

CONNAISSANCE DE LA PERSONNE AGEE : LE VIEILLISSEMENT ET SES EFFETS

JOURNÉE 1



Contenu pédagogique : Ludivine Legros

Intervenante : Ludivine Legros

Journée 1 : Processus de vieillissement et ses différents aspects

1) Vieillissement et aspects physio biologiques

- a- Introduction, quelques définitions
- b- Incidences physiques et sensorielles
- c- Incidences biologiques
- d- Incidences anatomiques
- e- Quelques pathologies ou symptomatologies de la Personne Agée
Attitudes de la Personne Agée, attitudes de l'aidant

2) Vieillissement et aspects cognitivo comportementaux

- a- Les principaux troubles cognitifs et la conduite à tenir
- b- Les chocs traumatiques, comment les éviter
- c- Les conséquences sur le quotidien : savoir comprendre et s'adapter
Redéfinition du cadre d'intervention
- d- Comment accompagner la fin de vie ?

1) Vieillissement et aspects physio biologiques

a- Introduction, quelques définitions

Dans le monde du vivant, croissance et décroissance se succèdent dans le temps et constituent les étapes successives du programme de développement de chaque organisme.

La vitesse à laquelle se déroule le programme est influencée par toute une série de facteurs endogènes (génétiques) et exogènes (environnement).

De tout temps, l'homme a cherché la magie qui lui donnerait l'immortalité. Aujourd'hui, plus raisonnable, l'homme a compris qu'il est inutile de lutter contre la mort qui, de toute façon arrivera, mais qu'il est du moins possible de bien vieillir.



Gérontologie : ce mot vient de « géronte » qui veut dire vieillard et « logie » qui veut dire science. La gérontologie est l'étude de la vieillesse et du vieillissement sous leurs divers aspects : médical, psychologique, social...

Gériatrie : branche de la médecine qui s'occupe des maladies des Personnes Agées.

Sénescence : - Vieillissement naturel des tissus et de l'organisme,

- Baisse des activités, des performances propres à la période de vie qui suit la maturité.

La sénescence est un phénomène naturel et universel qui touche tout être vivant.

Sénilité : détérioration physique et intellectuelle chez certains vieillards.

Vieillissement : ensemble des modifications morphologiques, physiologiques, psychologiques et sociologiques, en raison de l'action du temps.

Le vieillissement ne survient pas fatalement à un moment précis, ni de la même façon chez chaque individu.

Il peut débuter prématulement et aboutir rapidement à une sénilité précoce comme au contraire se produire très lentement, ce qui ouvre la voie à la prévention.

Nous pourrions donc définir le vieillissement comme un processus continu qui ne peut être ramené à une succession d'étapes ou de phases.

A quel moment est-on vieux ?

Faut-il tenir compte de l'âge ?

Ou plutôt du moment où l'individu ne peut plus s'adapter ?



b- Incidences physiques

Le vieillissement porte principalement sur les constituants suivants :

Les os	Raréfaction de la trame osseuse. Les os se fragilisent, ils deviennent plus souvent sujets aux fractures (le col du fémur notamment)	Ostéoporose
Les articulations	Usure et déshydratation du cartilage. Les articulations perdent en amplitude, en mobilité, en souplesse, et deviennent douloureuses.	Arthrose
Les muscles	Fonte de la masse musculaire. Perte de la force et de l'endurance. Les muscles sont moins toniques.	Atrophie
Le cœur	Baisse du débit cardiaque. Diminution de la résistance à l'effort.	Insuffisance cardiaque
Les vaisseaux	Durcissement des artères qui peut conduire à l'hypertension artérielle (HTA)	Artériosclérose
Les poumons	Baisse de la capacité respiratoire qui entraîne une moindre endurance à l'effort.	Insuffisance respiratoire
Les nerfs	Diminution de la conduction nerveuse avec altération des réflexes.	
Les yeux	Troubles de l'accommodation. La vision de près est difficile tout comme celle de nuit, de plus la Personne Agée est sujette à l'éblouissement.	Presbytie
Les oreilles	Baisse de l'audition. Les troubles de l'oreille interne entraînent vertiges et troubles de l'équilibre.	Presbyacousie

Par ailleurs, on constate :

- Une baisse du goût,
- Une baisse de l'immunité,
- Une baisse de l'excrétion rénale,
- Une baisse des sucs digestifs,
- Une baisse du péristaltisme (contraction de l'intestin permettant l'avancement des aliments) intestinal,
- Une baisse du métabolisme de base,
- Une baisse de la thermorégulation,
- Sans oublier l'arrêt de la reproduction chez la femme ménopausée.

Plus facilement observable :

- La taille : la Personne Agée perd quelques centimètres (tassemement vertébral), elle se voûte (cyphose),
- Le poids : au fil des ans la silhouette s'arrondit, s'épaissit pour se stabiliser, voire, plus tard, s'infléchir
- La peau se ride, les poils et les cheveux blanchissent et se font plus rares.

En conclusion : bien que le vieillissement, inévitable et irréversible, fait son œuvre dès la naissance, l'être humain en prendra conscience avec la baisse de ses performances physiques et psychiques lesquelles seront variables d'un individu à l'autre.

De très nombreux facteurs influent sur ce processus, à savoir héritéité, maladies, multiparité, conduite addictive (tabac, alcool, drogue), guerre, famine, épidémie, pollution, stress, etc...

Pour autant, le vieillissement n'est pas seulement un cortège de pertes et de frustrations. Il a des aspects positifs qui sont de véritables trésors tels que maturité, expérience, sagesse.

Même si on a l'âge du plus vieux de ses organes, le respect d'une hygiène de vie avec un mental fort contribueront à ajouter des années à la vie mais aussi de la vie aux années !

c- Incidences biologiques

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles (effort, stress, maladies aiguës). **Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression.** De même, plusieurs systèmes de régulation de paramètres physiologiques s'avèrent moins efficaces chez le sujet âgé.

Il faut souligner que cette réduction fonctionnelle liée au vieillissement est très variable d'un organe à l'autre (vieillissement différentiel inter-organe).

De plus, à âge égal, l'altération d'une fonction donnée varie fortement d'un individu âgé à l'autre

(vieillissement interindividuel). La population âgée est ainsi caractérisée par une grande hétérogénéité. En effet, les conséquences du vieillissement peuvent être très importantes chez certains sujets âgés et être minimes voire absentes chez d'autres individus du même âge (vieillissement réussi, vieillissement usuel, vieillissement avec maladies).



↳ Effets du vieillissement sur les métabolismes

La composition corporelle de l'organisme se modifie au cours du vieillissement. Ce dernier s'accompagne à poids constant, d'une réduction de la masse maigre (en particulier chez le sujet sédentaire) et d'une majoration proportionnelle de la masse grasse (en particulier viscérale).

Les besoins alimentaires (qualitatifs et quantitatifs) des personnes âgées sont sensiblement identiques à ceux d'adultes plus jeunes ayant le même niveau d'activité physique.

Le métabolisme des glucides est modifié au cours de l'avance en âge. La tolérance à une charge en glucose est réduite chez les personnes âgées indemnes de diabète sucré ou d'obésité, témoignant d'un certain degré de résistance à l'insuline.

↳ Effet du vieillissement sur le système nerveux

De nombreuses modifications neuropathologiques et neurobiologiques du **système nerveux central** ont été décrites au cours du vieillissement parmi lesquelles il faut principalement mentionner : la diminution du nombre de neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et la diminution de certains neurotransmetteurs intracérébraux.

Les fonctions motrices et sensitives centrales sont peu modifiées par le vieillissement. En revanche, le vieillissement du système nerveux central se traduit par une augmentation des temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques concernant notamment l'acquisition d'informations nouvelles.

Le vieillissement s'accompagne d'une réduction et d'une déstructuration du sommeil. La diminution de sécrétion de mélatonine par l'épiphyse, rend compte au moins en partie d'une désorganisation des rythmes circadiens chez les individus âgés.

La réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif (osmorécepteurs) et les modifications du métabolisme de l'arginine vasopressine (AVP) rendent compte au moins en partie de la diminution de la sensation de la soif chez les personnes âgées.

↳ **Effets du vieillissement sur le système cardiovasculaire**

Le débit cardiaque au repos est stable et peu diminué à l'effort avec l'avance en âge. Toutefois, le cœur s'accompagne de modifications anatomiques : augmentation de la masse cardiaque et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche à l'origine du moins bon remplissage ventriculaire par défaut de la relaxation ventriculaire. Cette altération de la fonction diastolique est habituellement compensée par la contraction des oreillettes (contribution de la systole auriculaire) et la préservation de la fonction systolique ventriculaire qui contribuent au maintien du débit cardiaque.



↳ **Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire**

La capacité de diffusion de l'oxygène et la pression partielle en oxygène du sang artériel (PaO_2) diminuent progressivement avec l'âge.

↳ **Effets du vieillissement sur l'appareil digestif**

Le vieillissement entraîne des modifications de l'appareil bucco-dentaire, une diminution du flux salivaire, une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales gastriques et une hypochlorhydrie gastrique.

Par ailleurs, le temps de transit intestinal est ralenti chez le sujet âgé par diminution du péristaltisme.

La fonction pancréatique exocrine n'est que modérément altérée.



↳ **Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur**

- Le vieillissement du muscle squelettique se traduit au plan histologique par une diminution de la densité en fibres musculaires (principalement de type II), au plan anatomique par une réduction de la masse musculaire (sarcopénie) et au plan fonctionnel par une diminution de la force musculaire.
- Le vieillissement osseux se caractérise par la réduction de la densité minérale osseuse ou ostéopénie (principalement chez la femme sous l'effet de la privation oestrogénique de la ménopause) et par la diminution de la résistance mécanique de l'os.
- Le vieillissement du cartilage articulaire se caractérise essentiellement par la diminution de son contenu en eau. Ces modifications génèrent un amincissement du cartilage et une altération de ses propriétés mécaniques à l'origine d'une fragilité.

↳ **Effets du vieillissement sur l'appareil urinaire**

La fonction tubulaire est aussi modifiée au cours du vieillissement. Les capacités de concentration et de dilution des urines diminuent progressivement avec l'avance en âge.

↳ **Effets du vieillissement sur les organes des sens**

- **Le vieillissement oculaire** s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie) gênant la lecture de près. Ce processus débute en fait dès l'enfance, mais les conséquences fonctionnelles apparaissent vers l'âge de la cinquantaine. Il se produit aussi une opacification progressive du cristallin débutant à un âge plus tardif et retentissant sur la vision (cataracte).

↳ **Effets du vieillissement sur les organes sexuels**

Chez la femme, la ménopause s'accompagne de l'arrêt de la sécrétion ovarienne d'œstrogènes, de la disparition des cycles menstruels, de l'involution de l'utérus et des glandes mammaires. Chez l'homme, il se produit une diminution progressive de la sécrétion de testostérone qui est variable d'un individu à l'autre. Une proportion importante d'hommes âgés conserve une spermatogenèse suffisante pour procréer. Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation du volume de la prostate. Le retentissement du vieillissement sur la fonction sexuelle est variable d'un individu à l'autre, et est influencé par le statut hormonal, mais aussi par des facteurs sociaux, psychologiques et culturels.



d- Incidences anatomiques

L'appareil locomoteur (os, articulations et muscles) permet la statique et le déplacement. Ses atteintes (240 947 cas en 2008, source INRS) représentent 34,2 % des accidents chez les Personnes Agées.

Les atteintes musculaires :

Principales pathologies : courbatures, crampes, élongations, déchirures musculaires ou claquages.

Causes : le surmenage physique, le manque d'échauffement, un faux mouvement, une compression des muscles, des mouvements répétitifs, un état d'anxiété ou de tension musculaire excessive.

Les atteintes des tendons :

Principales pathologies : les tendinites affectent de très nombreuses parties du corps et en particulier les hanches, les coudes, l'épaule ou les poignets, les doigts...

La douleur gêne les gestes de la vie courante. Mal traitée, la tendinite peut devenir tenace. Les fibres endommagées enflent, s'enflamment et la synovie se modifie. Le tendon ne coulisse plus avec aisance dans sa gaine et le frottement qui en résulte provoque des douleurs. Le tendon et sa gaine finissent par se coller l'un à l'autre et se calcifient, ce qui diminue la mobilité de l'articulation.

Causes : sollicitation prolongée inhabituelle.

Les atteintes musculaires dues à traumatisme :

Principales pathologies : les contusions (sensibles au toucher et douloureuses lorsque l'on bouge), les ecchymoses (tâches bleues violacées devenant par la suite jaunes puis verdâtres, c'est le signe d'un épanchement de sang sous la peau), les hématomes (si la poche de sang est tenace et déforme la région atteinte, il s'agit d'un hématome).

Suivant la zone touchée et les organes voisins, des complications peuvent surgir.

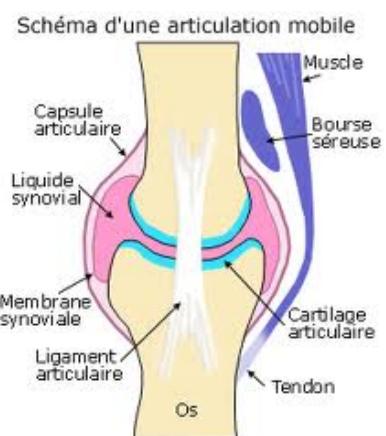
Causes : chutes, coups, faux mouvements...

Les atteintes articulaires :

Principales pathologies : l'arthrose, ou rhumatismes, est un vieillissement des articulations dû à l'usure. C'est une dégénérescence du cartilage.

Les arthrites proviennent d'une inflammation ou d'une infection. On distingue des formes aiguës et des formes chroniques.

Causes : obésité, traumatisme, activités physiques répétées.



Prévention des atteintes articulaires :

- respecter les règles d'échauffement en début de journée,
- acquérir de bons gestes techniques dans ses activités,
- faire de l'exercice régulièrement. La marche et la natation sont recommandées,
- éviter le surmenage,
- bien se chauffer.

Les atteintes osseuses :

Principales pathologies : le squelette est composé de 206 os différents, comme le crâne, le fémur, la clavicule, la colonne vertébrale, les côtes, la rotule etc... La solidité des os est liée à l'importance de la masse osseuse, qui augmente au cours de l'enfance, et spécialement à l'adolescence. Vers l'âge de 20 ans, nous avons constitué notre capital osseux. A partir de 35 ans, ce capital osseux diminue lentement, pour les hommes comme pour les femmes.

Les fractures : l'ostéoporose se caractérise par une diminution accélérée de la masse osseuse. L'os devient frêle et cassant. Une chute banale ou, plus rarement, un mouvement brutal peuvent entraîner une fracture.

Causes : le vieillissement, la ménopause.

Prévention des atteintes osseuses :

- bien s'alimenter (vitamine D, acides gras, calcium),
- faire de l'exercice,
- ne pas fumer, le tabac accélérant la perte osseuse.



e- Quelques pathologies ou symptomatologies de la Personne Agée

- D'une part le vieillissement avec son cortège de pertes des réflexes, de forces, d'équilibre, de vision, ...n'entraîne pas toujours, chez la Personne Agée, une prise de conscience des risques, surtout dans des activités simples, automatiques, de la vie de tous les jours.
- D'un autre côté, l'isolement obligeant à agir seule, la Personne Agée peut refuser d'accepter ses déficiences, et, coute que coute, continuer d'agir comme avant.



- Enfin, à surveiller comme le lait sur le feu, la Personne Agée ayant une atteinte de ses facultés intellectuelles (Alzheimer par exemple).

Ce public, de par son comportement ou son état de santé, se met en situation d'insécurité quasi-permanente nécessitant une aide.

En raison du vieillissement inéluctable, mais variable d'un individu à l'autre, l'aide s'attachera aux fonctions perturbées ou plutôt à ses conséquences.

Exemples :

Cœur fatigué = essoufflement = effort pénible,

Rhumatisme = douleur = amplitude limitée des mouvements,

Baisse de la vision = hésitation à sortir = tristesse ou dépression,

Quelle que soit la cause, il y a au final une baisse de la mobilité et du déplacement. « Je suis rouillée », nous disent parfois les Personnes Agées...

Toutes les activités de la vie quotidienne deviennent complexes, et moins on active la machine, plus elle rouille...

L'immobilisme entraîne une fonte musculaire, une baisse du tonus, une décalcification des os mais aussi un risque de constipation ou d'encombrement bronchique. Garder le lit plusieurs jours peut se compliquer de phlébites, d'escarres, de déprime.

L'attitude de l'aide sera chaque fois que possible de stimuler la mobilité, c'est-à-dire d'exploiter les ressources, aussi infimes soient-elles.

Exemples :

Se coiffer, même la moitié de la tête, avec le bras valide,

Se raser, avec un rasoir électrique pour plus de sécurité,

Se brosser les dents,

Boutonner sa veste...

Tout ceci oblige à préserver le geste fin, faire preuve de patience, garder la notion du schéma corporel, à s'adapter.

En résumé, la Personne Agée est stimulée, guidée, rassurée, gratifiée.

L'aide ne fait pas POUR la personne, mais AVEC elle.



Quelques pathologies :

Maladie de Parkinson : maladie neurologique avec tremblements fin des extrémités au repos, rigidité musculaire, lenteur des mouvements, visage inexpressif.

Maladie d'Alzheimer : démence sénile avec troubles du comportement et baisse des facultés intellectuelles (mémoire).

ICC : insuffisance circulatoire cérébrale avec lenteur à l'idéation.

Désorientation temporo-spatiale : perte de la notion du temps et de l'espace.

Perte du schéma corporel : perte de la notion de son corps, le sujet ne se reconnaît pas ou a du mal à se reconnaître.



Syndrome de glissement : ensemble de signes indiquant un laisser-aller. Refus de se lever, de se nourrir, de prendre ses médicaments.

DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge avec atteinte de la vision centrale donc gêne pour la reconnaissance des visages, la lecture ou une activité de précision.

Cataracte : trouble de la vision sous forme de « chute d'eau » devant les yeux, les couleurs semblent ternes, les détails s'estompent.

Aphasie : absence ou difficulté du langage souvent observée après une hémiplégie.

AVC : accident vasculaire cérébral ou « attaque » consécutif à un saignement brutal ou une absence d'irrigation dans une zone du cerveau.

Hémiplégie : paralysie de la moitié du corps dans le sens vertical droit ou gauche souvent consécutive à un AVC.

HTA : hypertension artérielle d'origines diverses (insuffisance rénale, cardiaque, diabète...)

Artérite : inflammation d'une artère plus ou moins bouchée ; limite le périmètre de marche lorsqu'un membre inférieur est atteint (sensation de crampe).



Cancer : tumeur maligne. Prolifération de cellules anormales.

Arthrite : rhumatisme inflammatoire limitant grandement la mobilité.

Diabète : trouble de l'utilisation des sucres qui de fait sont trop élevés dans le sang (hyperglycémie) avec son cortège de complications.

Incontinence urinaire : relâchement du sphincter de la vessie entraînant une perte des urines.

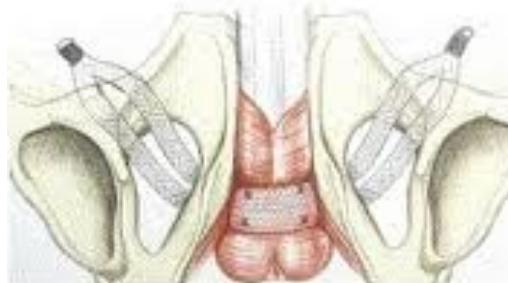


Figure 1. Suburethral I-STOP TOMS

Adénome (ou hypertrophie bénigne) : grossissement de la prostate occasionnant des troubles urinaires.

*Réflexion sur le corps, dimension affective et intimité
dans les actes essentiels de la vie*

*Réfléchir sur un corps, celui de l'autre est bien différent qu'il s'agisse
d'un bébé, d'une Personne Agée ou d'une Personne Handicapée.*

Quelle référence adopter ?

*Celle des magazines à l'approche de l'été, remplis de photos
de mannequins au bronzage à point ?*

Celle des clips vidéo où se déhanchent des silhouettes érotiques ?

*Ou encore celles des publicités de toutes sortes avec de jeunes gens au sourire
éclatant ?*

Ou enfin, la projection de soi-même ?

La réalité au quotidien est tout autre...

*Il y a le premier regard et puis après ? La beauté est subjective,
une Personne Agée peut être belle et digne d'intérêt.*

*Par le filtre de nos yeux s'ajoutent des sentiments variés mêlant tour à tour
attirance, rejet, inquiétude, pitié, impuissance...*

*A cette ambivalence, il faut ajouter la dimension affective accordée à l'aide :
changer la couche d'un bébé est moins écoeurant que celle d'un adulte.*

*Et il faut tenir compte du nombre : une personne à aider, ça va,
trois personnes à aider, bonjour les dégâts ! Dans ce cas, il ne faut pas s'engager dans la
relation d'aide et dans un métier d'aide.*

*Le risque est grand que l'investissement et l'épanouissement laissent
place, à la longue, à l'agressivité voire à la maltraitance. Mieux vaut se
souvenir qu'il est toujours temps de se réorienter vers un autre métier...*

*Et pour finir, se souvenir que des relations trop intimes,
trop amicales prennent toujours le pas sur le professionnalisme. Manquant de recul et de
liberté, on devient souvent moins efficace.*



2) Vieillissement et aspects cognitivo comportementaux

a- Les principaux troubles cognitifs et la conduite à tenir

Un trouble cognitif est une diminution importante de la capacité qu'a l'individu de traiter et de mémoriser l'information. Il y a trois types de troubles cognitifs: le délire, la démence et les troubles amnésiques. Le délire se caractérise par un déficit de la mémoire récente et immédiate, une désorientation, ainsi que par une perturbation des perceptions et du langage, le tout s'installant en un temps court. Les troubles amnésiques se caractérisent par une perte totale ou partielle de la mémoire telle que les individus qui en souffrent ont du mal à enregistrer des informations nouvelles ou à évoquer des informations antérieures. Toutefois, aucune autre régression des fonctions cognitives n'est associée à ce type de troubles. Le délire et les troubles amnésiques sont souvent dus aux effets physiologiques d'une pathologie générale (traumatisme crânien ou hyperpyrexie), ou à la consommation de toxiques. Il y a peu de raisons de soupçonner que les facteurs professionnels jouent un rôle direct dans le développement de ces troubles.

Les recherches semblent cependant montrer que ces facteurs peuvent influer sur la probabilité de développement des déficits cognitifs multiples impliqués dans la démence. La démence se caractérise par une altération de la mémoire et par la présence d'au moins un des problèmes suivants: a) troubles du langage; b) perturbation de la pensée abstraite; ou c) impossibilité de reconnaître les objets familiers malgré des fonctions sensorielles intactes (vision, audition, toucher). La maladie d'Alzheimer est le type de démence le plus courant.

La prévalence de la démence augmente avec l'âge. Pour une année donnée, environ 3% des personnes de plus de 65 ans souffriront de troubles cognitifs sévères. Des études récentes portant sur des populations âgées ont montré un lien entre le passé professionnel d'une personne et la probabilité de survenue d'une démence. Ainsi, une étude effectuée en milieu rural français chez des personnes âgées (Dartigues et coll., 1991) a révélé que les personnes qui avaient été ouvriers agricoles, exploitants agricoles, employés de maison et cols bleus présentaient un risque significativement plus élevé de troubles cognitifs sévères que les anciens professeurs, cadres supérieurs, directeurs ou professionnels spécialisés. Il est aussi apparu que cet accroissement du risque n'était dû *ni* à des différences d'âge, de sexe, de niveau d'instruction, de consommation d'alcool ou de substances psychotropes, *ni* à des troubles sensoriels.



L'aide-soignant s'efforcera toujours de maintenir chez la Personne Agée l'envie de faire, de prendre soin d'elle, de participer et d'avoir une vie sociale.

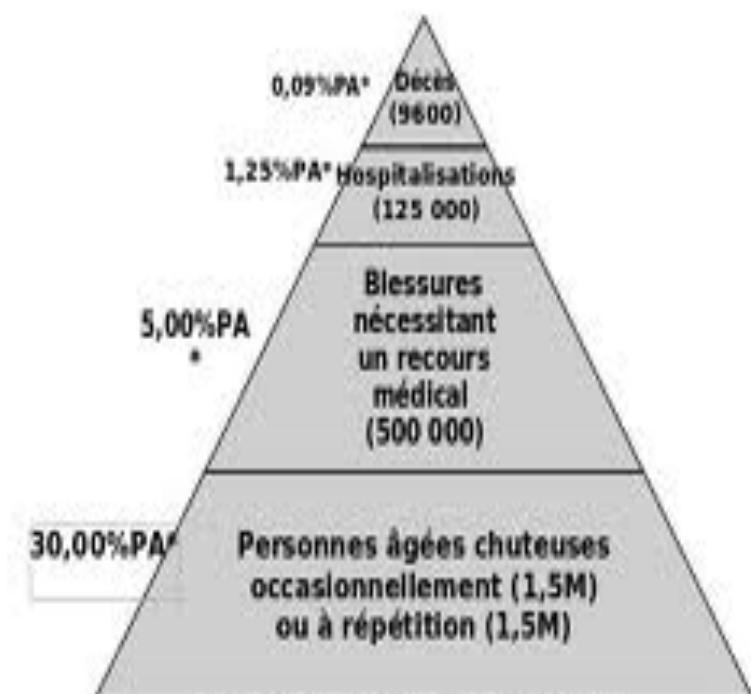
Pour maintenir une dynamique chez la Personne Agée, l'aideant devra faire preuve de patience, d'imagination et de persuasion. C'est un travail tout en finesse, un travail de « pro ».

Voici quelques conseils :

- Ne pas se fixer d'objectifs ambitieux,
- Ne jamais mettre la personne en situation d'échec,
- Ne pas infantiliser ni culpabiliser.

Il faut plutôt se souvenir qu'en chacun de nous sommeille une personne spontanée qui ne demande qu'à s'émerveiller, apprendre, participer, rencontrer l'autre et qu'en chacun de nous la partie maternante peut s'exprimer dans le plaisir, l'empathie, la compréhension et le respect de la personne en tant que telle.

b- Les chocs traumatiques, comment les éviter



Importance des chutes et de leurs conséquences annuelles chez les personnes âgées (données françaises, adaptées de Bourdessoil et Ermanelli).
Source : Direction Générale de la Santé et de la Prévention.

* personnes âgées

La relation d'aide est une manière d'être centré sur la personne en demande, voire en souffrance. Le lien crée entre aidant/aidé doit permettre d'éclaircir une situation, de la voir évoluer.

Les chocs traumatiques les plus courants :

- Perte de l'estime de soi : « je ne suis plus bon à rien »,
- Isolement social : « mes enfants sont loin, je ne vois personne »,
- Inadaptation au milieu : « ma fille veut que j'habite chez elle, c'est trop petit, j'ai perdu mes habitudes »,
- Image corporelle perturbée : « depuis l'amputation du pied, je sens encore mes orteils bouger »,
- Angoisse face à la mort : « j'ai peur de ce qu'il y aura après »,
- Phase de deuil : « après 50 ans de mariage, c'est le grand vide »,
- Dysfonctionnement sexuel : « je ne suis même plus bon à ce qui pourrait me rester »,
- Risque de suicide : « si j'avais un fusil... »

Il est évident que certains cas seraient du ressort d'un psychologue. Pour autant, l'aidant peut aussi intervenir à sa façon. L'aidant doit se souvenir que par sa présence, son écoute, il permettra à l'autre de s'épancher, de traverser une épreuve, de la résoudre et de s'en accommoder.

L'aidant sert de catalyseur à l'aidé qui doit trouver SA SOLUTION.

Conduite à tenir :

- Je suis disponible, je suis là pour m'intéresser à l'autre.
- Je suis empathique, je ne juge pas l'autre, je l'accepte tel qu'il est.
- J'écoute en silence et activement, cela me permet de reformuler si le discours est trop riche ou trop décousu.
- Je me garde d'interpréter les propos.
- Je respecte les silences, au-delà des maux (des mots), le regard et le toucher contribuent à l'échange.
- Enfin, je dois savoir prendre du recul pour mieux analyser, la relation d'aide ne résout pas tout en une fois.
- Par dessus tout je reste maître de moi : capacités, limites, savoir passer la main à un professionnel plus compétent.

Dans les situations simples, la relation d'aide contribuera à l'autonomie physique, intellectuelle et sociale des personnes.

c- Les conséquences sur le quotidien : savoir comprendre et s'adapter
Redéfinition du cadre d'intervention

De loin, la principale cause de décès chez les personnes âgées (65 ans et +) est la chute. En 2006, il y avait 16,650 décès liés ou 37% de tous les décès chez les personnes âgées.

Bien sûr, toutes les chutes ne conduisent à la mort. Elles peuvent également entraîner des blessures. En 2007, 3,134,935 personnes âgées ont subi une blessure. La plupart des personnes âgées ont été blessés par une chute: 1,927,766 personnes âgées, soit environ 62% de toutes les blessures supérieures.

Il est donc clair que les chutes sont responsables de plus de morts et de blessés que n'importe quelle autre cause.

La plupart des aînés blessés sont traités et libérés des départements d'urgence des hôpitaux. Toutefois, les personnes âgées (444,328 ou 23%) ont été hospitalisés après avoir été admises aux urgences.

Il ya quatre façons de prévenir efficacement la lésion cérébrale traumatique:

Exercer

L'exercice est un excellent moyen de réduire les chances de tomber... Les exercices qui améliorent l'équilibre et la coordination, comme le Tai Chi, sont les plus utiles. Vérifiez auprès d'un médecin pour savoir quels exercices sont les plus sûrs et les meilleurs.

Rendre la maison plus sûre

- * Supprimer les choses dans les escaliers et les planchers qui pourrait faire trébucher
 - * Ajouter un éclairage plus lumineux et réduit l'éblouissement en utilisant des abat-jour et les ampoules dépolies
 - * Suppression de petites carpettes ou d'utiliser un adhésif double face pour maintenir tapis de glisser
 - * Les mains courantes d'installation et de lumières sur tous les escaliers
- Placer les articles * qui servent souvent à portée de main; éviter d'utiliser un escabeau
- * Portez des chaussures qui donnent un bon support et minces, ont des semelles antidérapantes. Évitez de porter des pantoufles et chaussettes ou pieds nus va
 - * Installez des barres d'appui près de la toilette et la baignoire ou douche
 - * Place de non-bâton tapis dans la baignoire et sur les planchers de douche
 - * Pensez à utiliser un rendez-vous dans la baignoire au lieu d'une baignoire traditionnelle

Revoir tous les médicaments

Demandez au médecin ou votre pharmacien local pour examiner tous les médicaments d'ordonnance, ainsi que la non-prescription des médicaments comme médicaments contre le rhume et les suppléments. Comme les gens vieillissent, la façon dont certains médicaments dans l'organisme peut changer. Cela peut provoquer une personne à se sentir somnolent ou étourdi, conduisant à une chute.

Vérifiez la vision

Assurez-vous d'un ophtalmologiste vérifie vos lunettes sont corrects et pas de conditions comme la cataracte ou le glaucome visions limites. Mauvaise vision augmente les chances de tomber.



d- Comment accompagner la fin de vie ?

Que reste-il à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire ?

Quand a-t-on le droit de dire « cette personne est perdue, il n'y a plus rien à faire » ?

Aider à mourir ou aider à vivre ses derniers instants ?

A question fondamentale, réponse fondamentale...

CHAQUE MOURANT EST UNIQUE, CHAQUE « MOURIR » EST DIFFERENT.

Il faut aider à mourir dignement sans acharnement thérapeutique ni euthanasie. Depuis la connaissance du diagnostic-pronostic jusqu'à la mort, se succèdent différentes étapes plus ou moins longues ou intenses.

- 1- Choquée, abasourdie, la personne se replie sur elle-même.
- 2- Refus, colère, « pourquoi moi » ?
- 3- Négociation et marchandage « si je prends correctement mes médicaments, je pourrais assister au mariage... ».
- 4- Tristesse, dépression et résignation, « c'est comme ça ».
- 5- L'agonie, dans un état plus ou moins conscient, suivi de la mort.

Toutes ces phases peuvent se chevaucher ou s'inverser. Quoi qu'il en soit, l'aidant doit cheminer aux cotés, écouter, soutenir sans minimiser ni exagérer.

Tenir compte de l'opinion du mourant, le maintenir dans son environnement habituel, matériel et relationnel avec le confort physique et la sérénité comme objectif.

L'objectif du médecin sera de supprimer la douleur et l'angoisse, et de diminuer petit à petit les médicaments devenus superflus.

L'aidant, en fonction de ses compétences, répondra aux besoins fondamentaux :

- assurer les soins d'hygiène corporelle jusqu'au bout ; le confort minimum au final se limitant à la toilette génito-anale, massage doux des zones douloureuses, protections contre l'urine et les selles, soins de bouche et de visage, brumisation.
- Alimenter et surtout hydrater aussi naturellement que possible ; par la bouche autant que possible. Présenter des petits repas fractionnés tout au long de la journée en faisant plaisir à la personne. Les repas seront riches en protéines (contre les escarres) et non contraignants à la mastication.
- Essayer de mettre en place une atmosphère calme et agréable selon la fatigabilité de la personne.
- Favoriser la présence des proches (soutien naturel) ou du culte selon la demande.
- Maintenir la communication ; au-delà des mots : regards, mimiques, gestes, savoir toucher, et enfin, savoir écouter et être attentif et présent.

Accompagner vers la mort n'est pas chose aisée, aussi, elle doit faire l'objet d'une formation ou information à part entière, chacun de nous ne sommes accompagnant de la même façon, avec les mêmes valeurs.