

Chapitre 14 - *Liste des objectifs de l'enseignement de la gériatrie aux étudiants du deuxième cycle des études médicales*

Nouvelle version évolutive du 13 août 1999
Aménagement du 6 janvier 1999

Comité de Rédaction :

Pr ou Dr J. Belmin, G. Berrut, M. Berthel, P. Chassagne, T. Constans, P. Dewailly, J.P. Emeriau, B. Forette, A. Franco, R. Gonthier, C. Jeandel, F. Kuntzmann, R. Moulias, P. Pfitzenmeyer, F. Piette, M. Rainfray, O. Rodat, O. Saint-Jean.

Rédacteurs associés :

Pr ou Dr J.L. Albarede, G. Albrand, D. Balas, D. Beaugeard, E. Bercoff, F. Blanchard, P. Brocker, J.P. Charmes, P. Courpron, P. Couturier, V. Dardaine, B. de Wazières, J. Doucet, J.L. Dupond, M. Ferry, M.H. Fix, B. Fontan, F. Forette, B. Frigard, M. Heim, D. Heitz, P. Jouanny, C. Lafont, C. Lambert, L. Merle, M. Micas, F. Penin, F. Puisieux, A.S. Rigaud, O. Saint-Jean, A. Tilly-Genric, B. Vellas, G. Ziegler.

1. Le vieillissement humain

Définitions et concepts. Aspects morphologiques et fonctionnels. Théories du vieillissement.

Le vieillissement est défini comme l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et la fonction de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il fait suite aux phases de conception et de développement de l'organisme avec lesquelles il se trouve en continuum étroit.

La recherche sur le vieillissement est difficile, car ce phénomène est lent et progressif et doit être distingué des effets de facteurs pathologiques, parfois pauci ou asymptomatiques, de ceux des maladies pouvant exister chez un individu âgé.

Il est essentiel pour les médecins qui soignent des personnes âgées de savoir distinguer les effets du vieillissement de ceux des maladies qui peuvent les toucher. Attribuer à tort certains symptômes aux effets du vieillissement conduit à méconnaître des problèmes de santé et à négliger leur prise en charge et leur traitement.

Les facteurs biologiques intervenant dans

le processus de vieillissement sont complexes et multiples. Les progrès de la recherche ont permis de reconnaître le rôle important des facteurs génétiques, des altérations du fonctionnement cellulaire, des systèmes de protection contre l'oxydation ou encore du rôle des modifications du métabolisme telle que la glycation non enzymatique des protéines.

La meilleure connaissance des mécanismes physiologiques du vieillissement permet aujourd'hui d'envisager des stratégies susceptibles de le ralentir.

- 1.1 Définir le vieillissement.
- 1.2 Définir les termes : vieillesse, sénescence, gériatrie, gérontologie.
- 1.3 Définir et expliquer les notions d'espérance de vie, d'espérance de vie sans incapacité (cf. 2.1 et 2.5) et de longévité maximale.
- 1.4 Citer et expliciter les méthodes d'études du vieillissement : modèles expérimentaux, vieillissement accéléré humain, études transversales et longitudinales.
- 1.5 Citer les facteurs génétiques impliqués dans le vieillissement.

- 1.6 Citer les facteurs d'environnement impliqués dans le vieillissement.
- 1.7 Décrire les principaux effets du vieillissement morphologique chez l'homme.
- 1.8 Décrire les principaux effets du vieillissement fonctionnel chez l'homme.
- 1.9 Expliciter en les illustrant les notions de vieillissement différentiel entre organes, entre individus, entre espèces.
- 1.10 Expliquer les notions de sénescence et de baisse d'adaptabilité au cours du vieillissement.
- 1.11 En donnant des exemples, définir le sujet âgé "en forme" (cf. 2.11).
- 1.12 Exposer les principes de prévoyance et de prévention au cours du vieillissement.

2. Démographie, épidémiologie, sociologie, économie

Éléments démographiques, épidémiologiques et sociologiques du vieillissement, enjeux économiques.

Pourquoi vouloir enseigner des notions de démographie, d'épidémiologie, de sociologie et d'économie dans le cadre d'un module de Gériatrie à des étudiants en deuxième cycle des études médicales qui doivent avant tout apprendre à soigner les malades qu'ils ont en charge ?

Il ne faut pas que les étudiants en médecine contribuent à véhiculer les nombreuses idées fausses sur la vieillesse : " Le vieillissement explique l'essentiel de l'augmentation des dépenses de santé ", " les vieux vivent pour la plupart en maison de retraite ", " je décide de l'utilité d'une intervention chirurgicale chez un patient de 70 ans en fonction de son espérance de vie à la naissance... " (et non pas de l'espérance de vie à 70 ans !), " les vieux sont tous les mêmes " alors que l'hétérogénéité de la population âgée est une notion fondamentale...

La littérature médicale concernant les sujets âgés paraît souvent contradictoire si l'on n'a pas les prérequis épidémiologiques pour l'analyser (sélection des sujets, biais des études non contrôlées...).

L'exercice gériatrique ne peut se passer d'une réflexion sur la santé publique, la norme ou la normalité, la pertinence et la hiérarchisation des actions et l'analyse économique du système sanitaire et social.

L'étudiant doit acquérir ces données pour pouvoir les confronter à sa réflexion éthique de la Médecine, indispensable ensuite tout au long de sa pratique médicale.

Démographie

- 2.1 Citer les chiffres clefs décrivant la situation démographique de la France de l'an 2000 : pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans, de plus de 80 ans, population globale, nombre annuel de naissances, nombre annuel de décès, taux de fécondité par femme, espérance de vie à la naissance (cf. 1.3 et 2.5).
- 2.2 Comparer chacun des chiffres précédents par rapport à la moyenne européenne et/ ou d'autres régions du monde.
- 2.3 Définir le vieillissement de la population et décrire l'évolution historique et les perspectives (1900, 1950, 2000, 2020).
- 2.4 Commenter une pyramide des âges (écart entre sexe, accidents historiques, degré de vieillissement).
- 2.5 Définir l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie à un âge donné et l'espérance de vie sans incapacité (cf. 1.3 et 2.1).
- 2.6 Décrire l'inhomogénéité de la population âgée et en citer les principaux facteurs. Expliquer l'augmentation de la variabilité interindividuelle avec l'âge.

Épidémiologie

- 2.7 Expliquer les frontières entre vieillissement et maladies liées au grand âge.
- 2.8 Citer les 3 principales causes de mortalité en France avec les pourcentages dans la population générale, après 65 ans et après 80 ans.
- 2.9 Identifier les biais de cohorte et de sélection des études transversales dans la description du vieillissement.
- 2.10 Décrire les difficultés et les biais de sélection des études longitudinales dans la description du vieillissement : analyser des données contradictoires issues d'études transversales et longitudinales.
- 2.11 Définir les concepts de vieillissement optimal ou réussi et vieillissement pathologique (cf. 1.11).
- 2.12 Citer les particularités des essais thérapeutiques chez les sujets âgés.
- 2.13 Donner des exemples de variabilité intra-individuelle apparaissant avec l'âge.
- 2.14 Décrire la courbe habituelle du vieillissement des grandes fonctions : niveau atteint, âge de début de la décroissance, pente de décroissance, pathologies intercurrentes. Donner des exemples comme la taille, la fonction osseuse, la fonction cardiaque, la fonction rénale.
- 2.15 Citer au moins deux grandes enquêtes épidémiologiques consacrées au vieillissement ou un sujet proche et rappeler leurs principales caractéristiques.

Sociologie et économie

- 2.16 Décrire quelques conséquences économiques du vieillissement : évolution des retraites, part due au vieillissement dans l'évolution des différentes composantes des dépenses de santé.

- 2.17 Indiquer les principaux régimes de retraite et les différentes sources de revenus des personnes âgées.
- 2.18 Définir la notion d'entourage, de solidarité familiale et de voisinage. En décrire les principales modifications des dernières décennies et les perspectives.

3. La personne âgée malade

Le vieillard malade, ses particularités psychologiques, nosologiques et sémiologiques.

La prise en charge du malade âgé et surtout très âgé relève d'une évaluation globale médico-psycho-sociale de l'individu. Au-delà de la recherche de pathologie d'organe, la démarche diagnostique repose sur l'appréciation des décompensations fonctionnelles faisant intervenir trois niveaux. Le **vieillissement** et les **pathologies chroniques** sont conjointement responsables d'une réduction des réserves fonctionnelles conduisant à l'état de fragilité, tandis que le troisième élément est représenté par les **facteurs aigus** de décompensation qui projettent l'individu dans la situation d'insuffisance fonctionnelle parfois irréversible (" failure to thrive " des anglo-américains).

L'étape thérapeutique passe par une prise en charge globale. Elle comporte l'évaluation diagnostique graduée, le traitement des conséquences douloureuses et invalidantes des maladies et l'appréciation systématique de la perte d'autonomie et de la dépendance. En cas de dépendance installée, l'établissement après évaluation d'un projet gérontologique coordonné comportant le plus souvent des aides sanitaires et sociales s'impose.

- 3.1 Définir en les différenciant les concepts de vieillissement physiologique, décompensation fonctionnelle et maladie en gériatrie.
- 3.2 Décrire les modifications pathologiques de la capacité d'adaptation en donnant un exemple (cf. 2.7 et 2.11).

- 3.3 Décrire le phénomène de décompensation de la fonction qui fait intervenir des facteurs aigus liés au stress ou des facteurs chroniques. Donner des exemples.
- 3.4 Définir les notions de phénomène dit des " cascades " et de cercles vicieux ou vertueux. Donner des exemples.
- 3.5 Décrire les particularités sémiologiques cliniques du vieillard.
- 3.6 Décrire certaines particularités psychiques dominantes du vieillard malade (ex. références à la mort, pertes narcissiques, fragilité de l'identité, conduites de fuite...).
- 3.7 Définir en les explicitant les différents états morbides de la personne âgée : monopathologie, polyopathie, pathologie spécifiée.
- 3.8 A l'aide d'exemples, définir en les explicitant les différents terrains pathologiques du vieillard malade : état fragile (" frailty "), maladie (" sickness "), FTT (" failure to thrive ") ou état dépassé.
- 3.9 Expliquer la démarche diagnostique qui s'appuie sur la notion de réduction des réserves fonctionnelles secondaire au vieillissement et aux pathologies chroniques. Donner un exemple.
- 3.10 Définir en les différenciant ce que sont un diagnostic utile et un diagnostic inutile en gériatrie (ex. hypoacousie, hypercholestérolémie).
- 3.11 Définir ce que sont un traitement et une prise en soins adaptés en gériatrie.
- 3.12 Définir la notion d'autonomie en tant qu'objectif de démarche gériatrique (cf. 8.1).

4. Marche, équilibre, chutes

Les problèmes liés à la marche et à l'équilibre : les chutes.

Les chutes des sujets âgés posent par leur fréquence et leurs conséquences un problème majeur de santé publique. On estime qu'un tiers des sujets de plus de 65 ans et la moitié de ceux de plus de 85 ans font une ou plusieurs chutes par an. En France les chutes seraient responsables à court terme de 12 000 décès par an. Elles représentent également un facteur d'entrée dans la dépendance lourde. Ainsi 40 % des sujets âgés hospitalisés pour chute seraient orientés ensuite vers une institution.

Il existe encore trop souvent une différence de comportement médical face à la chute selon qu'elle est ou non précédée de malaise ou perte de connaissance. La première teintée de gravité fait l'objet d'une exploration active. La seconde " mécanique " est souvent négligée. Les chutes sont rarement fortuites chez le sujet âgé. Qu'elle soit la conséquence d'une perte progressive des mécanismes d'adaptation à l'équilibre, d'une affection aiguë, d'un effet indésirable d'un médicament ou la manifestation d'un symptôme d'appel à l'aide, chaque chute est susceptible de provoquer la hantise d'une nouvelle chute, la crainte et la limitation spontanée de la marche et la spirale de la dépendance.

Toute chute chez un sujet âgé, quelles qu'en soient les circonstances, doit ainsi être prise en charge non comme un simple accident, mais comme une affection potentiellement grave.

- 4.1 Identifier la signification d'une chute : chute symptôme, chute syndrome, chute symbole, chute fortuite.
- 4.2 Énoncer les différents déterminants de la fonction d'équilibre (prérequis).
- 4.3 Décrire les effets du vieillissement sur la posture, l'équilibre, la coordination et la marche.

- 4.4 Décrire les différents temps de l'examen clinique d'une personne ayant des troubles de la statique et de la marche.
- 4.5 Décrire les différents troubles de la marche, notamment d'origine mécanique et neurologique.
- 4.6 Définir et décrire le syndrome post-chute (cf. 4.12 et 9.4).
- 4.7 Citer les étiologies iatrogènes responsables de troubles de la marche et de chutes.
- 4.8 Évaluer la fonction d'équilibration et ses troubles (dont les tests permettant d'évaluer la fonction d'équilibration).
- 4.9 Citer les principaux facteurs de chute liés à l'environnement.
- 4.10 Énoncer les principales mesures préventives des chutes chez la personne âgée.
- 4.11 Citer les facteurs de risque prédictifs des récurrences de chutes de la personne âgée.
- 4.12 Décrire les conséquences médico-psycho-sociales de la chute : morbidité / mortalité, conséquences traumatologiques, syndrome post-chute, syndrome de régression psychomotrice (cf. 4.6 et 9.4), institutionnalisation.
- 4.13 Décrire le bilan étiologique à mettre en œuvre chez un patient âgé qui vient de faire une chute.
- 4.14 Décrire les principales étapes de la réadaptation d'un sujet âgé victime d'une chute.

5. Nutrition

Les problèmes nutritionnels.

La sarcopénie correspond à la fonte musculaire résultant du vieillissement intrinsèque du muscle squelettique, du déconditionnement physique et de la succession de situations d'agression métabolique à l'origine d'une protéolyse. Les besoins

nutritionnels du sujet âgé sont identiques ou supérieurs à ceux d'un adulte plus jeune ayant le même niveau d'activité. L'évaluation de l'état nutritionnel peut être réalisée à l'aide de paramètres simples et peu coûteux : poids, courbe de poids, mesures anthropométriques, albuminémie. Les maladies sont à la fois causes et conséquences de la malnutrition. L'anorexie comporte des causes curables (en particulier iatrogènes). La malnutrition est une situation pathologique fréquente dans la population âgée, y compris à domicile. Le dépistage de la malnutrition doit faire partie de tout acte médical ; chez le sujet âgé, c'est l'association des causes de malnutrition qui fait la gravité de la situation. Dans une approche prospective, la malnutrition apparaît comme le principal facteur de mauvais pronostic au regard des variables mortalité, morbidité et perte d'autonomie. L'hygiène de vie du sujet âgé associe comme premiers facteurs l'alimentation et l'activité physique. La décision d'utiliser une technique de support nutritionnel en situation d'agression aiguë doit tenir compte de considérations éthiques. L'alimentation et l'hydratation en fin de vie impliquent la recherche prioritaire du confort du malade.

- 5.1 Définir les notions de réserves nutritionnelles et de sarcopénie.
- 5.2 Décrire les besoins nutritionnels du sujet âgé :
 - besoins quantitatifs en énergie, protéines, glucides, eau et calcium,
 - besoins qualitatifs en lipides,
 - besoins en vitamines, minéraux et oligo-éléments liés à des situations particulières (habitudes alimentaires, maladie, institutionnalisation).
- 5.3 Traduire les besoins nutritionnels en conseils utilisables en gériatrie pratique.
- 5.4 Indiquer des paramètres utilisables en pratique quotidienne pour évaluer l'état nutritionnel des malades âgés.

- 5.5 Indiquer la prévalence de la malnutrition dans la population âgée vivant à domicile, en institution ou hospitalisée et en tirer les conséquences en terme de prévention.
- 5.6 Utiliser et interpréter une grille de dépistage de la malnutrition (MNA) dans une population de sujets âgés (grilles utilisables par le médecin généraliste).
- 5.7 Décrire les causes de la malnutrition : malnutrition par carence d'apports dite " exogène ", malnutrition par hypercatabolisme dite " endogène ".
- 5.8 Citer les causes et conséquences de l'anorexie du sujet âgé.
- 5.9 Citer les conséquences de la malnutrition chez le malade âgé.
- 5.10 Dispenser des conseils d'hygiène alimentaire à des sujets âgés vivant à domicile (achat et conservation des aliments, préparation du repas, besoins alimentaires succincts, variété alimentaire, hydratation, exercice, convivialité,...).
- 5.11 Prescrire un support nutritionnel chez un malade âgé en situation d'agression.
- 5.12 Donner des exemples de controverse d'ordre éthique dans les indications de nutrition d'un malade âgé en situation de refus alimentaire.
- 5.13 Décrire les principes de base de l'alimentation et de l'hydratation en fin de vie.

6. Confusion et démences

Les troubles psycho-comportementaux

Un bon fonctionnement cérébral est un élément fondamental contribuant à la qualité de la vie dans la vieillesse. Le maintien de stimulations par les afférences sensorielles et sociales y contribue.

L'état confusionnel correspond à une faillite temporaire, une défaillance aiguë

du cerveau, liée à une cause organique ou psychologique, régressant suite à la prise en charge appropriée du facteur déclenchant.

Le syndrome démentiel est un état d'altération progressive et irréversible des fonctions cognitives. Il existe des démences dégénératives corticales (maladie d'Alzheimer, démences frontotemporales), des démences dégénératives sous-corticales (telle que par exemple la maladie à corps de Lewy) et des démences vasculaires. La prise en charge est médico-psycho-sociale : reconnaître le rôle de la famille, orienter vers les aides et institutions appropriées, protéger le malade au point de vue juridique. La démence est le premier facteur d'admission en institution.

Modifications neuro-psychologiques du grand âgé

- 6.1 Décrire les modifications anatomiques et neurobiologiques caractérisant le vieillissement cérébral.
- 6.2 Citer les facteurs de risque de la désafférentation sensorielle et sociale dans le fonctionnement cérébral.

Confusion mentale du sujet âgé

- 6.3 Définir en les différenciant états confusionnels et syndrome démentiel.
- 6.4 Décrire les principes de la prise en charge en urgence d'un syndrome confusionnel.
- 6.5 Citer les principales étiologies d'un état confusionnel du sujet âgé.

Syndrome démentiel

- 6.6 Définir le syndrome démentiel
- 6.7 Citer les critères diagnostiques d'une démence sénile type Alzheimer (DSTA) dans sa forme légère à modérée.
- 6.8 Expliquer l'intérêt et les limites d'un test du type du Mini Mental Status (MMS) de Folstein dans le dépistage d'un syndrome démentiel.

- 6.9 Décrire les caractéristiques permettant de différencier les démences corticales des démences sous-corticales.
- 6.10 Citer en les explicitant les examens complémentaires utiles face à un syndrome démentiel.
- 6.11 Décrire les principes de prise en charge et de traitement de la DSTA et des autres syndromes démentiels.
- 6.12 Décrire les principes de prise en charge des différents troubles du comportement associés aux états démentiels.
- 6.13 Évaluer les conditions de vie et les possibilités de l'entourage dans un but de conseil pour l'organisation de la vie du patient.
- 6.14 Décrire les aides à mettre en place et leur finalité.
- 6.15 Décrire les éléments sur lesquels doit porter le suivi d'un malade dément.
- 6.16 Définir les mesures de protection juridiques et les principes de sécurité.
- 6.17 Citer les structures susceptibles de prendre en charge les personnes démentes.
- 7.1 Citer les critères diagnostiques de l'état dépressif majeur.
- 7.2 Citer les particularités sémiologiques de la dépression du sujet âgé.
- 7.3 Exposer les conséquences de la dépression du sujet âgé en termes de morbidité et de mortalité.
- 7.4 Énoncer les critères de la prescription et du suivi d'un traitement antidépresseur.
- 7.5 Décrire les modalités et citer les indications de la psychothérapie de soutien.

8. Autonomie, dépendance

Autonomie - dépendance : définition, étiologie, évaluation, prévention, conséquence sur la prise en charge médico-sociale.

Autonomie et dépendance ne s'opposent pas mais se complètent pour appréhender la personne âgée dans sa globalité. Les causes de dépendance sont variées avec l'intrication de facteurs médicaux, psychiques et sociaux. Les conséquences de la dépendance intéressent la personne âgée, son entourage ou les acteurs médico-sociaux. L'évaluation de la dépendance exige une méthode et des outils fiables. Cette évaluation a pour but de déterminer les soins requis pour une personne mais aussi au sein d'un groupe de personnes âgées dépendantes. Elle conduit à la mise en œuvre d'un projet gérontologique ou d'un plan d'aides sanitaires et/ou sociales pour un individu donné ou une collectivité. L'établissement de ce plan nécessite une étroite collaboration entre tous les acteurs paramédicaux et sociaux, et le médecin traitant. Celui-ci a un rôle essentiel d'évaluation et de conseil auprès de la personne âgée et de sa famille.

- 8.1 Définir les concepts d'autonomie et de dépendance.
- 8.2 Décrire l'analyse fonctionnelle des maladies selon la séquence de Wood.

7. Dépression du sujet âgé

État dépressif, pseudo-démence.

La dépression est sous-estimée chez les personnes âgées. Sa gravité en est liée au risque de suicide ou d'attitudes suicidaires ainsi qu'à l'installation progressive d'un isolement et d'une perte d'autonomie. Elle se manifeste volontiers par des tableaux atypiques somatiques ou psychiques comme une altération de l'état général, un amaigrissement, une anorexie, des algies, des chutes, une confusion ou une pseudo-démence. Le choix thérapeutique est basé sur le soutien psychothérapeutique et sur les médicaments. Le maniement des antidépresseurs n'est pas facile et leur efficacité parfois retardée, alors que les effets iatrogènes de thérapeutiques aux indications inappropriées, anxiolytiques notamment sont parfois lourds de conséquences.

- 8.3 Décrire à partir d'exemples les modèles d'intrication médico-psycho-sociales de survenue de la dépendance chez un sujet âgé : démontrer l'association entre facteurs prédisposants chroniques et facteurs d'aggravation aiguë.
- 8.4 Décrire les répercussions de la dépendance d'un sujet âgé sur l'environnement (en particulier familial).
- 8.5 Décrire les intrications entre l'évaluation de la dépendance et celle de l'état de santé globale de l'individu (par exemple, intégrer des rappels sur l'évaluation du statut nutritionnel, de la marche et de l'équilibre, de l'humeur et des fonctions supérieures...).
- 8.6 Énoncer les principes de validation d'un instrument d'évaluation de la dépendance.
- 8.7 Exposer les différents objectifs de l'évaluation : individu, établissement, charge de soin, gestion, épidémiologie.
- 8.8 Décrire un instrument d'évaluation prenant en compte la nature et le degré de dépendance d'un sujet âgé : les conditions de réalisation, le champ exploré par l'instrument et ses objectifs, les avantages et limites.
- 8.9 Caractériser les aides de la dépendance : prestation spécifique dépendance, description de la grille AGGIR et maîtrise de son utilisation (cf. 13.5).
- les grands vieillards. C'est pourquoi il faut limiter au maximum les indications de l'immobilisation des personnes âgées en cas de maladie aiguë et a fortiori de maladies chroniques entraînant des handicaps moteurs. La prévention des complications de decubitus et de la dépendance physique et psychique induites par l'immobilisation est un objectif prioritaire en gériatrie, au même titre que le diagnostic et le traitement des maladies aiguës, ce qui nécessite l'élaboration et la diffusion de protocoles de soins spécifiques.
- 9.1 Citer les situations qui nécessitent impérativement une immobilisation du sujet âgé.
- 9.2 Citer des causes abusives d'immobilisation aiguë ou chronique du sujet âgé.
- 9.3 Décrire les conséquences de l'immobilisation sur l'organisme du sujet âgé et les pathologies liées à l'immobilisation.
- 9.4 Décrire la conséquence de l'immobilisation sur l'équilibre et la marche qu'est la régression psychomotrice (cf. 4.6 et 4.12) et énoncer les modalités de sa prise en charge.
- 9.5 Décrire les mesures préventives à mettre en œuvre au cours de l'immobilisation du sujet âgé.
- 9.6 Décrire les mesures de tous ordres visant au confort des personnes grabataires.

9. Immobilisation

Syndromes d'immobilisation et de régression psychomotrice du sujet âgé.

L'immobilisation, quels qu'en soient les motifs, est toujours péjorative pour le sujet âgé du fait de multiples risques organiques et de troubles psychologiques pouvant aboutir à la non reprise de la marche et à la grabatisation. Des soins inadaptés et/ou insuffisants aussi bien au domicile qu'à l'hôpital sont responsables d'une immobilisation induite, en particulier chez

10. Incontinence

L'incontinence urinaire et fécale.

L'incontinence est définie par une perte involontaire d'urines et/ou de matières fécales. Elle entraîne par sa fréquence et son importance une altération de la qualité de vie et un sentiment de honte ou de gêne à l'origine de conséquences sociales. Dans la population âgée de plus de 65 ans vivant à domicile, la prévalence de l'incontinence urinaire permanente (quotidienne) est de 30% et celle de l'incontinence fécale

proche de 1%. En institution la prévalence de ces deux déficiences, qui sont souvent associées, atteint respectivement les chiffres de 50% et 30%. L'incontinence augmente avec le vieillissement et est souvent associée à la dépendance et à la perte d'autonomie. Un diagnostic précis conduit à des mesures thérapeutiques médicamenteuses, comportementales, rééducatives voire chirurgicales souvent efficaces.

- 10.1 Définir l'incontinence urinaire organique, fonctionnelle et mixte du sujet âgé.
- 10.2 Définir l'incontinence fécale du sujet âgé.
- 10.3 Énoncer les données de l'anamnèse permettant d'évoquer le mécanisme d'une instabilité vésicale ou d'une incompétence sphinctérienne à l'origine d'une incontinence urinaire.
- 10.4 Citer les éléments sémiologiques en faveur du diagnostic d'une incontinence urinaire secondaire à des mictions par regorgement.
- 10.5 Décrire au moyen d'un schéma les mécanismes neurologiques du contrôle de l'appareil vésico-sphinctérien.
- 10.6 Citer les causes, les facteurs de risque et les facteurs aggravants d'une incontinence urinaire chez les sujets âgés.
- 10.7 Énoncer la nature, les modes d'action, les effets secondaires et les interactions iatrogènes des médicaments prescrits pour l'incontinence urinaire secondaire à une vessie instable ou à une hypertonie sphinctérienne.
- 10.8 Citer les indications et interpréter les résultats d'un sondage post-mictionnel et d'un test de remplissage vésical.
- 10.9 Citer les indications et interpréter les résultats d'un bilan urodynamique chez un malade âgé ayant une incontinence urinaire.
- 10.10 Situer sur un algorithme décisionnel les éléments stratégiques utiles pour

le diagnostic et la prise en charge d'un malade âgé ayant une incontinence urinaire.

- 10.11 Prescrire une rééducation devant une incontinence urinaire liée à une incompétence sphinctérienne.
- 10.12 Citer les modalités de prévention de l'incontinence urinaire du sujet âgé.
- 10.13 Utiliser un catalogue mictionnel ou grille de miction chez un malade âgé ayant une incontinence urinaire.
- 10.14 Citer les principales indications du traitement chirurgical d'une incontinence urinaire du sujet âgé.
- 10.15 Prescrire et surveiller les modalités du traitement palliatif de l'incontinence urinaire du sujet âgé.
- 10.16 Citer les causes et les facteurs aggravants de l'incontinence fécale du sujet âgé.
- 10.17 Analyser les données de l'examen périnéal statique et dynamique ainsi que les données du toucher rectal chez un sujet âgé ayant une incontinence fécale récente.
- 10.18 Citer les deux causes curables d'incontinence fécale du sujet âgé.
- 10.19 Prescrire et surveiller les modalités du traitement palliatif d'une incontinence fécale du sujet âgé.

11. Polypathologie et médicaments

Polypathologie et médicaments, iatropathologie.

La fréquence de la polypathologie du patient âgé est une cause de prescription pluri-médicamenteuse. Elle rend compte de l'incidence élevée des effets indésirables des médicaments (pathologie iatrogénique) qui représentent entre 5 et 10 % des motifs d'hospitalisation après 65 ans et plus de 20 % après 80 ans. Elle majore les risques de défaut d'observance à l'origine possible d'une sélection aléatoire des médicaments et donc d'échecs thérapeu-

tiques. Elle est en économie de santé à l'origine d'un coût élevé direct, résultant des dépenses pharmaceutiques qu'elle engendre et indirect, généré par ses conséquences (défaut d'observance et pathologies iatrogéniques).

La plupart de ces conséquences sont évitables si l'on identifie au préalable les patients, les situations et les médicaments à risque. Parmi les moyens permettant d'optimiser les prescriptions il faut mettre l'accent sur l'évaluation du rapport bénéfice - risque, la réévaluation et la réactualisation régulière des prescriptions au long cours, la hiérarchisation des pathologies selon leur évolutivité et des thérapeutiques selon leur impact symptomatique, étiologique ou préventif. L'indication des thérapeutiques non médicamenteuses (soutien psychologique, rééducation, réadaptation, renutrition) doit toujours être envisagée. Une meilleure coordination thérapeutique entre médecins généralistes et spécialistes prenant en charge un même malade apparaît indispensable.

- 11.1 Citer et expliquer les conséquences de la polymédication.
- 11.2 Citer les situations cliniques devant faire évoquer une pathologie iatrogénique et les principales classes médicamenteuses qui en sont responsables.
- 11.3 Lister en les explicitant les facteurs qui concourent à augmenter le risque iatrogénique chez le sujet âgé.
- 11.4 Décrire les modifications des différentes phases de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamique des médicaments accompagnant l'avancée en âge et les conséquences potentielles pouvant en résulter.
- 11.5 Énumérer les principales interactions médicamenteuses à redouter chez le sujet âgé.
- 11.6 Répertorier les critères pouvant optimiser le rapport bénéfice/ risque des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé.

- 11.7 Décrire les principes généraux de prescription permettant de mieux gérer le maniement des médicaments chez le sujet âgé (références médicales de l'ANDEM, Guide du Ministère du Travail et des Affaires Sociales).

12. Douleur et fin de vie

Prise en charge de la douleur et des fins de vie.

La prévalence des douleurs chroniques augmente avec l'âge, notamment chez les patients porteurs d'une polyopathie avec perte d'autonomie d'origine physique et / ou psychique ou chez les sujets en fin de vie. Le vieillissement modifie peu les seuils douloureux provoqués par des stimuli nociceptifs, mais la perception est influencée par les expériences douloureuses antérieures, l'anxiété, la dépression et le vieillissement pathologique des zones corticales impliquées dans la douleur.

La symptomatologie douloureuse est souvent atypique et le retentissement d'une douleur chronique a souvent un masque trompeur à type de confusion, de perte d'autonomie ou de repli sur soi. L'évaluation est difficile, car 30 à 40 % des hospitalisés âgés ont des troubles sensoriels, physiques ou cognitifs pouvant altérer leur capacité à exprimer leurs symptômes.

L'approche de la mort provoque des réactions psychologiques qui doivent être analysées par les soignants et l'entourage pour assurer une prise en charge adaptée ; il importe de connaître les particularités d'utilisation des antalgiques au grand âge et les traitements des symptômes sources d'inconfort en fin de vie.

- 12.1 Définir les soins palliatifs et les soins terminaux en Gériatrie.
- 12.2 Décrire les réactions psychologiques des patients âgés face à la mort et le comportement médical face au travail de deuil.

- 12.3 Décrire l'impact du vieillissement sur la perception et l'expression de la douleur.
- 12.4 Définir la notion de douleur globale.
- 12.5 Distinguer les douleurs par excès de nociception des douleurs de désafférentation.
- 12.6 Décrire les douleurs atypiques aiguës (infarctus, artériopathie...) et chroniques (algies post-zostériennes, syndrome thalamique).
- 12.7 Utiliser une grille comportementale d'hétéro-évaluation de la douleur.
- 12.8 Énoncer les particularités d'utilisation des antalgiques périphériques et centraux chez les sujets âgés (classes thérapeutiques, indications, contre-indications, effets secondaires, posologie, voies d'administration).
- 12.9 Indiquer les bases de la prise en charge des symptômes cliniques générateurs d'inconfort en soins palliatifs gériatriques (dyspnée, anorexie, nausées, vomissements, confusion, constipation...).
- 12.10 Énumérer les éléments de l'environnement matériel propres à contribuer au confort des patients en fin de vie (installation, positionnement, literie, environnement lumineux et sonore...).
- 12.11 Énoncer les principes de base de l'alimentation et de l'hydratation en fin de vie.
- 12.12 Lister les voies d'administration utilisables chez les personnes âgées en fin de vie (hydratation, alimentation, médicaments).
- 12.13 Justifier l'importance de la place des familles et des proches, ainsi que celle du psychologue et des personnes ressource pour les besoins spirituels dans l'accompagnement de la personne en fin de vie.

13. Organisation gériatrique

Organisation des aides et des soins : réseaux et filières.

Il est faux d'assimiler grand âge et maladie. Beaucoup de personnes âgées souffrent de plusieurs maladies chroniques mais s'estiment en bonne santé. En revanche, le grand âge est celui où s'accroît la proportion d'individus atteints d'incapacités fonctionnelles créant un désavantage, justifiant des aides de l'entourage et de la collectivité. Les enquêtes françaises identifient parmi la population âgée de plus de 65 ans 2,4 % soit 205 000 personnes confinées au lit et totalement dépendantes pour tous les gestes de la vie quotidienne, 3,1 % soit 265 000 qui ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement et 12,4 % soit 1 060 000 qui ont recours à un tiers pour sortir de leur domicile. La prise en compte de l'organisation (dimension de Santé Publique) des aides et des soins à domicile est de la responsabilité du médecin généraliste. Il doit pouvoir se situer comme référent dans un processus où la famille et les aidants naturels tiennent une place prépondérante, et savoir mettre en œuvre les aides professionnelles.

Soutien et maintien à domicile

- 13.1 Énoncer et identifier les données sociales et médicales utiles pour organiser un soutien ou un maintien à domicile.
- 13.2 Citer et repérer les contraintes sociales et médicales susceptibles de limiter ou d'empêcher le maintien à domicile.
- 13.3 Décrire les aides sociales et domestiques susceptibles d'intervenir à domicile et indiquer les modes de prescription, de financement, la mise en œuvre et la finalité.
- 13.4 Faire l'inventaire des aides humaines susceptibles d'intervenir à domicile :
 - place de la famille, de tiers, d'intervenants professionnels (médicaux, sanitaires et auxiliaires),

- prescription,
- financement,
- objectifs et rôles essentiels.

- 13.5 Exposer le rôle des intervenants médico-sociaux et caractériser les prestations proposées : Assurance Maladie, Aide Sociale, Prestation Spécifique Dépendance et leur référence d'évaluation l'échelle AGGIR (cf. 8.9), Caisses de retraite.
- 13.6 Indiquer les aides techniques et les modalités de leur prise en charge.

Réseaux et filières

- 13.7 Décrire les principales composantes possibles d'une filière gérontologique hospitalière : consultation gérontologique pluridisciplinaire, hôpital de jour gériatrique, service de médecine gériatrique, unités de soins de suite et réadaptation, unités de soins de longue durée, unité mobile de gérontologie.
- 13.8 Décrire les critères de bon fonctionnement d'un réseau gérontologique entre structures et services intra et extra hospitaliers intervenant auprès des personnes âgées.

Hébergement

- 13.9 Définir les missions et objectifs des établissements sanitaires et/ou sociaux pouvant accueillir des personnes âgées : modalités et conditions d'accès, contrôle des organismes de tutelle.
- 13.10 Définir la mission et le rôle du médecin référent (ou coordinateur) dans une maison de retraite et les spécificités de son exercice.
- 13.11 Énoncer les bonnes pratiques éthiques et légales pour les personnes âgées : charte du malade, charte des droits et libertés, moyens de protection et de sauvegarde.
- 13.12 Indiquer les modalités de la tarification des prix de journée dans les différents types d'établissements.
- 13.13 Indiquer les imputations de paiement (sécurité sociale, résidant, aide sociale du département, obligés alimentaires).
- 13.14 Indiquer les responsabilités respectives de l'État et des Départements dans la politique de la vieillesse.