LES PRISES EN CHARGE GERIATRIQUES

I Introduction

La vieillesse est l'âge ultime de l'être humain qui succède à l'âge mûr, appelé aussi « troisième âge » (on nomme parfois « *quatrième âge* » le moment où l'on devient dépendant). Plus qu'une question d'âge, c'est une question de force de vivre avec ses troubles.

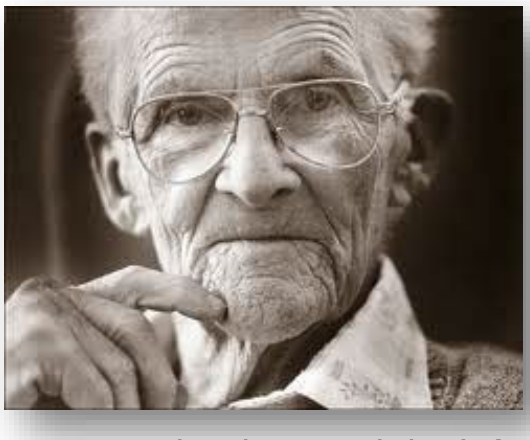


Photo 521 : Avec un tiers de sa population âgée de plus de 60 ans, l'Allier est l'un des départements abritant le plus de seniors en

Les notions de santé, d'autonomie, de dépendance et de vie sociale sont plus à prendre en compte que l'âge en lui-même (on parle d'âge physiologique).

Le vieillissement de la population a des impacts sociaux, économiques et de santé publique. La population des 75 ans et + sera multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040 pour atteindre plus de 10 millions de personnes en France.

Les personnes âgées représentent une part importante des interventions pour secours à personne.

Les contextes traumatiques (chutes...) et médicaux (malaises, AVC...) s'expliquent en grande partie par une physiologie particulière qui mérite d'être expliquée aux intervenants SUAP.

L'approche psychologique et humaniste doit prévaloir dans l'attitude des sapeurs-pompiers au quotidien et plus particulièrement face aux personnes fragilisées.

II LES CARACTERISTIQUES PHYSIOLOGIQUES DE LA PERSONNE ÂGEE

1 L'impact du vieillissement sur la fonction neurologique

La fonction neurologique est caractérisée par un ralentissement naturel des capacités cognitives :

- Troubles de la mémoire ;
- Troubles de la concentration ;
- Troubles de l'attention ;
- Troubles du raisonnement ;
- Troubles de l'orientation temporo-spatiale.

Photo 522 : Les exercices mentaux sont indispensables pour maintenir les capacités cognitives

Des troubles légers sont normaux et ne constituent en rien un handicap lourd ou une incapacité à prendre des décisions.

Toutes les personnes âgées un peu « perdues » suite à un évènement ne sont pas séniles.

Ces troubles sont à prendre en compte dans la manière de s'exprimer face à une victime âgée et dans la réalisation du bilan.

2 L'impact du vieillissement sur la fonction ventilatoire

L'impact sur la fonction ventilatoire est caractérisé par :

- Une diminution naturelle de l'élasticité des bronches ;
  - Asthme ou hyperréactivité bronchique ;
  - Sensibilité accrue aux affections bronchiques, ORL et à la grippe due à un système immunitaire moins combatif.
- Des apnées du sommeil plus fréquentes ;
- Une SpO^2 normalement plus basse vers 93-95%.

3 L'impact du vieillissement sur la fonction circulatoire

L'impact sur la fonction cardiovasculaire est caractérisé par :

- **Un cœur moins tonique**; les volumes éjectés à chaque contraction sont plus faibles donc la FC de base est plus élevée pour compenser. Un cœur moins tonique peut faciliter les OAP ;
- **Des artères moins élastiques**; le cœur est obligé d'augmenter la pression de base pour faire circuler le sang dans les artères moins souples donc créant plus facilement une hypertension artérielle (HTA) ;
- **Des veines moins élastiques**; le sang stagne dans les jambes facilitant les œdèmes et les varices.

Photo 523 : Œdème des membres inférieurs

- **Des artères plus encombrées**; les parois internes des artères peuvent être tapissées par des plaques d'athérome (cholestérol solidifié) constituant un risque d'AVC ischémique et d'infarctus du myocarde.
- **Des risques d'ulcère des membres inférieurs**; les problèmes artério-veineux majorés par le diabète peuvent entrainer des problèmes d'ulcère (plaie chronique) et de saignement spontané des membres inférieurs (rupture de varice).

Photo 524 : Ulcère de la

D'autres pathologies comme le diabète ou l'obésité viennent aggraver les risques cardiovasculaires d'AVC ou d'Infarctus du Myocarde liés à l'âge.

Il est donc fréquent de voir une personne âgée prendre plusieurs traitements :

- Anticoagulant (aspirine, AVK...) ;
- Antihypertenseur (diurétique...) ;
- Veinotonique (avec port de bas de contention).

4 L'impact du vieillissement sur les sens

Le vieillissement des sens est caractérisé par :

- **Une vue qui baisse** :
  - Baisse de la vision dans le noir ;
  - Baisse de l'acuité visuelle (corrections) ;
  - Cataracte (opacification du cristallin).

- **Une audition moins performante** :
  - Baisse de la perception de certains sons ;
  - Perte progressive de l'audition ;
  - Souvent nécessité d'un appareillage (problème de déni de surdité, de revenus ou de sentiment d'inutilité d'une telle dépense avant la fin de vie…) ;
  - Vertiges fréquents.

Photo 525 : Les problèmes de surdité sont fréquents.

- **Le goût tourné vers le sucré :**
  - Baisse de la perception des saveurs sauf le sucré ;
  - Baisse de la perception des parfums.

Ces problèmes d'audition ou de vision peuvent entraîner des chutes, des accidents sur la voie publique, des déséquilibres, un isolement par incompréhension de l'entourage.

On doit donc suspecter plus facilement une fracture chez les personnes âgées et les manipuler avec précaution pour limiter la mobilisation qui sera douloureuse.

5 Les autres impacts à retenir

Les autres points importants à retenir sont :

- **Un squelette plus fragile :**
  - Les cellules des os se renouvellent moins ;
  - L'ostéoporose (= baisse de la densité osseuse) chez la femme après la ménopause augmente le risque de fracture ;
  - Les fractures sont plus faciles et notamment du col du fémur ou des poignets en cas de chute ;

- Des articulations usées donc plus rigides et moins souples ;
- L'arthrose qui, en plus de la douleur, devient un frein à la mobilité.

- **Une peau plus fine et moins tonique :**
  - Plus sensible au chaud et au froid ;
  - S'abime plus vite (hématomes, plaies, ulcères…) ;
  - Les muscles sont moins élastiques.

Il faut faire attention aux contacts et frottements occasionnés sur la peau des personnes âgées lors des gestes de secours.

- **Un transit intestinal perturbé :**
  - Constipation par manque d'activités, de boissons, d'aliments riches en fibres, moins de marche, perte d'autonomie, péristaltisme altéré… ;
  - Incontinence / diarrhées.

- **Un transit urinaire perturbé :**
  - Infections urinaires fréquentes ;
  - Incontinence partielle ou totale (traitement diurétique, faiblesse des muscles, obésité, multiparité, motricité limitée / temps de déplacement vers les WC…).

- **Une digestion modifiée :**
  - Problématique de dentition (appareil dentaire absent ou inadapté) ;
  - Fausse route ;
  - Baisse de la qualité de la digestion et de la sensation de soif ;
  - Carences alimentaires (perte de l'appétit et du goût, revenus insuffisants, régime pauvre en protéines, perte d'autonomie pour les courses ou la préparation des repas…).

Photo 526 : Les problèmes de dentition sont fréquents.

III LES CARACTERISTIQUES PSYCHOLOGIQUES DE LA PERSONNE ÂGEE

La condition psychologique des personnes âgées est très hétérogène.

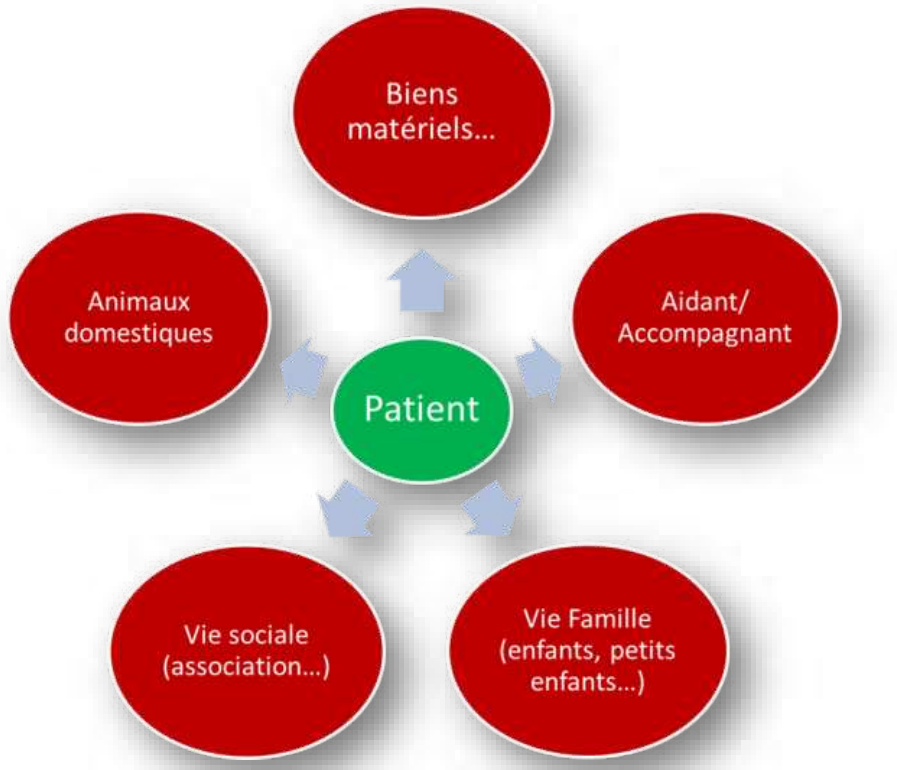
Il y a autant d'évolutions psychologiques, d'évolutions psychiatriques, autant de bonnes et de mauvaises surprises évolutives, qu'il y a de personnes.

Sous la pression d'événements de vie négatifs (maladie, décès de proches ou d'amis, perte d'autonomie…) plus fréquents, ou du fait de la perception de la proximité de ceux-ci, la sérénité intérieure de la personne est menacée.

Sans tomber dans des clichés, il est fréquemment admis les caractéristiques suivantes :

- Vieillissement = synonyme de perte ;
- Deuil d'une certaine image de soi-même ;
- Sentiment d'amertume ;
- Sentiment d'inutilité sociale voire de poids pour son entourage ;
- Repli sur soi (majoré par les troubles visuels et auditifs) ;
- Peur de la mort ;
- Angoisse face à un sentiment de fragilité, vulnérabilité.

La présence d'un environnement stable et d'une vie sociale sont des facteurs de maintien à domicile et de meilleure santé.



Graphique 527 : Le réseau idéal autour des personnes âgées

IV LES ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DU SP FACE AUX PERSONNES ÂGEES

1 Les sources de tension

Les sources de tension pour les patients âgés sont :

- **La peur…**
  - de ne pas maitriser la situation vécue ;

- des conséquences de la blessure ou de la maladie ;
- de la mort ;
- de la douleur ;
- de l'hospitalisation ;
- de l'inconnu (soignants non connus…) ;
- des bruits / cris…

- **Le manque d'information…**
  - sur leur état de santé réel ou potentiel ;
  - sur le parcours de soins (devenir, examens, délais…) ;
  - sur les modalités du parcours de soins (assistance, prise en charge…).

- **La douleur…**

- **La rupture avec leur environnement… :**
  - information de la famille ;
  - enfants, animaux domestiques, maison de retraite…

2 La bonne attitude des sapeurs-pompiers envers les personnes âgées

Pour « diminuer » le stress des victimes âgées, le SP **doit** :

- se présenter (nom, fonction, raison de la présence…) ;
- l'informer de la situation ;
- l'informer des gestes à pratiquer (raisons, objectifs, bénéfices/risques) ;
- **obtenir son consentement éclairé ;**
- s'adresser directement à la victime en la regardant dans les yeux avec humanité et parler distinctement en adaptant le volume et son vocabulaire en fonction des déficits constatés ;
- proposer à la victime d'associer la famille aux décisions ;
- maitriser ses gestes techniques afin de les rendre plus fluides et donc rassurants.

Pour « diminuer » le stress des victimes âgées, le SP **ne doit pas** :

- **utiliser un vocabulaire et une intonation infantilisants ou familière (« papy, mamy ») ;**
- porter de jugement de valeur ;
- minimiser la douleur induite par les soins ;
- minimiser les conséquences de la situation vécue ;
- brusquer pour faire « accélérer le mouvement ».

Points Clés

- *La victime n'est pas qu'un corps, sa pudeur doit être respectée ;*
- *Les gestes techniques ne sont qu'une petite partie de la prise en charge d'un patient âgé en situation d'urgence ;*
- *L'âge avancé ou les troubles cognitifs ne sauraient faire obstacle à l'information du patient et au recueil de son consentement ;*
- *Une relation de confiance doit s'instaurer pour une prise en charge adaptée qui impliquera systématiquement*

V LES SITUATIONS OPERATIONNELLES FREQUENTES DES PERSONNES ÂGEES

1 Les démences

Il existe plusieurs sortes de démences et d'altération des fonctions cognitives. Une des plus connues est la **maladie d'ALZHEIMER**.

La prise en charge des patients déments est difficile pour les équipages VSAV souvent confrontés à plusieurs problèmes :

- S'assurer de l'identité ;
- Effectuer un bilan neurologique (quel signe relève de la démence et quel autre signe relève d'un problème aigu ?) ;
- Réaliser un PQRST-MHTA (ou SAMPLE) fiable ;
- Obtenir des consentements aux soins (faculté à prendre une décision, problème des tutelles et curatelles…) ;
- Contenir des réactions d'agressivité ;
- Gérer les désaccords entre la personne et son entourage.

Une victime démente est une victime comme une autre avec les mêmes droits et les mêmes devoirs de la part des SP :

- Respect dans les propos et le comportement ;
- Respect de la pudeur ;
- Respect du secret médical ;
- Obligation d'information et d'explication ;

- Recherche du consentement…

L'entourage, la famille, le médecin traitant, les voisins peuvent nous apporter des précisions importantes. Il faut les appeler car l'hospitalisation n'est pas forcément la solution.

2 Les séjours prolongés sur le sol

Que ce soit dans le cadre des appels pour relevage / téléalarme, chutes à répétition au sol, ou personnes de répondant pas aux appels, les sapeurs-pompiers sont confrontés plusieurs fois par jour à des victimes restées plusieurs heures sur le sol.

- **Les Causes**
  - Traumatiques : chute avec impotence, TC ;
  - Médicales : malaise, hypoglycémie, AVC ;
  - Toxiques : TS médicamenteuses, CO ;
  - Diverses : Alcoolisation…

- **Les Conséquences**
  - **Hypothermie ;**
  - **Rhabdomyolyse** (destruction musculaire liée à la compression prolongée) ;
  - **Lésions cutanées d'appui** (escarres).

Hypothermie Légère (35°C - 32°C)

Signes neurologiques :
- Frissons généralisés ;
- Fatigue musculaire avec crampes ;
- Possibles troubles du comportement, hallucinations, obnubilation ;
- Pupilles en myosis réactives.

Signes respiratoires :
- Tachypnée (FR > 25).

Signes cardio-vasculaires :
- Tachycardie (FC > 90) ;
- Hypertension artérielle (TA > 140/90).

Signes cutanéo-muqueux :
- Peau froide, marbrée aux extrémités ;
- Hypersensibilité cutanée.

Hypothermie Modérée (32°C - 28°C)

Signes neurologiques :
- Disparition des frissons ;
- Rigidité, hypotonie musculaire ;
- Troubles de la conscience : hébétude, dysarthrie (difficulté à s'exprimer) ;
- Perte de la conscience vers 31°C, coma constant en dessous de 28°C ;
- Pupilles en myosis peu réactives.

Signes cutanéo-muqueux :
- Peau livide, froide, marbrée aux extrémités ;
- Anesthésie cutanée (perte sensibilité totale ou partielle) ;
- Parfois œdèmes ou gelures.

Signes respiratoires :
- Cyanose, encombrement ;
- Bradypnée (FR < 10).

Signes cardio-vasculaires :
- Etat de choc (hypoTA, soif, disparition pouls périphériques) ;
- Troubles du rythme (bradycardie) ;
- Troubles de la conduction ;
- Troubles de l'excitabilité : ACFA, FV (dans la zone des 28°C au cours du réchauffement).

Hypothermie sévère (< 28°C)

Signes neurologiques :
- Etat de Mort apparente ;
- Mydriase bilatérale (en dessous de 30°C).

Signes respiratoires :
- Hypoventilation majeure.

Signes cardio-vasculaires :
- Bradycardie extrême voire pouls carotidiens et fémoraux non perceptibles.

Signes cutanéomuqueux :
- Rigidité musculaire impressionnante (type "raideur

La Rhabdomyolyse

Rupture par écrasement mécanique des cellules des muscles striés avec libération d'enzymes, d'électrolytes et de myoglobine (enzyme toxique à forte dose) détruisant certains organes, notamment les reins.

Signes cutanéomuqueux : Œdèmes +++

Photo 527 : Rabdomyolyse

Signes divers :

- Douleur musculaire intense ;
- Urine foncée ➔ évolution vers l'insuffisance rénale donc traitement par épuration extrarénale (dialyse…).

Les Escarres

Ce sont des nécroses cutanées qui se forment aux points de pression du corps chez des personnes immobilisées depuis quelques heures surtout si elles ont perdu leur mobilité naturelle (coma, paralysie) ou si elles ont un mauvais état général (dénutrition, déshydratation).

- Stade I : Rougeur cutanée ;
- Stade II : Phlyctènes (cloques percées ou non) ;
- Stade III : Nécroses (aspect noirâtre, cartonné).

Photo 528 : Escarre stade I

Photo 529 : Escarre stade II

Photo 530 : Escarre stade III

2 Les traumatismes de la hanche et du col du fémur

Les hanches et les cols du fémur sont des zones anatomiques hyper sollicitées depuis la naissance, elles peuvent être fragilisées par l'arthrose et l'ostéoporose.
Les traumatismes les plus souvent rencontrés sont la fracture du col du fémur, la luxation de prothèse de hanche (spontanée, suite à une chute ou à un faux mouvement).

En général les signes sont les suivants :

- Douleur ;
- Déformation ;
- Rotation externe du pied ;
- Raccourcissement de la jambe par rapport à l'autre.

Photo 531 : Radio d'une fracture du col du fémur

Photo 532 : Rotation et raccourcissement de membre

Attention aux fractures de la partie haute du fémur chez la personne âgée qui peuvent parfois s'avérer hémorragiques.