



Brien Holden Vision Institute

SYNDROMES GÉRIATRIQUES

AUTEUR

Mark Swanson : University of Alabama

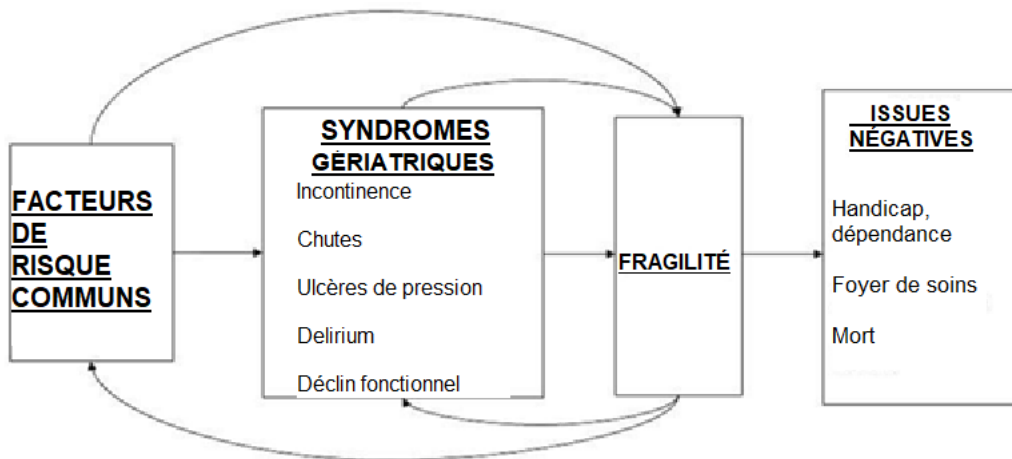
Jenna Lighthizer : Northeastern State University

PAIR ÉVALUATEUR

Vladimir Yevseyenkov, OD

SYNDROMES GÉRIATRIQUES

Les syndromes gériatriques constituent des problèmes de santé fréquents chez les adultes plus âgés. Ils



affectent de nombreux systèmes et ne résultent en général pas d'une cause unique. Ces syndromes partagent souvent des facteurs de risque courants tels que l'aggravation avec l'âge, une mobilité réduite ou un handicap fonctionnel ainsi que le déclin de la fonction cognitive. La mauvaise vision représente un facteur de risque important pour de nombreux syndromes gériatriques. Dans ce chapitre, nous allons aborder les syndromes gériatriques et traiter de deux d'entre eux en détail : les chutes et la conduite automobile chez les personnes âgées.

Figure 1 : Causes et effets des syndromes gériatriques

Les syndromes fréquents incluent :

- **Le delirium** - Trouble mental aigu, relativement fréquent et observé chez 5 à 10 % des patients âgés hospitalisés, augmente de 1 % à 15 % chez les adultes ambulatoires âgés de 65 à 85 ans.
- **La conduite de véhicule** Le taux d'accidents de la route est plus élevé chez les adultes plus âgés que pour n'importe quel autre groupe d'âge, si on ne tient pas compte de la conduite risquée chez les jeunes conducteurs masculins.
- **Le vertige** - 15 à 30 % des adultes plus âgés éprouvent des vertiges épisodiques
- **Les chutes** - Définies comme l'action de s'immobiliser au sol ou à un niveau inférieur ne résultant pas d'une bousculade. Environ 30 % des adultes plus âgés tombent chaque année. Les chutes représentent la sixième cause de décès chez les adultes plus âgés et ont d'énormes répercussions économiques.
- **Le déclin fonctionnel** - Perte de la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). L'incidence du déclin fonctionnel est d'environ 10-15 % sur deux ans.
- **La fragilité** - Généralement définie par la perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg au cours de la dernière année, une vitesse de marche lente, la fatigue, la faiblesse et un faible niveau d'activités

(sarcopénie : perte de la masse musculaire), pour les adultes > 65 ans, 20 % des hommes, 25 % des femmes; > 85 ans, +30 % des hommes, 45 % des femmes.

- **L'incontinence** - Perte involontaire d'urine ou de selles. La prévalence de l'incontinence urinaire augmente fortement après 70 ans et s'élève de 3 à 15 %. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. La prévalence de l'incontinence fécale se situe entre 5 et 15 %.
- **La syncope** - Perte de connaissance, avec une prévalence d'environ 20 % chez les personnes de plus de 65 ans.

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DES SYNDROMES GÉRIATRIQUES

Les syndromes gériatriques ne s'adaptent pas bien au modèle traditionnel de l'évolution de la maladie (voir partie A de la figure 2 ci-dessous). De la même façon, ils ne semblent pas vraiment non plus constituer une simple combinaison de facteurs de risque individuels (voir partie B). Les syndromes gériatriques seraient mieux définis à la fois par la combinaison et par l'interaction des facteurs de risque (partie C).

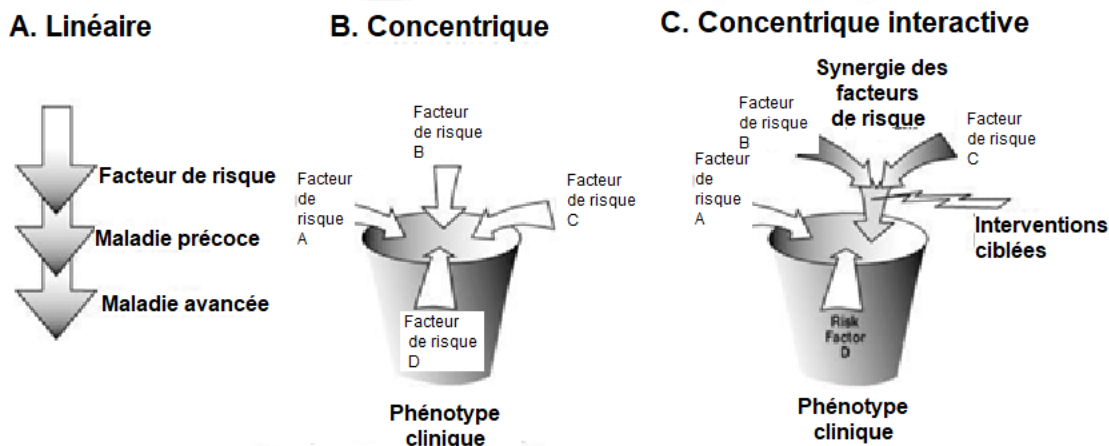


Figure 2 : Théories du développement des syndromes gériatriques

Par exemple, un patient ayant une mauvaise vision pourrait diminuer ses activités comme la marche, ce qui réduirait sa force musculaire. La réduction de la force musculaire des jambes peut entraîner une chute. La mauvaise vision n'a pas directement causé la chute, mais a indirectement provoqué un événement défavorable. Le système de soins de santé est conçu pour s'occuper des patients appartenant soit au modèle A (approche en silo), soit au modèle B (approche multidisciplinaire). Dans l'approche en silo, chaque spécialité impliquée dans le traitement d'un patient fait « les choses à sa manière » et soigne un trouble en fonction de la gravité de la maladie. Dans le modèle B, plusieurs spécialistes pourraient être impliqués, mais les soins de santé ne sont pas coordonnés. C'est notre modèle typique « consultez votre autre médecin ». Il n'existe alors aucune coordination des soins de santé.

Le modèle interdisciplinaire des soins administrés aux adultes plus âgés comprend une approche d'équipe. Pour reprendre l'exemple ci-dessus, traiter une mauvaise vision sans remédier à la perte de la force musculaire ne réduira pas la probabilité d'un événement malencontreux, et le traitement inverse ne sera pas plus efficace.



CHUTES CHEZ LES PERSONNES AGEES

- Perdre la capacité de se mouvoir dans son environnement affecte grandement le quotidien.
- Les chutes limitent profondément les activités d'une personne, ce qui génère d'autres problèmes de santé chez les personnes âgées au cours de leur rétablissement.
- La peur de tomber amène de nombreuses personnes âgées à restreindre leurs activités.

STATISTIQUES CONCERNANT LES CHUTES CHEZ LES PERSONNES AGEES

- Les chutes constituent la première cause de morbidité et de mortalité dues à des blessures chez les personnes de plus de 65 ans.
- Environ 30 % des personnes vivant chez elles tombent au moins une fois par an.
- Les chutes représentent 40 % des admissions en maison de retraite.
- Les personnes âgées dont la gravité de la chute nécessite une hospitalisation ont 33 à 50 % de probabilité de décéder dans l'année.
- Les blessures non intentionnelles sont la 5^e cause de décès et 2/3 de ces décès sont dus à des chutes.
 - En 2000, les lésions cérébrales traumatiques constituaient 46 % des causes de décès liés à des chutes.
 - Les conséquences les plus graves des chutes (autre que le décès) sont les fractures.
 - Il est estimé que 5 % des chutes causent des fractures, mais que 87 % des fractures chez les personnes âgées sont dues aux chutes.
 - Les fractures les plus fréquentes apparaissent aux hanches, aux jambes, aux poignets, aux avant-bras, aux mains et au bassin.
 - Les femmes sont nettement plus susceptibles de présenter des fractures de la hanche à cause de l'ostéoporose (à peu près 80 %).
 - Les hommes ont plus de risques de mourir d'une chute que les femmes.

QU'EST-CE QUI EXPOSE LES PERSONNES AUX RISQUES DE CHUTE?

- Les facteurs intrinsèques :
 - Troubles sensoriels (y compris la déficience visuelle)
 - Troubles cognitifs (tout ce qui diminue le niveau d'attention d'une personne)
 - Déficiences du système nerveux central (SNC) (p. ex. : les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson, etc.)
 - Troubles cardiovasculaires
 - Transformations et fragilité musculosquelettiques
 - Médicaments (4 ou plus)
 - Âge > 80 ans
 - Dépression
 - Antécédents de chutes
 - Recours à des dispositifs d'assistance (p. ex. : canne, déambulateur)
- Les facteurs extrinsèques :
 - Niveaux d'activité, facteurs environnementaux



PREVENIR LES CHUTES

Voici les mesures de prévention des chutes :

- Exercice physique
- Utilisation adéquate des médicaments, surtout les médicaments psychotropes
- Correction de la déficience visuelle
- Évaluation des dangers présents dans la maison et éducation à la sécurité
- Traitement des troubles cardiovasculaires

AIDER UN PATIENT

- Les patients âgés devraient être systématiquement placés sous surveillance lorsque vous retournez en salle d'examen.
- Toute personne présentant des problèmes visibles devrait être interrogée sur ses antécédents de chute et de déséquilibre.
- Vérifiez la médication avec votre patient et prenez connaissance des médicaments susceptibles d'exposer votre patient à de plus grands risques.
- Soyez enclin à travailler avec d'autres dispensateurs de soins médicaux afin d'offrir à votre patient les meilleurs soins possibles.

CONDUCTEURS ÂGÉS

- Les conducteurs âgés ont constitué une préoccupation grandissante pour la sécurité publique au cours des 10 dernières années.
 - Cette situation découle du pourcentage croissant de la population âgée et d'une série d'accidents impliquant cette population.
- Les statistiques concernant les conducteurs âgés
 - Selon l'Administration nationale pour la sécurité automobile, 31 millions de personnes âgées disposaient d'un permis de conduire aux États-Unis en 2007.
 - En 2008, 183 000 personnes âgées ont été blessées dans des accidents (8% du total).
 - La plupart des accidents mortels concernant les personnes âgées ont eu lieu en semaine (72 %), en journée (80 %) et ont impliqué d'autres véhicules (69 %).

LES CONDUCTEURS AGES CONSTITUENT-ILS UN PLUS GRAND RISQUE ?

- Les personnes de 16 à 19 ans ont 5 fois plus d'accidents que les personnes de 80 ans et plus.
- Les personnes âgées ont systématiquement tendance à porter leur ceinture de sécurité et sont moins susceptibles de conduire en état d'ébriété.
- Les statistiques montrent que plus le groupe d'âge est âgé, moins il y a d'accidents et de collisions fatales.
- Pourquoi ces chiffres sont-ils trompeurs ?



- Les conducteurs âgés parcourent un nombre nettement moins élevé de kilomètres que les autres groupes d'âge, ce qui fausse souvent les chiffres.
- Le taux de décès par véhicule-kilomètres parcourus demeure stable tout au long de l'âge adulte et commence à augmenter à 65-69 ans.
 - À l'âge de 75 ans, ce taux correspond à celui des conducteurs adolescents.
 - Après 85 ans, ce taux équivaut à près de 4 fois celui des adolescents.
- Les causes principales des collisions impliquant des personnes âgées incluent le non-respect de la priorité, les mauvais virages et le manque de distance avec la voiture d'en face.

FACTEURS DE RISQUE LIÉS À L'AFFAIBLISSEMENT DES FACULTÉS DE CONDUITE

- L'âge à lui seul n'est pas un facteur de risque!
- **Conditions physiques** susceptibles d'affecter la conduite :
 - Les maladies cardiovasculaires, surtout si associées à l'hypotension et à la syncope.
 - Les maladies neurologiques telles que l'épilepsie, la maladie de Parkinson, la SP ou la neuropathie périphérique.
 - Les maladies métaboliques telles que le diabète ou l'hypothyroïdie.
 - Les maladies musculosquelettiques comme l'arthrite, l'ostéoporose ainsi que les problèmes de dos ou de pieds.
 - Les troubles psychiatriques comme la dépression ou l'abus de drogues ou d'alcool.
 - Les maladies respiratoires telles que les MPOC et l'apnée du sommeil.
 - Les maladies rénales comme l'insuffisance rénale.
 - Les antécédents d'événements aigus tels que :
 - Les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux ou autres lésions cérébrales traumatiques, syncope ou vertige, épilepsie, interventions chirurgicales et delirium de quelque nature que ce soit.
 - Les transformations liées au vieillissement normal :
 - La perte de l'audition, l'augmentation du temps de réaction sur le plan physiologique, les problèmes d'attention.
 - Les médicaments peuvent exposer les patients à des risques d'affaiblissement de l'aptitude à conduire.
 - Anticholinergiques, anticonvulsivants, antidépresseurs, antiémétiques, antihistaminiques, antihypertenseurs, antiparkinsoniens, antipsychotiques, benzodiazépines, sédatifs, relaxants musculaires, analgésiques narcotiques et stimulants.
- **Troubles cognitifs** affectant la conduite de véhicule :
 - La démence, telle que la maladie d'Alzheimer ou la démence vasculaire, peut entraîner de sérieux problèmes en matière de prise de décision et de navigation.
 - Des études ont montré que 94 % des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère se considéraient comme de bons conducteurs, alors qu'en réalité, seulement 41 % d'entre eux seraient capables de réussir un examen de conduite sur route.
 - Selon l'Académie américaine de neurologie, si un membre de la famille souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence est responsable d'infractions routières, est impliqué dans des accidents à répétition ou fait preuve d'agressivité au volant, il serait peut-être temps d'envisager de mettre un terme à sa conduite de véhicule.



- **Troubles de la vue** affectant la conduite de véhicule :
 - Cataractes, rétinopathie diabétique, dégénérescence maculaire, glaucome, rétinite pigmentaire et déficits du champ visuel

VISION ET CONDUITE DE VÉHICULE

Une bonne vision est indispensable pour tous les conducteurs. Toute perte d'acuité visuelle ou du champ visuel réduira l'aptitude d'une personne à conduire en toute sécurité. Un conducteur présentant une déficience visuelle sévère pourrait ne pas voir un autre véhicule, des piétons et/ou des signaux routiers. Il prendra également plus de temps à percevoir une situation potentiellement dangereuse et à réagir à celle-ci. La vision périphérique est essentielle pour effectuer certaines tâches de conduite communes, comme entrer dans la circulation ou changer de voie, et repérer les piétons et les véhicules aux alentours.

À QUEL MOMENT EST-IL NECESSAIRE DE PARLER A VOTRE PATIENT ?

- Décider du moment opportun pour émettre une recommandation ou réaliser une évaluation :
 - Exigences liées à l'acuité visuelle? Exigences liées au champ visuel?
 - Exigences liées au temps de réaction?
 - Troubles cognitifs? Handicaps?
 - Demande des enfants?

LA QUESTION DU PERMIS DE CONDUIRE

En dépit des hypothèses préalablement citées, il n'y a pas de preuve scientifique de l'existence d'une corrélation entre le champ visuel ou l'acuité visuelle et le risque de collision. Par exemple :

- Le risque relatif de collision lorsqu'il y a acuité visuelle réduite est de 1,17 à 7,6 .
- La valeur limite réelle qui devrait être fixée pour le champ visuel reste floue.
- La plupart des études avancent qu'il n'existe aucun lien entre le risque d'accident et les anomalies de la vision chromatique.
 - Toutefois, il est évident que les personnes souffrant de déficiences de la vision chromatique éprouvent des difficultés à percevoir les feux rouges et à s'arrêter lors des tests. Souvent, ces personnes s'adaptent et compensent cette déficience en conduisant.
- Ces incertitudes soulevées dans les études ont conduit à des normes variables pour tester l'aptitude visuelle à la conduite dans de nombreuses régions.
- Par exemple, aux États-Unis, la capacité visuelle nécessaire à l'obtention du permis varie d'un État à l'autre.
 - Par exemple, pour la vision seulement :
 - Tous les états exigent un test d'acuité visuelle
 - 40 états exigent un test du champ visuel
 - 15 états exigent un contrôle de la vision chromatique
 - 6 états exigent un contrôle de la perception de la profondeur
 - 3 états exigent un contrôle de la coordination des yeux
 - Aucun état n'exige un contrôle de la sensibilité au contraste
- En Australie, les tests qui évaluent l'aptitude à conduire sont :



- Le test de l'acuité visuelle
 - Le test du champ visuel, y compris de la vision monoculaire
 - Le test de la diplopie
- Il est important de connaître les exigences en matière de vision imposées dans votre région afin d'effectuer une évaluation correcte.

DISCUSSION ET ÉVALUATION DE LA CONDUITE

- La perte du privilège de conduire a une forte incidence sur la qualité de vie des patients.
- Les médecins peuvent se heurter à des problèmes légaux et éthiques lorsqu'ils conseillent leurs patients en matière de conduite.
- Il est de notre devoir légal d'avertir un patient des conditions qui impliquent un risque de blessure lors de la conduite.
- Les tests de vision constituent une évaluation incomplète des aptitudes fonctionnelles à la conduite.
- L'état des exigences varie sensiblement d'une région à l'autre.
 - Certaines régions exigent, d'autres autorisent et d'autres encore interdisent.
 - Vous devez être au courant des exigences imposées dans votre région.

QUAND DEVRIEZ-VOUS EMETTRE DES RECOMMANDATIONS ?

- Questions sur les antécédents recommandées par l'Association médicale américaine :
 - Vous arrive-t-il de vous perdre lorsque vous conduisez?
 - Vous est-il déjà arrivé d'oublier où vous vous rendiez?
 - Avez-vous été arrêté au cours des deux dernières années?
 - Avez-vous évité de justesse ou été impliqué dans un accident ces deux dernières années?
 - Avez-vous déjà endommagé vos rétroviseurs?
 - D'autres conducteurs vous ont-ils déjà klaxonné ou adressé des gestes indécents?
 - Avez-vous déjà mal interprété ou manqué de remarquer des signaux routiers?
 - Comptez-vous sur un copilote pour vous aider?

FACTEURS A PRENDRE EN COMPTE POUR EVALUER LA CONDUITE

- À quelle fréquence le patient conduit-il?
- Conduit-il/elle la nuit, par mauvais temps, dans des environnements risqués, dans des endroits fréquentés, etc.?
- Prend-il/elle des passagers?
- Rappelez-vous, vous ne retirez pas le permis de conduire, vous émettez simplement une recommandation sur base de votre conviction éthique et/ou légale que votre patient représente un risque.