diminution de la ventilation par minute
 - ◆ Utilisation des muscles respiratoires accessoires
 - ◆ Adaptation de la position assise, une main sur chaque genou penché en avant
 - ◆ Battements des ailes du nez
- Perturbation des échanges gazeux: Excès ou manque d'oxygénation et/ou d'élimination du gaz carbonique au niveau de la membrane alvéolo capillaire. Cette réaction peut se présenter seule à la suite d'un problème médical mais elle peut aussi découler d'un dégagement inefficace des voies respiratoires et/ou d'un mode de respiration inefficace.

Données:

- ◆ Dyspnée
- ◆ Céphalées
- ◆ Confusion
- ◆ Agitation
- ◆ Somnolence
- ◆ Anomalie des valeurs des gaz du sang

- ◆Cyanose
- ◆Coloration anormale de la peau
- ◆Anomalie de la fréquence cardiaque, du rythme et de la fréquence respiratoire.

CONCLUSION:

Comme l'homéostasie devient plus précaire avec l'âge, un problème respiratoire peut vite s'aggraver.

Les troubles respiratoires si minimes soient ils altèrent toujours la qualité de vie de la personne âgée. C'est pourquoi il faut être attentifs et mettre l'accent sur la prévention.

BOIRE ET MANGER

L'état nutritionnel équilibré favorise la santé physique et émotionnelle, tout en prévenant ou en retardant l'apparition des maladies plus fréquentes liées au vieillissement.

Plusieurs facteurs peuvent entraver la satisfaction du besoin de boire et de manger chez la personne âgée. Que ce soit des changements d'ordre physique, psychologique, sociologique et les problèmes économiques.

Les interventions visant à maintenir ou à restaurer l'état nutritionnel des personnes âgées sont multiples.

La nutrition est quelque chose de très important chez la personne âgée. Elle peut être empêchée par de nombreux facteurs.

Pour se maintenir en santé il faut absorber les éléments nécessaires à la vie en quantité et en qualité.

Les besoins nutritionnels d'une personne âgée sont sensiblement les mêmes que ceux de l'adulte.

RÉVISION DU CONCEPT

L'être humain a besoin de boire et de manger pour se maintenir en santé (homéostasie). Pour se faire l'organisme utilise des mécanismes physiologiques complexes:

- la nutrition
- le métabolisme
- L'équilibre hydro électrolytique

LA NUTRITION

C'est l'ensemble des processus d'assimilation qui vont fournir à l'organisme son énergie. Tous les éléments nutritifs dont l'organisme a besoin proviennent de la nourriture ou de l'organisme lui-même. Les transformations physiques et chimiques subies permettent à ces aliments de devenir des sources d'énergies pour l'organisme. Ses transformations s'opèrent dans le système digestif.

Le cycle débute par la faim, les aliments sont mastiqués, avalés, digérés, absorbés puis assimilés. Ils sont ensuite utilisés par les cellules pour répondre aux besoins de l'organisme.

Les nutriments sont de plusieurs ordres:

- les glucides
- les lipides
- les protéines
- les vitamines
- les sels minéraux

L'être humain doit maintenir un équilibre entre l'apport nutritionnel et les dépenses énergétiques.

LE MÉTABOLISME

C'est l'ensemble de toutes les réactions et processus qui se déroulent dans l'organisme et qui vient lui permettre d'utiliser les matériaux bruts pour les transformer en matériaux utilisables. Une quantité d'énergie constante est nécessaire pour répondre aux besoins de l'organisme.

Le métabolisme basal correspond à la quantité d'énergie minimale requise pour le fonctionnement de l'organisme dans des conditions de repos et de veille et à jeun depuis 12 heures. C'est le coût énergétique de base pour les besoins énergétiques des cellules. Ce besoin est influencé par l'âge, il diminue avec l'âge.

L'ÉQUILIBRE HYDRO ÉLECTROLYTIQUE

Pour équilibrer les dépenses énergétiques et combler ces besoins, l'organisme doit maintenir un milieu interne stable.

L'apport en liquide est indispensable, la survie de tout organisme vivant est l'eau. La soif est le mécanisme par lequel le corps règle son apport en eau. Quand les besoins ne sont pas satisfaits il y a déplétion sanguine et déshydratation. Un adulte devrait boire 2 litre d'eau par jour. La qualité de vie des personnes âgées dépend de ce qu'elles boivent et de ce qu'elles mangent et la satisfaction de ce besoin va influencer la satisfaction des autres besoins.

La quantité et la nature de ce qu'elles absorbent doivent être déterminés de façon réfléchie et tenir compte des besoins spécifiques de chaque personnes.

Plusieurs facteurs vont influencer les choix alimentaires. Le plaisir de manger constitue une des sources de satisfaction des personnes âgées. C'est

pourquoi il faut en saisir toute l'importance et comprendre comment le vieillissement peut entraver la satisfaction de ce besoin.

DIMENSION BIO PHYSIOLOGIQUE

On va retrouver tous les aspects qui touchent à l'alimentation et qui sont reliés à la capacité de

- Mastiquer
- Déglutir
- De digérer
- D'absorber les aliments

Les manifestations d'indépendance sont:

- ✓ Des dents saines
- ✓ L'utilisation d'une prothèse dentaire
- ✓ Le bon état des muqueuses, de la langue, des gencives.
- ✓ Un bon réflexe de déglutition
- ✓ Capacité à faire ses courses et ses repas
- ✓ Ouvrir les bouteilles d'eau et les robinets

Les manifestations de dépendance sont:

- ✓ Dentition défectueuse
- ✓ Faiblesse musculaire
- ✓ Fausses routes

✓ Incapacité à faire ses courses et ses repas.

DIMENSION PSYCHOLOGIQUES

Les habitudes alimentaires sont étroitement liées au niveau socio économique, aux revenus, au mode de vie...

Les personnes âgées isolées disposant de peu de revenus pour s'alimenter de manière adéquate ont un régime routinier, peu équilibré, riche en hydrate de carbone (moins cher).

Les personnes âgées qui ignorent les principes de bases de l'alimentation (veuf).

Les personnes âgées qui n'ont plus la possibilité de se préparer un repas (handicap)

Il faut tenir compte de plusieurs éléments:

- L'environnement,
- le type d'alimentation,
- les lieux d'approvisionnement,
- l'éducation,
- le sexe,
- l'état matrimonial,
- les ressources financières.

S'alimenter correspond à un comportement social, quand la personne âgée mange seul, il lui arrive de peu s'alimenter ou de ne pas s'alimenter.

DIMENSION CULTURELLE

Habitudes de vie, de famille, religieuses ...

BOIRE ET MANGER ET VIEILLISSEMENT

Changement digestif:

- ◉ Altérations du goût et de l'odorat:
 - Diminution des papilles gustatives
 - Baisse de la sécrétion salivaire
 - Utilisation de médicaments
 - Hygiène buccale inadéquate
- ◉ Problèmes péri dentaires
 - Ostéoporoses des gencives
 - Caries
 - Prothèses mal ajustées
 - Edentement
- ◉ Problème de déglutition
- ◉ Absorption difficile des graisses (bile plus épaisse)
- ◉ Perte d'appétit et de la sensation de la soif. La sensation de la soif diminue chez les personnes âgées et la soif n'est plus un mécanisme fiable pour remplacer les liquides perdus ou manquants.
- ◉ Ralentissement de la vidange gastrique due à une diminution du tonus et de la mortalité de l'estomac.

- ◉ Diminution des enzymes digestives
- ◉ Baisse de la capacité d'absorption intestinale.

Changement autres que digestif

- ◉ Modification de la masse corporelle (plus de graisse, moins de masse maigre)
- ◉ problème moteurs
- ◉ De cécité, de diminution de l'acuité visuelle, entravant les gestes nécessaires pour se nourrir
- ◉ Diminution de la force et de la mobilité
- ◉ Problèmes liés à des examens médicaux nécessitant une mise à jeun prolongée
- ◉ Nombre important de médicaments à absorber
- ◉ Revenus insuffisants, pauvreté
- ◉ Isolement social solitude
- ◉ Déménagement
- ◉ Pertes récentes, veuvage
- ◉ Autres ...

PROBLÈMES PARTICULIERS ET PATHOLOGIES RELIÉES:

• Problèmes musculo squelettiques et neurologiques:

Certaines pathologies comme l'arthrite, la paralysie, les problèmes de vision, l'aphasie, les problèmes de déplacement ...

- Les pathologies digestives:

Peuvent entraîner de la dyspepsie, de l'aérophagie, des carences nutritionnelles

- Les problèmes au niveau de la muqueuse buccale et de la dentition:

Les infections péri dentaires, la perte des dents, peuvent conduire à une malnutrition, il peut y avoir des prothèses dentaires mal adaptés.

- Les pathologies cardio-vasculaires:

Peuvent entraîner la prise importante de médicaments qui peuvent influencer la satisfaction de ce besoin.

- Dépression et démence:

Les personnes âgées vont avoir des comportements inadaptés par rapport à la nourriture ce qui peut se traduire par un comportement boulimique, de refus de s'alimenter.

cf livre diagnostic infirmier

-Excès nutritionnels

-Déficit nutritionnel

- Déficit liquidien

PERSONNE AGEE ET NUTRITION

INTRODUCTION

L'intérêt est d'être en équilibre entre les apports en énergie et nutriments et les dépenses énergétiques et les pertes azotées.

Les muscles perdent la moitié de leur poids entre 20 ans et 80 ans, en situation d'agression métabolique (stress, infection, chirurgie...). Le muscle constitue la réserve en protéines.

Clinique:

- Asthénie
- Amaigrissement sans perte de poids en raison de la présence d'oedèmes au niveau des membres inférieurs
- Anorexie
- Peau sèche, ongles cassants
- Escarres
- Syndrome confusionnel
- Autre.

QUE FAUT IL CONNAITRE

Pour la personne âgée il est important de connaître

1. le pourcentage de masse maigre du sujet âgé
2. La valeur pronostique de morbidité et de mortalité
3. Les moyens d'augmenter la masse maigre par l'alimentation, le sport, les thérapeutiques médicamenteuses.

EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL

Le médecin évaluera cliniquement l'état nutritionnel du sujet âgé.

Y a t il malnutrition ?

Quel en est le type ? (endogène, exogène)

Quelle en est l'intensité ?

MESURES GLOBALES

1. Le poids avec une balance stable pour que la personne âgée puisse monter dessus sans difficulté
2. La mesure de la taille attention aux tassements vertébraux
3. L'anthropométrie réalisé avec un mètre de couturière
 - la circonférence brachiale et la circonférence du mollet sont des estimations de la masse musculaire
 - les mesures de l'épaisseur des plis cutané et les reflets de la masse grasseuse

4. Biologie: perturbation de nombreux paramètres lors d'un état de malnutrition protéino énergétique.

- la préalbumine
- l'albumine
- les lymphocytes circulants

Ces tests ne sont pas spécifique à eux seuls d'un état de dénutrition car un processus inflammatoire peut les modifier. Dans les problèmes de dénutrition il faut savoir si il s'agit d'un déficit d'apport (malnutrition exogène) ou d'un processus inflammatoire (malnutrition endogène).

L'albumine chez le sujet sain est supérieur à 40 g par litre. Dans les malnutrition modérée entre 30 grammes à 35 grammes par litre. Dans les malnutrition graves inférieur à 30 grammes par litre.

5. L'enquête alimentaire: doit recueillir des informations sur un laps de temps suffisamment long et implique que la personne soignée puisse y répondre ou puisse tenir un cahier, si la personne est en institution il y aura participation active de tous les membres de l'équipe soignante.

PRÉVALENCE DE MALNUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGÉES

1. À domicile: cela varie entre 17 et 30 % selon les travaux réalisés. Les études sont réalisées au domicile de la personne âgée. Les personnes âgées de 65 à 75 ans ont une meilleur alimentation et une meilleure autonomie que les personnes âgées de 80 ans. On peut penser que celles ci ont souvent des poly pathologies qui les rendent plus vulnérables sur le plan nutritionnel, la malnutrition est évalué à 30 % pour ce groupe ci.

2. À l'hôpital: la prévalence chez les moins de 65 ans donne des valeurs de 32 à 48 %. Chez les plus âgées on retrouve des chiffres de 40 à 60 %. (Dans les services de médecine et chirurgie, l'hospitalisation est motivée par un affecte susceptible d'avoir des conséquences sur équilibre nutritionnel de la personne âgée, hyper catabolisme)
3. En milieu institutionnel: les résultats dépendent de plusieurs facteurs notamment du niveau de dépendance des patients. Des travaux récents donnent des résultats qui s'échelonnent de 13,5 à 28,5 %. Dans les services de longs séjours les situations cliniques sont stabilisées, les malnutrition par hyper catabolisme atteint moins 40 % alors qu'ils sont plus importants dans le milieux hospitaliers. La politique institutionnel qui favorise dans l'animation, l'alimentation joue un rôle pour préserver la diminution des apports et baisse ainsi la prévalence de la malnutrition.

CAUSES DE MALNUTRITION

1. Les modifications physiologiques liées à l'âge.
2. Les modifications du métabolisme: La masse maigre diminue, plus chez le sujet sédentaire. La réduction de l'activité aggrave la diminution de la masse maigre.
3. insuffisances d'apports: causes sociales, isolement lié à la perte.
4. diminution des capacités
5. autres.

CONSÉQUENCES D'UNE MALNUTRITION SUR LE SUJET ÂGÉ

1. Anémie par absence de fer, de zinc, de vitamine B12

2. Perturbation immunitaire, toutes les lignées sont touchées
3. Risque accru d'infection nosocomiales
4. Vaccination moins efficaces
5. Risque d'infection urinaire, respiratoire
6. Les troubles psychiques: les neurones sécrètent des neurotransmetteurs et ont besoin d'énergie.
7. Les escarres: impossibilité à cicatriser
8. Le coût de par la durée des hospitalisations
9. La mortalité, le risque de mortalité est multiplié par 8 par rapport à une personne non dénutrie.
10. Augmentation du risque intragène des médicaments
11. Chutes
12. Etat grabataires
13. Autres

Le but sera d'éviter à la personne soignée de se retrouver ou de rester en état de dénutrition. Certaines actions pourront être menée en regard de notre rôle propre, d'autres sur prescriptions médicales

1. Éliminer une cause organique ou intragène (toujours penser à une cause intragène, médicaments)
2. Stopper les régimes abusifs, les régimes seront adaptés selon la prescription médicale qui tiendra compte de l'état dentaire, neurologique de la personne

3. Utiliser l'environnement familial ou social
4. Proposer des plats variés et goûteux, fractionner les prises alimentaires en quatre repas. Privilégier les protéines, si besoin proposer des compléments protéines.
5. Faire boire suffisamment, limiter la consommation d'alcool.
6. Appliquer les prescriptions médicales si nécessaire.
7. Utiliser les ouvreurs de goût: porto ou autre vin cuit en petite quantité, prendre en compte les goûts de la personne, veiller à ce que la personne âgée ait une alimentation variée à ce que les plats soient présenté correctement.
8. Lutter contre l'isolement, préserver une ambiance de repas agréable
9. Etablir une évaluation gériatrique des apports nutritionnels
10. Encourager les exercices physiques et les sorties à l'extérieur en milieu institutionnel, favoriser la participation des personnes
11. Limiter les constipations
12. Conserver une bonne hygiène buccale.

SE MOUVOIR ET MAINTENIR UNE BONNE POSTURE

REVISION DU CONCEPT

Se mouvoir signifie se déplacer, bouger, être en mouvements. Ce phénomène vital résulte du jeu articulaire et de la contraction musculaire volontaire lesquels sont conditionnés par la tonicité des muscles et des réflexes posturaux.

L'exécution ou la production de mouvement met en jeu un ensemble d'éléments dont les os, les articulations, les muscles, la structure des parois viscérales, et de tous les organes ainsi que le système nerveux, et des facteurs psychiques comme l'attention, la volonté et la maîtrise de soi.

DIMENSION BIOLOGIQUE

- Coordination de l'activité tonique des différents muscles
- Intégrité du système cardio-vasculaire: C'est le système qui fournit le sang oxygéné aux différents tissus de l'organisme. Quand il y a défaillance au niveau de ce système, il n'a plus suffisamment d'oxygène qui va arriver au niveau des tissus ce qui va causer une hypoxie. A mesure que l'hypoxie augmente, plusieurs signes et symptômes vont apparaître, comme:

- Céphalées
- Dépression
- Apathie
- Vertiges
- Lenteur de la pensée
- Fatigue
- Acuité visuelle diminuée
- Etc ...

Tous ces signes et tous ces symptômes vont influencer à divers degrés la mobilité d'un individu.

- Intégrité de l'appareil vestibulaire: L'appareil vestibulaire, organe du sens de l'équilibre situé dans l'oreille interne recueille l'information relative à la position du corps dans l'espace et sur les mouvements que le corps reçoit. La perte du sens de la position provoque la peur et une sensation d'inconfort chez la personne âgée.
- Le processus de vieillissement: Les transformations squelettiques et neurologiques liées au vieillissement affectent la mobilité et la posture de la personne âgée, mais n'entraînent pas forcément de problèmes de dépendance. Même si les effets du vieillissement modifient le sens de l'équilibre, la rapidité dans l'exécution des mouvements cela ne signifie pas que la personne âgée va avoir des problèmes pour se mouvoir. Par contre les changements physiologiques associés au vieillissement affectent la capacité à faire de l'exercice et à avoir des activités.

Exemples:

- ▶ La réduction du débit cardiaque
- ▶ La baisse de la capacité vitale de l'appareil respiratoire
- ▶ La diminution de la force musculaire
- ▶ L'immobilité prolongée...

LES PATHOLOGIES

- La douleur: la mobilité peut être réduite par la douleur provoquée par les mouvements, notamment chez les personnes âgées qui souffrent de problèmes articulaires.
- Les médicaments: Comme les antidépresseurs, les neuroleptiques par leurs effets sédatifs, ils vont diminuer la motivation et peuvent causer une hypertension posturale (rigidité extra pyramidale) effets secondaires connus. Les diurétiques, les hypotenseurs peuvent également affecter la mobilité des personnes âgées en produisant chez celle ci une sensation de faiblesse et d'hypotension orthostatique. Ces personnes vont développer une atrophie musculaire de non.
- Les détériorations sensorielles: par crainte du mouvement, par peur, une personne aveugle à qui on recommande de ne pas marcher sans assistance pourra se retrouver avec un problème d'ankylose lié à son immobilité.
- Les pertes de mémoires: La peur de perdre la mémoire peut pousser la personne âgée à se confiner chez elle, à bouger de moins en moins, et de ce fait à diminuer leur capacité de se mouvoir.

DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

- La rigidité de la pensée: Une personne perturbée émotionnellement et qui présente un mode de pensée rigide peut s'empêcher d'essayer de nouvelles activités.
- L'anxiété: Les manifestations de l'anxiété sont complexes et différentes selon les individus, l'hyper activité et la fatigue sont deux exemples de comportements réactionnels causés par l'anxiété.

DIMENSION SOCIOLOGIQUE

Les facteurs environnementaux: ce sont ceux qui vont le plus limiter la mobilité de la personne âgée.

1. LES FAUTEUILS ROULANTS: Les personnes âgées qui sont installées dans des fauteuils roulants pour aller d'un endroit à un autre alors qu'elles seraient capable de se déplacer même lentement sont responsable à long terme d'ankylose des articulations et diminuent à long terme la mobilité de la personne âgée.
2. LES LITS ET LES BARRES DE LIT: Les lits trop élevés et les barres de lit empêchent trop souvent les personnes âgées de pouvoir sortir de leur lit et cela peut aggraver leur problèmes d'immobilité et présente en outre un risque d'accident.
3. LES CONTENTIONS: et ceci sans compensation de marche peuvent entraîner à la longue un problème d'immobilité chez la personne âgée.
4. LA DISPONIBILITÉ DU RÉSEAU DE SOUTIEN: Les personnes âgées qui ont des difficultés à sortir de chez elles par peur, à cause d'une douleur, vont finir par ne plus sortir à l'extérieur sans avoir une raison valable

pour le faire, les sorties sociales entre amis, les visites à l'église, sont des raisons à encourager pour motiver la personne âgée à sortir de chez elle.

5. LES CONSEILS DE L'ENTOURAGE: Les conseils négatifs de la part de l'entourage "vous ne devriez pas sortir de chez vous...vous pourriez vous blessez...etc" peuvent affecter la mobilité de la personne âgée.
6. LA VIE CULTURELLE ET/OU SPIRITUELLE: Les traditions, les coutumes, les modes peuvent influencer la mobilité.

LA MARCHÉ DU SUJET AGÉ

La marche comme l'équilibre est une activité complexe engageant tout un ensemble de structures: Le système nerveux, articulaire, musculaire.

La marche chez le sujet âgé traduira le vieillissement du système neuro locomoteur, etc ...

La marche du sujet âgé est:

1. plus lente,
2. les pas se réduisent en longueur et en hauteur,
3. diminution de l'amplitude articulaire au niveau des membres inférieurs et au niveau des membres supérieurs,
4. les mouvements du tronc sont plus raides, tronc penché en avant, le balancement des membres supérieurs est moins ample,
5. la phase d'appui au sol est plus longue
6. la trajectoire est plus irrégulière.

LE RISQUE D'ACCIDENT: LE RISQUE DE CHUTE CHEZ LA PERSONNE AGÉE

La marche est le meilleur moyen pour être autonome, c'est le moyen de faire ses courses, de rencontrer les autres, d'être libre au niveau des échanges sociaux.

EPIDEMIOLOGIE:

Chaque année en France, 2 millions de chute chez les plus de 65 ans. Les chutes représentent plus de 30 % des motifs d'hospitalisation chez les personnes âgées.

CIRCONSTANCES DE LA CHUTE

A rechercher : l'horaire de la chute (au lever, au coucher, dans la journée)

Comment: par glissade, en se levant, précédé d'un malaise...

Autres signes (morsures de langue ? douleur thoracique ?...)

Traitement en cours ?

CHUTES SANS MALAISES

Le plus souvent liés à des facteurs environnementaux

- ▶ L'habillement: vêtements inadaptés
- ▶ Chaussures inadaptées
- ▶ L'obscurité de la chambre
- ▶ La descente de lit
- ▶ Le sol glissant (parquet ciré, sol humide, urines ...)

- ▶ Nycturie (lever nocturne pour aller au toilette)
- ▶ Revêtement de sol irrégulier
- ▶ WC trop bas
- ▶ Bac à douche mal adapté
- ▶ Fauteuil trop bas
- ▶ Lit trop haut
- ▶ Objets qui traînent
- ▶ Méconnaissance des lieux
- ▶ Vue déficiente
- ▶ Liés à la prise de médicaments comme les hypnotiques.

CHUTES SECONDAIRES A UN MALAISE

Cause cardio-vasculaire, modification de la tension artérielle, cause neurologique, cause métabolique, autres.

COMPLICATIONS

- TRAUMATIQUES: Fractures, traumatisme crânien, hématome sous ou extradural, plaies, hématomes.
- PSYCHIQUES: Pertes de confiance en soi, hyper protection de l'entourage, qui va provoquer une perte de l'autonomie de la personne.
- DECES: 12000 décès par an.
- INTERVENTIONS INFIRMIERES: Idéal/ se situer dans l'axe de la prévention.

- CARDIO-VASCULAIRE: surveillance de la tension artérielle, des pulsations, apprendre à la personne âgée à se lever de plusieurs fois.
- NEURO-MUSCULAIRE: Parkinson, prise des thérapeutiques, hémiplégie avec séquelle d'un pied ballant, ...
- VUE: vérifier l'appareillage, les couleurs vives se voient mieux, laisser les meubles à la même place.
- AUDITION: appareillage si possible, cela permet d'entendre l'arrivée d'un danger.
- TRAITEMENT: Connaître les effets secondaires des médicaments.
- L'INCONTINENCE: Utiliser les moyens adaptés.

EDUCATION DE LA PERSONNE AGÉE ET DE SON ENTOURAGE

1. Apprentissage pour se relever du sol : faire le chemin inverse
2. Redonner confiance au chuteur
3. Conseils pour l'habillage, pas trop long
4. Chaussures adaptées
5. Etat des pieds, cors aux pieds, plaques d'induration, déformation à prendre en compte pour le choix des chaussures
6. Déficit sensoriel: appareillage adapté pour permettre le contrôle du monde extérieur
7. Manque de motivation: peur de retomber, redonner confiance en élaborant un plan par étape de réapprentissage pas trop dur.

AIDES TECHNIQUES ET MOBILIER

1. Déambulateur
2. Canes
3. Moyens de contention: doivent être utilisés avec parcimonie, car le risque majeur est une atteinte à la liberté de la personne et la perte de la marche.
4. LE LIT à hauteur variable
5. LE FAUTEUIL adapté avec accoudoir pas trop profond de manière à ce que la personne âgée puisse se relever facilement.
6. Les roulettes de lit, de fauteuil doivent être bloquées
7. Dans les institutions mettre des fauteuils dans les espaces de marches de manière à permettre aux personnes âgées de se reposer.

AMENAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT

1. Sanitaires et salles de bains: barres d'appui, sur élévateurs de WC, tapis antidérapants dans la baignoire, sol séché.
2. Couloirs et escaliers: Eclairage suffisant, barres d'appuis dans les couloirs, rampes d'escaliers à la bonne hauteur.
3. Marches: Bandes antidérapantes sur les marches.
4. Entretien: faire réparer les irrégularités au niveau du sol.
5. Libertés des voies de passage.

INSTALLATION D'UNE PERSONNE AGÉE AU LAVABO

Plusieurs aménagement sont possibles, voire indispensable pour une bonne installation au lavabo.

Un handicap soudain peut amener la personne âgée à se désinvestir de la toilette parce que le mobilier n'est plus adapté.

Pourtant de nombreuses aides techniques existent pour aider les personnes âgées.

DANS LA SALLE DE BAIN

- La position assise doit être la plus adaptée pour permettre à la personne âgée de se fatiguer moins et pour éviter tout risque de déséquilibre.
- L'assise doit être suffisamment haute minimum de 45 cm, cela pour aider la personne âgée à se relever facilement pour effectuer la toilette intime.

LE DESSOUS DU LAVABO

- Il doit être libéré pour permettre le passage des jambes (l'installation d'un meuble sous le lavabo est à éviter). Attention au siphon chaud il peut brûler.

LA POSE D'UN MIROIR

- Au dessus du lavabo, c'est important pour permettre à la personne âgée d'entretenir son image corporelle.
- Le miroir peut permettre le contrôle des gestes

LE PORTE SERVIETTES

- Attention la personne âgée peut l'utiliser pour se relever et cela peut constituer un danger.

LES BARRES D'APPUIS FIXES

- Installé sur le côté, elles peuvent permettre à la personne âgée de se relever.

LA ROBINETTERIE

- La manipulation de la robinetterie exige des mouvements de pronation supination et de torsion du poignet qui ne peuvent pas toujours être réalisés chez la personne âgée, l'idéal c'est d'installation d'un robinet mitigeur.

LES REGULATEURS DE TEMPERATURE

- Permettent de réguler la température de l'eau et évitent que la personne âgée se brûle.

LE PORTE PEIGNOIR, L'ARMOIRE DE TOILETTE, LE PORTE SERVIETTE

- Doivent être installé en fonction de la position assise de la personne âgée.

LA LUMINOSITÉ

- Doit être importante et éclairer l'environnement. La prise électrique doit être accessible en position assise. Tout en étant éloignée par rapport au point d'eau.

ÉLIMINER

Pour se maintenir en santé, l'organisme doit éliminer les produits des déchets du métabolisme. Ce processus s'appelle l'élimination intestinale et de l'élimination urinaire.

RÉVISION DU CONCEPT

Le besoin d'éliminer varie d'un individu à un autre, et dépend de facteurs psycho socio et culturels.

- L'appareil intestinal:
 - Le rôle de l'évacuation des déchets de la digestion relève du gros intestin. Le gros intestin est composée de:
 - ➡ Du côlon ascendant
 - ➡ du côlon transverse
 - ➡ du côlon descendant
 - ➡ du sigmoïde
 - ➡ du rectum
 - ➡ de l'anus.
 - Le chyme intestinal ("bouillie" formée par la masse alimentaire) quand il arrive au niveau du côlon contient des substances indigestes (l'eau, le sodium, le potassium ont été absorbé par osmose.)

- ▶ Ces résidus appelée FECES contiennent de l'eau, des bactéries vivantes, de la cellulose, des pigments biliaires...
- L'appareil urinaire:

Formé de deux reins ... production d'urine.

Chaque rein est muni d'un canal excréteur, uretère qui conduit l'urine vers la vessie.

FACTEURS QUI INFLUENCENT LE BESOIN D'ÉLIMINATION INTESTINALE DE LA PERSONNE ÂGÉE

DIMENSION BIOLOGIQUE

- Diète inadéquate ou pauvre en fibre
- Malnutrition
- Déshydratation
- Troubles sensitifs et moteurs (hémiplégie)
- Troubles métaboliques
- Douleurs à la défécation
- Affections cardiaques, pulmonaires
- Médicaments
- Pharmacodépendance aux laxatifs
- Modifications physiologiques de l'intestin
- Manque d'exercice

DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

- Anxiété
- Stress
- Gène
- Habitudes d'hygiène personnelles et d'élimination
- Intimité
- Attitude personnelles face à l'élimination intestinale
- Dépendance psychologique face aux laxatifs

DIMENSION SOCIALE

- Salubrité des lieux publics
- Eclairage
- Education
- Valeur accordée à l'hygiène

FACTEURS QUI INFLUENCENT LE BESOIN D'ÉLIMINATION URINAIRE DE LA PERSONNE ÂGÉE

DIMENSION BIOLOGIQUE

- Maladies aiguës affectant la mobilité
- Troubles neurologiques (AVC, Maladie de Parkinson)
- Hypertrophie de la prostate
- Modification physiologique de l'appareil locomoteur

- Fécalome
- Déshydratation
- Certaines thérapeutiques

DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

- Anxiété
- Stress
- Gène
- Habitudes personnelles d'élimination
- Attitudes face à l'élimination (déficit cognitif)
- Intimité

DIMENSION SOCIALE

- Organisation sanitaire
- Salubrité des lieux publics
- Education
- Eclairage
- Environnement inconnu
- Hauteur du lit
- Montants du lit
- Valeur accordée à l'hygiène

BESOIN D'ELIMINER ET VIEILLISSEMENT

Le problème de dépendance au niveau de l'élimination urinaire et intestinale n'affecte pas toutes les personnes âgées. Mais les transformations physiologiques liées au vieillissement, au mode de vie de la personne, peuvent contribuer à la formation de problème.

Surtout lorsqu'ils sont associés à des facteurs de changements musculo-squelettiques qui vont réduire la mobilité des personnes âgées.

Surtout quand ils vont être associés à des facteurs environnementaux comme des toilettes trop éloignées, un environnement méconnu.

Une hydratation insuffisante favorisera un problème au niveau de l'élimination urinaire et/ou intestinale.

Une polymédication prédisposera aux altérations des fonctions urinaires et intestinales (les sédatifs ralentissent le transit intestinal, les diurétiques augmentent l'élimination urinaire).

Le vieillissement modifie les appareils urinaires et intestinaux mais ne peut pas à lui seul expliquer les problèmes de dépendance de la personne âgée, au niveau du besoin d'éliminer.

INFLUENCE DE LA PATHOLOGIE SUR LE BESOIN D'ELIMINER

Sur l'appareil intestinal:

Dans certains cas de maladie respiratoires (maladies respiratoire chronique obstructive), le patient peut être gêné pour "pousser" au moment de la défécation, le patient étant toujours à bout de souffle.

Dans les détériorations cognitives, la personne démente peut ne pas se rappeler quoi faire aux toilettes, peut ne pas ressentir le besoin de déféquer, peut ne pas être capable de communiquer ce besoin.

Certaines maladies de l'appareil intestinal altèrent le processus d'élimination comme:

- les hémorroïdes ... constipation du fait de la douleur au moment du passage des selles.
- Les diverticules, les cancers ...

L'altération de l'élimination intestinale peut conduire à :

1. constipation
2. Diarrhée
3. Incontinence

Sur l'appareil urinaire:

Les affections de l'appareil ostéo articulaire peuvent altérer l'élimination urinaire du fait de l'immobilisation.

Les affections de l'appareil urinaire peuvent affecter l'élimination urinaire.

L'altération de l'élimination urinaire peuvent conduire à:

1. Rétention urinaire
2. Incontinence urinaire:
 - ▶ incontinence fonctionnelle
 - ▶ instabilité du détrusor

- ▶ incontinence totale
- ▶ incontinence à l'effort.

L'incontinence urinaire influence la satisfaction des autres besoins fondamentaux.

L'INCONTINENCE URINAIRE DU SUJET ÂGÉ

C'est un trouble fréquent chez la personne âgée, du fait de la fragilisation des organes génitaux, des maladies chroniques chez les plus de 65 ans.

15 à 30 % des sujets vivants à domicile présenteraient une incontinence urinaire

50 % des sujets vivants en institution seraient concernés.

20 % des sujets hospitalisés en courts séjours sont concernés.

Ce problème est accentué par l'institutionnalisation dans les services de longs séjours.

Au domicile on peut parler de tabou: le sujet est réticent à parler de ce problème de des difficultés qu'il a à maîtriser ses sphincters.

L'incontinence urinaire engendrera une réaction de rejet, d'angoisse.

On peut décrire 3 types d'incontinence urinaire:

1. L'incontinence d'effort: consiste à des fuites d'urines permanentes, ou goutte à gouttes à l'occasion d'un effort, d'une toux, d'un éternuement. Ce type d'incontinence va surtout toucher la femme car la plupart du temps celle ci est due à la distension des muscles du plancher pelvien (accouchements).

2. L'incontinence par regorgement: elle se produit lorsqu'il existe un obstacle sur le chemin de l'urine, fuite de trop plein.
3. L'incontinence vésicale: contraction du muscle vésical alors que la vessie n'est pas pleine. Il en résulte des émissions incontrôlées d'urines, avec une sensation de miction impérieuses. (Cystite, atteinte du système nerveux central, la détérioration mentale)

INCONTINENCE URINAIRE ET RÔLE DE L'IDE

Perte involontaire d'urine ou incapacité à retenir ses urines:

- peut être:
 - occasionnelle
 - à l'effort
 - permanente
- Due:
 - d'origine neurologique ou urologique : perte du contrôle
 - liée à une impossibilité à se déplacer, liée à l'environnement inadéquat.
- Conséquences:
 - rejet social, honte, isolement, accidents par chute...
- Facteurs aggravants:
 - infections urinaires
 - Fécalome

- immobilisation
- cécité
- Thérapeutique qui abaissent le seuil de la vigilance
- Environnement inadapté, accès difficile, mal éclairé, lit trop haut, sonnette inaccessible, réponse tardive ...
- Facteurs psychologiques, anxiété, dépressions

RÔLE DE L'INFIRMIERE

évaluer les circonstances de l'incontinence mettre un terme précis à l'incontinence.

- mode de vie de la personne âgée (à domicile, en institution)
- distance de la chambre au WC
- faculté psychologique de la personne âgée
- capacité à se repérer dans l'environnement
- faire un calendrier mictionnelle : Relever sur 48 h minimum le moment ou il boit, ou il urine, les circonstances de la perte d'urine) suite à un épisode d'effort, la sensation d'uriner.
- traitement médicamenteux: diurétiques

L'incontinence urinaire c'est une prise en charge pluridisciplinaire.

analyse

prise en charge:

- établir le calendrier mictionnelle
- noter les entrées hydriques
- hydrater suffisamment la personne
- éviter de donner trop à boire au coucher
- éviter les boissons diurétiques en grande quantité (tisane, thé)
- répondre aux besoins des personnes d'aller aux toilettes
- établir un rapport entre la miction du patient et la prise de médicaments
- il faut que les toilettes soit accessible
- en institution il faut indiquer les toilettes
- éliminer les fauteuils trop profonds
- les habilles doivent être facilement otable
- éviter le refroidissement de la nuit car thermorégulation se modifie pendant la nuit.

Incontinence urinaire irréversible:

- mise en place d'actions pour le confort, le respect et la dignité du patient.
- faire des actions d'hygiène (le contact d'urine avec la peau de la personne est très agressif).
- Insister sur les ressources personnelles de la personne

- Encourager la personne âgée à participer à la vie sociale. Si les actions ont été efficaces, on ne sent pas mauvais.

Il se peut qu'il n'y est que ce besoin qui soit perturbé. Encourager la personne à porter des vêtements qui lui plaise, à prendre des douches et à continuer d'aller au toilette.

LA CONSTIPATION DU SUJET ÂGÉ

DÉFINITION: séjour anormalement prolongé des selles dans le colon mais aussi :

- dyschésie
- évacuations trop rare
- exonération difficile
- selles anormalement dures ou insuffisantes
- sensation de vidange colique incomplète
- fausse diarrhée
- incontinence fécale
- alternance de diarrhée et de constipation
- transit quotidien fait de matières fécales en formes de billes.

Dans un premier temps, le rectum va se remplir de matière fécales jusqu'à une certaine pression qui va entraîner le stimuli d'envie d'aller à la selle. Les deux sphincters se détendent et permettent la sortie des selles.

Les personnes âgées sont très sensibles d'aller à la selle tous les jours. Elles prennent beaucoup de laxatifs.

La constipation semble s'aggraver avec l'âge et la consommation de laxatifs augmente avec le vieillissement.

La motricité de la partie distale du côlon: de nombreuses études ont été faites, aucune différence entre un groupes de jeunes et un groupe âgé.

Au niveau du rectum: diminution de la compliance rectale, la sensation du besoin de déféquer arrive pour des plus petits volumes.

Diminution des moyens permettant la continence d'urgence.

Difficultés d'évacuation (risque de fécalome)

LA CONSTIPATION ENTRAÎNE:

- une météorisme source de dyspepsie et d'anorexie retentissant sur la digestion
- un syndrome sub occlusif
- constitution progressive d'un mega côlon
- dysurie par fécalome
- hyper septicité par écoulement de fécalome: écoulement urinaire, vulvo vaginites, infections des escarres sacrées.

LES CAUSES DE CONSTIPATION: en l'absence de pathologies

- alimentation pauvre en fibres végétales
- hydratation orale insuffisante
- baisse de l'activité physique

- polymédication
- disparition de la sensation consciente de déféquer

AUTRES CAUSES:

- anomalies proctologiques: prolapsus rectal, sténoses anales, fissures anales, hémorroïdes, tumeurs anales ou rectales.
- anomalies coliques visibles par examens complémentaires: sténoses tumorales par adénocarcinome, sténoses inflammatoires par sigmoïdite diverticulaire, par maladie de Crohn,...
- causes médicales: causes métaboliques, neurologiques, poly pharmacodépendance, morphiniques.

SIGNES DE CONSTIPATION:

- plus de 3 jours sans aller à la selle, ballonnement, fécalome.
- images radiologiques, niveau du fécalome.

PLAN DE SOINS

- apporter une alimentation enrichie en fibre
- inciter la personne à aller déjeuner à pieds si c'est possible
- lui apprendre à faire des massages coliques
- lui apporter une carafe d'eau afin qu'elle puisse boire
- pruneaux pour les non diabétiques
- appliquer les prescriptions médicales
- présenter la personne aux toilettes

- contrôler la prise de laxatifs
- intimité
- éclairage
- non disponibilité du personnel soignant.

NUTRITION

L'alimentation concerne la société dans son ensemble, la nutrition ça concerne l'individu et ses besoins.

Les problèmes de santé liées à l'alimentation étaient des problèmes de survie et ils sont devenus des problèmes de carences.

Ils sont liés actuellement à des:

- problèmes de suralimentation/efforts de la vie quotidienne
- de mauvais équilibres entre les groupes d'aliments
- au problèmes du délicat dosage de nutriments longévité

BUTS DE L'ALIMENTATION

Définition de l'OMS

➡ La santé est un état de bien être physique, psychique et sociale.

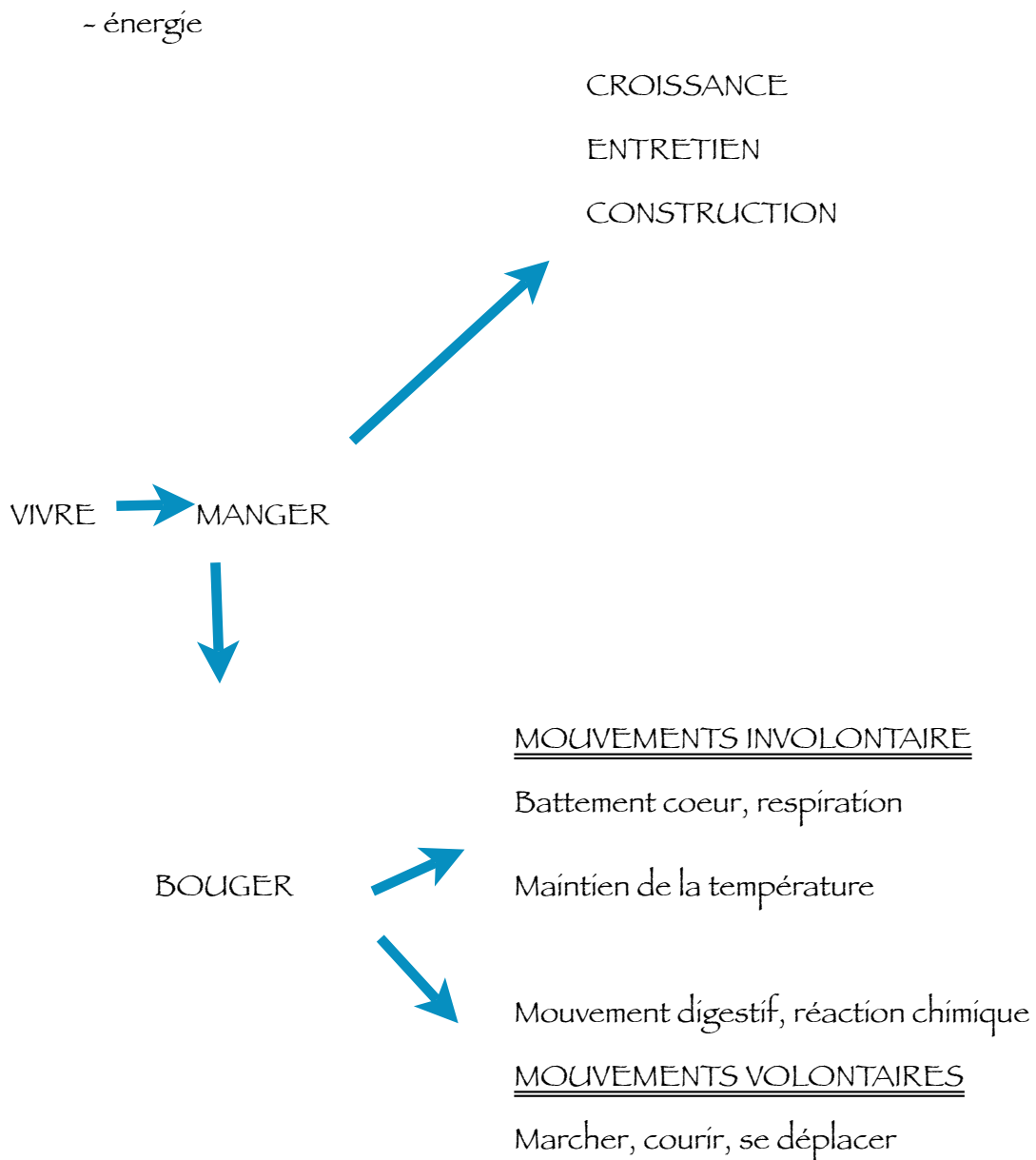
- effets physiologiques
- effets psychologiques
- effets cliniques

Il faut manger équilibré pour:

- construire, édifier l'organisme
- coordonner les réactions de l'organisme
- produire de l'énergie

afin de répondre à trois besoins essentiels:

- croissance et entretien
- chaleur



NOS DÉPENSES ÉNERGÉTIQUES DANS UNE JOURNÉE

Pour maintenir notre corps à une température de 37°C dans des conditions de thermo-neutralité, pour notre métabolisme de base, notre fonctionnement des organes vitaux, poids, taille, âge, sexe ont dépense jusqu'à 60 % d'énergie.

Digestion et transformation des aliments, thermogénèse alimentaire ont dépense 10 % d'énergie

Activité physique du tissu musculaire + tissu adipeux ont dépense 30 % d'énergie.

LES APPORTS NUTRITIONNELS CONSEILLÉ ANC sont définis par population:

- les enfants et adolescent
- les adultes
- les femmes enceintes et allaitantes
- les personnes âgées

Les ANC sont définis par l'AFSSA et CNERNA.

NOTIONS GÉNÉRALES

Définition d'un aliment:

Un aliment est composé de :

a. macronutriments

protides	1g = 4 Kcal	10-15 % calorie totale
glucides	1g = 4 Kcal	50-55 % CT
lipides	1g = 9 Kcal	30-35 % CT

Les aliments cellulaires sont appelés nutriments, ils assurent les besoins d'entretien, de croissance, de production et de réparation.

b. micronutriments

Ils exercent des rôles multiples de nature structurale et fonctionnelle:

- faible concentration
- innombrables processus vitaux
- constituants ou activateurs d'enzyme
- régulateurs, stabilisateurs, cotransporteurs.

- ▶ Les minéraux : Ca, Na, P, Mg, K, Cl
- ▶ Les oligo-éléments: Fer, zinc, Iode, Fluor, Sélénium
- ▶ Les vitamines: 13 vitamines hydrosolubles, 4 vitamines liposolubles.

L'organisme ne sait pas les synthétiser et elles ont un caractère indispensable.

GLUCIDES

tirent leur nom de "glucis" = doux

Glucides simples = les sucres

Glucides complexes = l'union de nombreuses molécules de sucres ex: amidon

Les sucres simples sont directement assimilables, les sucres complexes sont hydrolysés en sucres simples au cours de la digestion.

Un peu plus de la moitié de l'énergie nécessaire par jour est apporté par les glucides.

Les polysaccharides complexes qui ne sont pas assimilable constituent avec la lignine, les fibres alimentaires dont le rôle est essentiel dans le transit et pour la flore intestinale.

LIPIDES

Du grec "lipos" = gras

Visible dans les huiles, beurre et diverses matière grasse

Invisibles dans la composition de nombreux aliments, les lipides sont constituée d'acides gras. On distingue trois sortes d'acides gras:

- ~ saturés
- ~ mono saturés
- ~ poly insaturés

PROTIDES

tirent leur nom de "proteus" ce qui change de forme

Protides = protéines + produits de dégradation
polypeptides
Acides aminés

Les protéines sont le constituants de base de toutes les cellules vivante.

La croissance, la reproduction et la nutrition sont trois fonction essentielles de la matière vivante et sont liées aux protéines.

Elles constituent la peau, les poils, la matière contractile...

Elles sont sensibles à la chaleur, PH , formol...

CODE DE COULEURS EUROPÉENS

BLEU = LAIT ET PRODUITS LAITIERS

ROUGE = VIANDES, POISSONS, OEUFS

VERT= LÉGUMES

MARRON= CÉRÉALES

JAUNES= MATIÈRES GRASSES

GRP	ALIMENTS	INTERETS	FRÉQUENCE
I	LAIT	Calcium	4fois/jour
	PRODUITS LAITIERS	Protides, eau	Pas d'équilibre
		Vitamines B, A, D	calcique possible
		Entretien flore intestinale	sans produits laitiers
		Pas d'effort de mastication	
		coût peu élevé	
		CA/P +	

GRP	ALIMENTS	INTERETS	FRÉQUENCE
II	VIANDES	Protides, Vit B	100 g/jour
	POISSONS	Fer, soufre	Foie / 15 jours
	OEUFs	Taux lipides 1 à 50 %	oeufs 5 à 6 par
		Mastication + ou -	semaine, sous des
		Coût élevé	formes variées
		CA/P = -	
III	CORPS GRAS	Energie	A tous les repas sans
		Acide gras essentiels	exagération
		50 % origine animale	1/3 beurre cru
		50 % origine végétale	1/3 matière grasse
			d'assaisonnement
			1/3 matière grasse
			aliments
IV	FÉCULENTS	Glucides, fibres	A tous les repas
	LÉGUMINEUSES	Pas de lipides	Sucre
		Céréales + légumineuses	
		CA/P = +	
		Coût = +	
		régulateurs d'appétit	
V	LÉGUMES	Micronutriments	A tous les repas
	FRUITS	Vit C	
		Eau, Fibres tendres	

L'eau c'est la boisson par excellence car elle contient des teneurs particulières en sels minéraux

L'alcool est un risque pour la santé

L'éthanol tend

- à bloquer la libération de l'ADH

- à entraîner fuite urinaire de l'eau

Les jus de fruits et légumes sont plein de micro constituants avec effets anti-oxydant.

MEMOIRE ET SON VIEILLISSEMENT

DEFINITION

Capacité à enregistrer, conserver et restituer une expérience ancienne.

GENERALITES

- la mémoire c'est notre identité, tous nos actes de la vie quotidienne sont des actes de mémoires. Quand on écrit c'est un acte de mémoire, quand on sort des cours on sait où on va c'est un acte de mémoire... Imaginons quelqu'un qui est privé de cette mémoire, si on le met dans cette amphithéâtre il ne trouvera pas la sortie. La détresse envahira alors cette personne. On sait qui on est, la perdre va déstabiliser l'individu.
- La mémoire ça sert à se projeter dans le futur. Si on apprend quelque chose aujourd'hui c'est qu'on a en avoir besoin pour le futur. Toutes nos activités mnésiques vont nous servir pour le futur. Notre personnalité va définir ce qui est important pour le futur. Un copain nous présente sa copine qui s'appelle Camille. Si elle est moche on va l'oublier elle ainsi que son nom mais si elle est très mignonne on va se souvenir de son prénom.
- Le support social de la mémoire. notre mémoire fonctionne parce qu'on est en interaction avec les individus

C'est ainsi qu'il faut respecter certains principes avec les personnes âgées:

- ▶ Une relation de qualité avec la personne âgée
- ▶ Des stratégies de façon à se que les personnes âgées puissent se projeter dans le futur.
- ▶ Le fait de créer des rencontres afin que les personnes âgées puissent discuter et ainsi faire travailler leurs mémoires.
- ▶ Est ce que l'âge entraîne un déficit de la mémoire ? Non, une personne âgée qui a un déficit de la mémoire a une maladie.

LES ETAPES DE LA MISE EN MÉMOIRE D'UNE INFORMATION

- Saisie d'information
- Consolidation ou fixation des données
- rétention stockage

La qualité de l'information fait référence à l'importance qu'on y attache et l'encodage (processus par lequel cette information va se transformer en trace mnésique)

Ils peuvent être contrarié par des mécanismes parasites (comme les sens: défaillance de la vue, de l'odorat, de l'ouïe ...)

Un sujet âgé pour consolider l'information aura besoin que cette information puissent durer dans le temps et qu'il parle avec d'autres personnes. Il faut faire attention aux émotions qui paralyse l'apprentissage. L'émotivité va venir parasiter la rétention du stockage.

HISTORIQUE DU CONCEPT DE MÉMOIRE

Auparavant il y avait trois types de mémoire:

- La mémoire sensoriel, mémoire flash, quelques millisecondes servent à trier les informations et les évacués si elles ne sont pas importantes.
- Le registre mémoire très court. ex: le numéro de téléphone que l'on cherche dans l'annuaire, on le garde en tête le temps de faire le numéro et ensuite on ne s'en souvient plus.
- Le registre mémoire à long terme, tous les actes dont on se rappelle plus de 3 minutes. il y a deux types d'information: celle qui sont vécues et celle qui sont apprises.

LES SYSTÈMES DE MÉMOIRE

Il y a cinq système de mémoire:

- mémoire épisodique, du vécu:

C'est une mémoire autobiographique, importante. Tous les sentiments reviennent en mémoire. Elle est très fragile et sera affecté dans le vieillissement. Si on oublie de poster une lettre ça provient de la mémoire épisodique. Elle fait le lien chronologique de notre vie. Une altération de celle ci vient chambouler la chronologie. Système à capacité illimité, il s'agit de connaissances autobiographique. Elle est organisé sur la base des relations temporelles et spatiales. Son accès est délibéré et volontaire.

Fonctionnement de la mémoire épisodique:

Il est basé sur:

- l'encodage: processus par lequel les caractéristiques de l'information seront traitées et converties en traces mnésique par l'intermédiaire de l'indiciage:

- stratégie d'organisation ou de catégorisation
- stratégie d'un lien
- utilisation d'images mentales
- utilisation de médiateurs verbaux
- modification de l'information encodée

- la récupération: processus qui permet d'avoir accès à la trace mnésique en réinstallant les mêmes indiciage mis en place lors de l'encodage.

Il peut y avoir:

- récupération associative
- récupération stratégique (recherche active pour localiser les éléments pouvant constituer la trace du lien)

Support neuro anatomique de la mémoire épisodique

Processus d'encodage et de récupération + processus de vérification de l'information: SAS (système attentionnelle de supervision) lui même sous la dépendance des lobes frontaux.

- mémoire sémantique:

système à capacité illimité destiné au stockage des information sémantiques (langage, vocabulaire, connaissances, faits culturels). C'est la mémoire

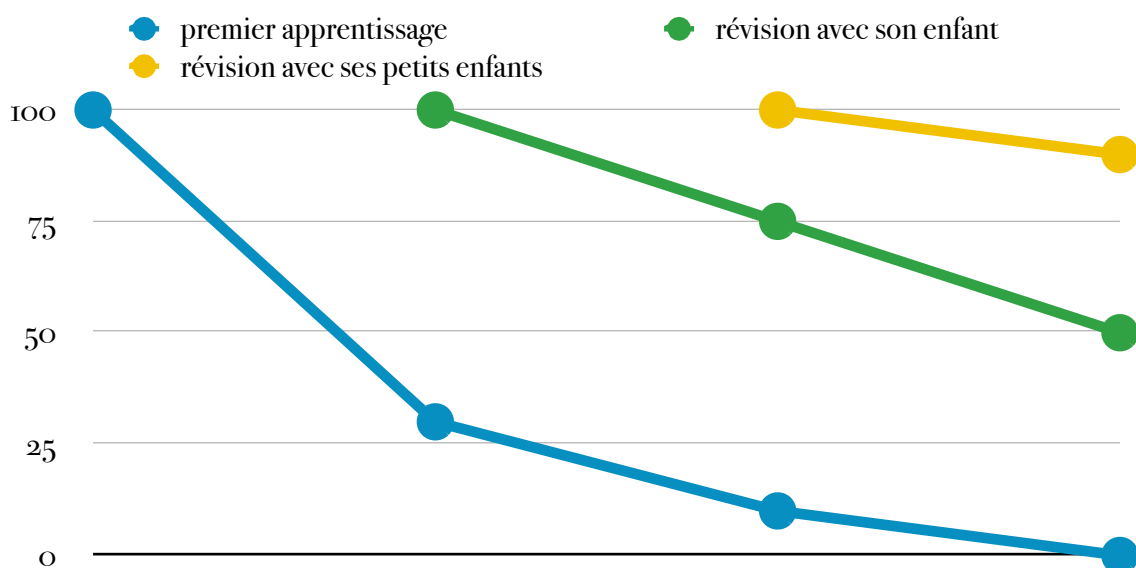
des mots, des idées, des concepts, comme se souvenir que Paris est la capitale de la France.

Ce sont des connaissances factuelles indépendantes de l'expérience vécue et du contexte. Elle est organisée sur la base des relations conceptuelles. Son accès est largement automatique.

Fonctionnement de la mémoire sémantique

Elle a pour rôle de stocker les informations qui à l'origine sont toutes des informations épisodiques et les rendre accessibles automatiquement en les dégageant du contexte de l'apprentissage.

Erosion de la trace mnésique à travers le temps en l'absence de renforcement:



Support neuro anatomique de la mémoire sémantique

Réseau large hémisphérique gauche s'étendant du cortex pré frontal aux régions associatives postérieures.

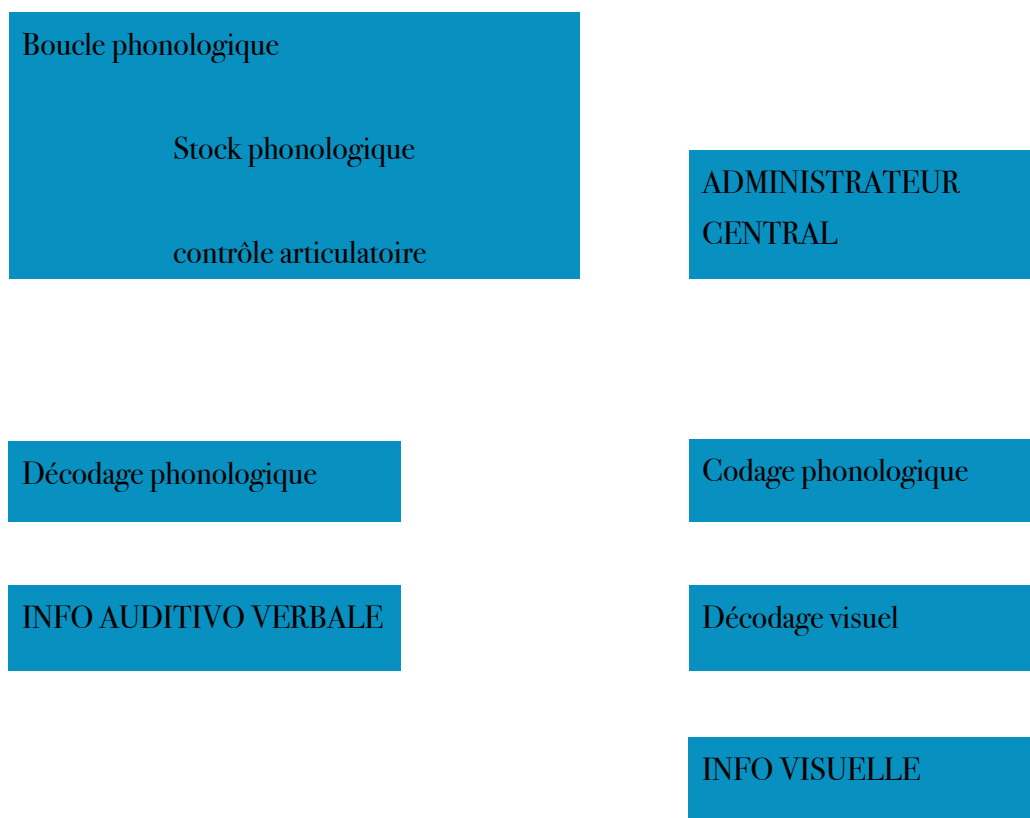
Importance du cortex para hippocampique (cortex périrhinal et entorhinal) dans l'encodage des informations sémantiques.

- mémoires de travail

Système à capacité limitée destiné au maintien temporaire et à la manipulation d'information pendant la réalisation de tâches cognitives de compréhension, de raisonnement, de résolution de problèmes...

Activité transitoire qui permet de traiter deux ou plusieurs informations en simultané comme par exemple faire du calcul mental, lire, comprendre des consignes.

Fonctionnement



La perturbation de ce système de mémoire va perturber la compréhension de la personne âgée et la compréhension de la parole du personnel soignant.

Aménagé la façon de communiquer avec la personne âgée démente

Activité transitoire qui permet de traiter deux types ou plusieurs informations en simultanée.

Trois composantes:

- l'administrateur central (lobe frontal)
- la boucle phonologique
- le calepin visuo spatial

Support neuro anatomique

- ▶ administrateur central (lobe frontal)
- ▶ calepin visuo spatial (réseau occipito temporel)

la réalisation de tâche faisant intervenir les processus exécutif : pré frontal + pariétal

• système de représentation perceptif

Système illimité que l'on connaît peu pas beaucoup de moyen de l'évaluer. Système très important qui nous indique des choses que l'on à jamais apprises. Mémoire inconsciente ou mémoire implicite. Ce système traite des informations inconsciente du sujet. Dans la maladie d'Alzheimer cette mémoire n'est pas touchée.

Fonctionnement :

Améliorer la capacité d'identification du stimuli = technique d'amorçage.

Support neuro anatomique :

Toutes les parties du cerveau doivent être impliqués. Probablement très complexe. Très compliqué à évaluer.

- Mémoire procédurale :

Système à capacité illimité dont les opérations s'expriment par des actions. Utilisations d'outils, du stylo, d'un verre.

Apprentissage d'habiletés perceptivo-motrices.

Fonctionnement

Fait intervenir des mécanismes très différents : habiletés perceptives, motrices et cognitives.

perceptives : occipital, temporal inférieur, pariétal supérieur et cervelet.

prinning : cortex occipital

cognitive : pré frontal

Modèle de TULVING

MEMOIRE ÉPISODIQUE

MEMOIRE DE TRAVAIL

MEMOIRE SÉMANTIQUE

SYSTÈME DE REPRÉSENTATION PERCEPTIF

MÉMOIRE PROCÉDURALE

Altérations due au vieillissement normal

M.É. moins précise, plus floue. Elle n'est pas perturbée mais plus instable.

M.T. ralentit par rapport au sujet jeune. Un sujet âgé mettra plus de temps pour comprendre une information.

M.S. pas d'altérations avec l'âge sauf si on ne la sollicite pas

S.R.P. aucunes altérations de cette mémoire

Dans maladie d'Alzheimer

M.É. est la première à être altéré très tôt.

M.T. elle aussi altéré en même temps que la M.É.

M.S. elle aussi s'altère

S.R.P. il semblerait que ce soit le seul qui soit peu altéré

M.P. elle aussi est altérée pas au début de la maladie mais quand elle devient sévère.

INTELLIGENCE ET VIEILLISSEMENT

DEFINITION

Capacité à s'adapter à des situations nouvelles et de trouver des solutions à des problèmes nouveaux.

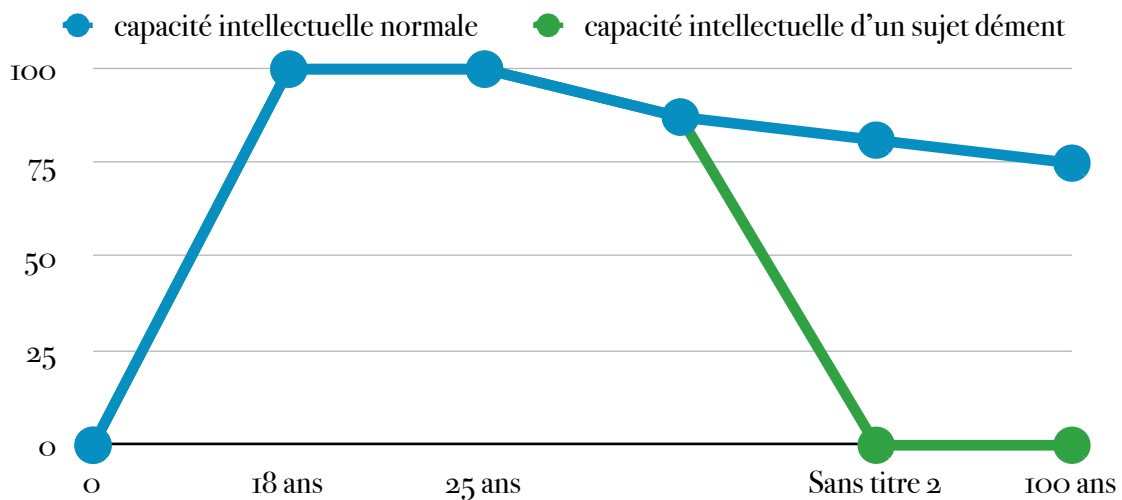
On a un lien très étroit avec la mémoire. Cela fait appel à la connaissance d'apprentissage. L'homme a créé des concepts pour communiquer. Le langage est un signe d'intelligence. Amitié, solitude... ce sont des concepts que l'homme a inventés pour se comprendre entre eux.

À la naissance un enfant sur une échelle de 0 à 100 de l'intelligence est à 0. Très rapidement le nourrisson va commencer à apprendre l'intelligence. À partir de l'âge de 18 ans, la maturité intellectuelle est au plus haut niveau.

À partir de 25 ans, nous constatons que l'ensemble des individus décroissent. Ce petit déclin s'appelle la détérioration physiologique.

Le cerveau ne peut pas juger du déclin, il est extrêmement lent et présente un déclin différentiel des aptitudes. Les connaissances ne sont pas atteintes mais d'autres fonctions sont plus atteintes.

Chez un sujet pathologique, c'est le même diagramme mais au niveau de la détérioration physiologique il arrive qu'un jour le déclin soit très important ce qui caractérise le syndrome de démence avec une chute brutale.



On met 18 ans pour acquérir une maturité intellectuelle et on met 7 ans à la détérioré dans le cas de maladie d'Alzheimer. Perte progressive et irréversible de toutes les compétences cognitives et intellectuelles.

A PARTIR DE QUAND POUVONS NOUS DIRE QUE LE SUJET EST DÉMENT ?

Le terme de démence est employé quand le sujet est incapable d'être autonome et d'assurer des capacités sociales.

(polycop)

DEMENCES SECONDAIRES:

Il en existe des curatifs. Il ne faut pas généraliser sur la maladie d'Alzheimer. D'autres facteurs peuvent entraîner une démence. C'est pourquoi le diagnostic de soins est très important.

DEMENCES VASCULAIRES: tabac, alcool,...

DEMENCES DEGENERATIVES

La principale sera la maladie d'Alzheimer. Elle va atteindre le cortex du cerveau. Il existe des démences sous cortical = maladie de Parkinson.

Dans la maladie d'Alzheimer il y aura une atteinte du carrefour parieto occipital. Cela aura pour atteinte la mémoire.

On a la présence de deux types de lésion au niveau du cortex:

- des plaques séniles qui envahissent le cortex.
- des dégénérescence neuro fibrillaire. Elle débute à la base du cerveau au niveau du lobe temporal. Certains sujet de 50 ans ont des DNF sur celui ci. Tous les sujets de 70 ans ont des DNF mais ils ne sont pas atteints de la maladie d'Alzheimer. Pour qu'il y ait maladie il faut l'association des deux.

Premiers symptômes: quelques difficultés au niveau visuel.

Ensuite elles vont remonter et on commence à avoir des premiers signes de la perte de mémoire: trouble des fonctions exécutives.

Les dégénérescence vont remonter et donc vont atteindre le lobe frontal ce qui va perturber le sujet et donc créer des perturbations comportementales. L'envahissement du lobe occipital va créer des hallucinations chez le sujet.

Définition: La démence est une perturbation acquise et d'aggravation progressive des fonctions intellectuelles touchant divers secteurs des aptitudes mentales et provoquant un dysfonctionnement cérébral.

Il faut savoir si la démence est réversible ou irréversible.

- la cause de la démence
- il faut connaître l'âge du sujet

L'apparitions est précoces 36 ans
 préséniles avt 65 ans
 sénile après 65 ans

La véritable maladie d'Alzheimer c'est avant 60 ans. Chez la personne âgée on parle de maladie de type Alzheimer.

DÉMENCE

CHEZ LA PERSONNE

ÂGÉE

- Détérioration progressive, globale, acquise et irréversible de l'ensemble des capacités intellectuelles d'un sujet.
- sera vu en psy 4

LE SYNDROME CONFUSIONNEL

- c'est un syndrome d'insuffisance mentale aiguë, globale, transitoire et régressif qui se caractérise par une altération de la vigilance d'intensité variable pouvant aller jusqu'à la stupeur.
- c'est un syndrome fréquent chez la personne âgée.
- Son diagnostic revêt une importance capitale, car du traitement mis en urgence dépend le pronostic de la personne soignée.
- Le tableau clinique associe, des troubles intellectuelles, des troubles du comportement.
- L'importance du diagnostic précoce permet d'éviter de laisser des séquelles chez la personne âgée.

CAUSES D'UN SYNDROME CONFUSIONNEL LE PLUS SOUVENT REN- CONTRÉES CHEZ LA PERSONNE AGÉE:

L'infirmière va se situer dans un axe préventif.

- I. Pas d'arrêt brutal de traitement médicamenteux sans prescription médicale
2. être attentifs aux associations de thérapeutiques médicamenteuses et aux effets secondaires (surtout dans le cas d'un nouveau traitement)
3. veiller à une hydratation suffisante
4. dénutrition
5. infections urinaires
6. alcool
7. intoxication à l'oxyde de carbone (logement insalubre)
8. accident neurologique
9. hématome extra dural constitué à bas bruit suite à une chute
10. Patho respiratoire
- II. Patho endocrinienne
12. Au stress.

MAINTENIR LA TEMPERATURE DU CORPS

Il y a des liens directs entre le besoin de boire et de manger. L'homéostasie reste constante lorsqu'il y a un équilibre entre la production calorifique et les pertes caloriques. Cette équilibre s'appelle l'homéothermie.

Il désigne l'état dans lequel la température du corps reste constante quelque soit l'environnement où l'on se trouve.

DIMENSION BIOLOGIQUE

- Température corporelle plus basse chez la personne âgée
- Diminution de la graisse sous cutanée
- Intégrité des glandes sudoripares
- Une personne âgée déshydratée ne transpire plus.
- Absence d'activité physique (moins de production mécanique de chaleur)

DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

- Émotion, anxiétés, stress stimule système sympathique qui libère de l'adrénaline et noradrénaline qui ont pour effet d'augmenter la température.

DIMENSION SOCIOLOGIQUE

- appartement non chauffé en hiver / trop chaud en été
- confort du logement
- le choix des vêtements

THERMORÉGULATION ET TEMPÉRATURE DU CORPS

la diminution du métabolisme va entraîner un abaissement de la température du corps et l'adaptation de la personne âgée aux modifications de la température va se faire avec beaucoup plus de difficultés.

PATHOLOGIE

- diminution de la chaleur:
 - hypothyroïdie
 - attention à l'alimentation
 - diminution des activités
- augmentation de la chaleur:
 - diminution du tissu sous cutanée
 - exposition au froid
 - problème de confusion

- ▶ les causes économiques
- ▶ isolement social
- ▶ incapacité mécanique à réchauffer une pièce
- ▶ vêtements insuffisants
- ▶ la déshydratation qui peut mener à un problème d'agitation et de confusion.

BESOIN D'ETRE PROPRE

Ce besoin varie d'un individu à l'autre

FACTEURS

- l'habitude d'hygiène
- l'éducation
- la santé
- processus de sénescence

ROLE DE LA PEAU ET DES TEGUMENTS

- protection
- élimination
- synthèse vitamine D
- thermorégulation
- excrétions

DIMENSION BIOLOGIQUE

Nécessite certaines activités:

- mobilité
- certaines affections
- capacité neurologique
- certaine dextérité

pathologie agissant sur ce besoin

- problème d'hyperthermie
- problème de déshydratation

DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

- image corporel
- bien être
- estime de soi
- communication avec les autres (répulsion par l'odeur)
- habitudes personnelles de propretés du corps et vêtements
- gêne et pudeur

DIMENSION SOCIOLOGIQUE

- température ambiante (chambre, salle de bain)

- personnes qui urinent sur elles, incontinence fécales
- installation sanitaire
- habitudes personnelles

DIAGNOSTIC INFIRMIER:

- Incapacité totale ou partielle à effectuer ses soins d'hygiène liés à ... se manifestant par...
- Altération de l'intégrité de la peau
 - risques liés à la personne:
 - sécheresse de la peau
 - hygiène des pieds
 - l'incontinence urinaire et/ou fécale
 - l'immobilité
 - déficience alimentaire, sensorielle, moteurs
 - estime de soi.

SE VÊTIR ET SE DÉVÊTIR

REVISION DU CONCEPT

- maîtriser la températures
- social
- communiquer quelque chose (chaque être humain a une façon unique de se vêtir
- être bien dans ses vêtements
- respect personnalité
- sert à impressionner
- se faire accepter
- cela affiche son statut
- retirer une satisfaction personnelle

DIMENSION BIOLOGIQUE

rejoint le besoin d'être propre.

- certaines capacité neurologique tout en sachant qu'ils puissent être altéré par des pathologies

DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

- importance, estime de soi, se reflète dans les vêtements
- regard des autres
- peut informer d'une préférence à respecter

DIMENSION SOCIOLOGIQUE

- valorisation de la personne jeune
- les normes sociales et la mode
- la période de la journée
- le climat
- le niveau socio économique (le coût)
- les différentes sortes de tissu (soie,...)
- au niveau culturel: les religions

HABILLEMENT ET VIEILLISSEMENT

Modification de la stature, ostéoporose, colonne vertébrale, taille, voussure des épaules, ptôse des seins, bosse de la douairière.

PROBLÈMES ET PATHOLOGIE

- douleur
- inconfort
- fatigue, fatigabilité

- peur
- agitation
- perte de la concentration de mémoire
- modification par atteinte neurologique

SIGNE D'ALERTE

- détérioration de la capacité de se vêtir et de se dévêtir
- détérioration de la capacité de ranger et se procurer des vêtements (fermer les boutons, faire un noeud de cravate...)
- incapacité à soigner son apparence.

RÔLE DE L'INFIRMIER

- laisser suffisamment de temps à la personne pour qu'elle fasse ce qu'elle sait faire.
- procéder par étape
- si la personne se plaint de douleur, traiter la douleur.
- mettre des vêtements de jour le jour et des vêtements de nuit la nuit
- donner des consignes simple et précise une à la fois
- éviter et être sensible à la fatigabilité de la personne