

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 66

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: la douleur chronique

La douleur chronique: Qu'est-ce que c'est? Qui affecte-t-elle? Quels en sont les effets?

- La douleur chronique a des répercussions importantes sur le bien-être physique et émotif d'une personne. Elle peut avoir un effet sur tous les aspects de sa vie, que ce soit à la maison, dans son travail ou dans ses activités sociales.
- La migraine et l'arthrite sont deux grandes sources de douleur chronique.
- La prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge. Dans le groupe des 15-24 ans, le taux de prévalence est de 10 %. Ce taux grimpe à 29 % chez les personnes de 65 à 74 ans et à 35 % chez les 75+ ans.
- Avec l'âge, le tableau des causes de la douleur chronique se transforme. Alors que les maux de tête et certains types de maux de dos deviennent moins fréquents, la prévalence de la douleur associée à l'arthrose, au rhumatisme, à l'angine et aux maladies vasculaires augmente. En fait, 27 % des hommes et 34 % des femmes de 65+ ans souffrent de douleur chronique. (données de 1994-1995)
- En 1994-1995, dans tous les groupes d'âge, les femmes étaient plus nombreuses (20 %) à signaler une douleur chronique que les hommes (15 %).
- Les problèmes de santé qui sont à l'origine de la douleur chronique entraînent rarement le décès.
- Les personnes qui souffrent de douleur chronique connaissent plus de jours d'incapacité, passent plus de temps à l'hôpital et ont des contacts plus fréquents avec les médecins que les autres.

Sources:

Millar, W. La douleur chronique. *Rapport sur la santé*. 7,4, (1996): 51-58.

Roy, R. *Chronic Pain in Old Age: An Integrated Biopsychosocial Perspective*. Toronto: University of Toronto Press, 1995.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 67

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: la douleur chronique

Quelle est la gravité de la douleur chronique?

- Chez les hommes canadiens de 65+ ans qui souffrent de douleur chronique,
35,5 % éprouvent une douleur de faible intensité
47,5 % éprouvent une douleur d'intensité moyenne
17 % éprouvent une douleur de forte intensité.
- Chez les femmes canadiennes de 65+ ans qui souffrent de douleur chronique,
26,5 % éprouvent une douleur de faible intensité
54,4 % éprouvent une douleur d'intensité moyenne
18 % éprouvent une douleur de forte intensité.
- Le plus souvent, les gens déclarent éprouver une douleur d'intensité 'moyenne'.
C'est le cas de:
54 % des hommes et 56 % des femmes de 65 à 74 ans
41 % des hommes et 53 % des femmes de 75+ ans.
- La douleur de forte intensité est signalée le plus souvent parmi le groupe des 45+ ans. Les pourcentages pour ce type de douleur sont les suivants:
8 % chez les 15-24 ans
20 % chez les 45-64 ans
17 % chez les 65-74 ans
20 % chez les 75+ ans.

Source:

Millar, W. La douleur chronique. *Rapport sur la santé*. 7, 4, (1996): 47-53.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 68

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: Troubles musculo-squelettiques — l'arthrite

Combien de gens souffrent d'arthrite?

- L'arthrite se classe parmi les trois principales affections chroniques au Canada, au même rang que la fièvre et les allergies, et les troubles de la circulation.
- Une personne sur 7 au Canada souffre d'arthrite.
- En 1991, 1,2 million d'aîné-e-s souffraient d'arthrite, soit 37,5 % de la population âgée au Canada.
- D'ici l'an 2031, on comptera environ 8,3 millions d'aîné-e-s au Canada; on estime que 3,2 millions seront atteints d'arthrite, soit 38,5 % de la population âgée du Canada.

Sources:

- Badley E. et M. Crotty. An International Comparison of the Estimated Effect of the Aging of the Population on the Major Cause of Disablement, Musculoskeletal Disorders. *Journal of Rheumatology*. 22,10, (1995): 1934-1940.
- Badley, E., I. Rasooly and G. Webster. Relative Importance of Musculoskeletal Disorders as a Cause of Chronic Health Problems, Disability and Health Care Utilization: Résultats de l'Ontario Health Survey. *Journal of Rheumatology*. 21, (1994): 505-514.
- Badley, E. The Economic Burden of Musculoskeletal Disorders in Canada is Similar to that for Cancer, and May Be Higher. *Journal of Rheumatology*. 22, 2, (1995): 204-206.
- Spitzer, W. et al. The Arthritic Complaint in Primary Care: Prevalence, Related Disability, and Costs. *Journal of Rheumatology*. 3, (1976): 88-89.
- Statistique Canada. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires (1993-2016)*. N° de cat. 91-520. Ottawa: 1994.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 69

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: Troubles musculo-squelettiques — l'arthrite

Quelles sont les formes d'arthrite les plus fréquentes?

- 1) L'**arthrose**, maladie chronique qui entraîne la détérioration du cartilage, c'est-à-dire le tissu résistant et élastique qui recouvre l'extrémité de chaque os dans une articulation. À cause de cette perte de cartilage, les extrémités non protégées des os frottent les unes contre les autres, ce qui aboutit à une destruction de l'articulation. Cette maladie touche 10 % de la population canadienne.

On estime qu'avant l'âge de 70 ans, 85 % des Canadiens souffriront d'arthrose.

- 2) La **fibromyalgie**, maladie qui se caractérise par la présence de points sensibles qui deviennent douloureux à l'application d'une pression. Cette douleur est habituellement ressentie dans les muscles et articulations et peut durer des semaines, voire des mois ou des années. Cette maladie affecte 3 % des Canadiens et Canadiennes.
- 3) L'**arthrite rhumatoïde**, maladie causée par un dérèglement du système immunitaire qui amène l'organisme à lutter contre lui-même, au lieu de s'attaquer aux cellules étrangères. Cette affection entraîne une inflammation de la couche intérieure de l'articulation, inflammation qui rend les terminaisons nerveuses sensibles et provoque une douleur lorsque l'articulation atteinte bouge ou qu'on y applique une pression. Une inflammation chronique aboutit à une détérioration ou une destruction de l'articulation. Cette maladie atteint 1 % de la population canadienne.

Source:

The Arthritis Society. Highlights on the Different Forms of Arthritis. *Arthroscope*. Septembre 1995.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 70

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: Troubles musculo-squelettiques — l'arthrite

Quels sont les effets de l'arthrite?

- L'arthrite est la cause de plus de 25 % des cas d'invalidité prolongée au Canada. Plus de 75 % des Canadiennes et Canadiens frappés d'une invalidité due à l'arthrite ne peuvent vivre de façon autonome.
- Parmi les gens qui souffrent d'arthrite,
 - 90 % ont des problèmes de mobilité
 - 66,6 % ont de la difficulté à monter un escalier ou en sont incapables
 - 62,7 % ont de la difficulté à rester debout pendant des périodes prolongées, ou en sont incapables
 - 51,0 % ont de la difficulté à se pencher pour ramasser un objet ou en sont incapables
 - 17,4 % ont de la difficulté à s'habiller ou en sont incapables
 - 73 % des personnes atteintes ne font jamais de sorties culturelles ou sportives.
- Plus de 25 % des gens qui souffrent d'arthrite et ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne vivent seuls, soit 155 000 personnes.

Quelles en sont les répercussions économiques?

- En 1986, plus de 50 % des adultes canadiens ayant une incapacité due à l'arthrite avaient un revenu inférieur à 20 000 \$.
- En 1986, l'arthrite a coûté aux Canadiens et Canadiennes une somme estimée à 5 milliards \$, soit 1 % du produit national brut du pays.

Sources:

- Badley, E. Arthritis Care and Research, (projet en cours)
- Badley, E., I. Rasooly et G. Webster. Relative Importance of Musculoskeletal Disorders as a Cause of Chronic Health Problems, Disability and Health Care Utilization: Findings from the Ontario Health Survey. *Journal of Rheumatology*. 21, (1994): 505-514.
- Badley E. et M. Crotty. An International Comparison of the Estimated Effect of the Aging of the Population on the Major Cause of Disablement, Musculoskeletal Disorders. *Journal of Rheumatology*. 22, 10 (1995): 1934-1940.
- Badley, E. The Effect of Osteoarthritis on Disability and Health Care Use in Canada. *Journal of Rheumatology*. (suppl. 43) 22, (1995): 19-22.
- Badley, E. The Economic Burden of Musculoskeletal Disorders in Canada is Similar to that for Cancer, and May Be Higher. *Journal of Rheumatology*. 22, 2 (1995): 204-206.
- Felts, W. et al. The Economic Impact of Rheumatic Diseases in the U.S. *Journal of Rheumatology*. 16, (July 1989): 867-884.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 71

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: Troubles musculo-squelettiques — l'ostéoporose

L'ostéoporose: Comment la définir? Ses conséquences?

- L'ostéoporose est une réduction de la masse osseuse qui, ultimement, peut être à l'origine de fractures au moindre traumatisme.
- Environ 1 million de Canadiens et Canadiennes de 50+ ans souffrent de cette maladie; les femmes représentent 80 % de ce nombre.
- L'ostéoporose est le trouble du métabolisme osseux le plus répandu chez les aîné-e-s. En Amérique du Nord, elle touche environ 25 % des femmes après la ménopause.
- La conséquence la plus importante de l'ostéoporose est la fracture de la hanche.
- Plus de 95 % de ces fractures surviennent chez des femmes de 50+ ans.
- Le taux de mortalité pendant la première année suivant la fracture peut aller jusqu'à 20 % chez les femmes et 34 % chez les hommes.
- Plusieurs études ont révélé que seulement 50 % des patients retrouvent leur état fonctionnel initial, après une fracture.
- On estime que les 25 000 fractures de la hanche enregistrées en 1990 au Canada ont coûté environ 400 millions \$.
- On prévoit que les coûts actuels doubleront d'ici 30 ans, à moins que des programmes globaux, portant sur la prévention et sur les traitements, ne soient lancés.

Sources:

Dorland's Illustrated Medical Dictionary. (1988). Toronto: W.B. Saunders Co.

Lau, E. et al. The Effects of Calcium Supplementation and Exercise on Bone Density in Elderly Chinese Women. *Osteoporosis International.* 2, (1992): 169-173.

Narod, S. et R. Spasoff. Economic and Social Burden of Osteoporosis. In *Current Concepts in Bone Fragility.* (1984): 391-401. Springer Verlag, N.Y.

Riggs, B. et L. Melton. The Prevention and Treatment of Osteoporosis. *New England Journal of Medicine.* 327, (1992): 620-627.

Riggs, B. et L. Melton. Involutional Osteoporosis. *New England Journal of Medicine.* 314, (1986): 1676-1684.

Statistique Canada, CCHI. *Morbidité hospitalière 1989-1990*, Tableaux de référence par code de diagnostic (3 chiffres), sexe et groupes de 5 ans pour chaque province. N° de cat. 82-206-XPB. Ottawa: 1992.

Tenenhouse, A. Commentary on The Canadian Multicentre Osteoporosis Study. *Osteoform.* 1, 2, (1996).

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 72

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s:

Troubles musculo-squelettiques — l'ostéoporose

Qui sont les personnes les plus exposées à l'ostéoporose?

- Les caractéristiques suivantes sont associées à un risque d'ostéoporose:
 - être âgé de 50+ ans
 - être de sexe féminin
 - présenter des antécédents familiaux d'ostéoporose
 - avoir terminé la ménopause
 - avoir subi une ovariectomie ou avoir commencé sa ménopause avant 45 ans
 - avoir des déséquilibres hormonaux prolongés
 - avoir une petite charpente osseuse
 - être de race blanche ou d'origine eurasienne
 - avoir un apport insuffisant de calcium dans son alimentation
 - avoir une exposition insuffisante au soleil ou un apport insuffisant de vitamine D
 - ne pas faire assez d'exercice
 - fumer
 - consommer de la caféine (plus de trois tasses par jour de café, thé ou cola)
 - consommer de l'alcool (régulièrement plus de deux verres par jour)
 - abuser de certains médicaments (cortisone et prednisone, hormone thyroïdienne, anticonvulsifs, antiacides contenant de l'aluminium).

Source:

Osteoporosis Society of Canada. *Building Better Bones: A Guide to Active Living*. 1996. No. 1.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 73

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: les chutes et les blessures à la maison

Combien y a-t-il de chutes chez les aîné-e-s?

- Entre 23,1 % et 39,2 % des aîné-e-s vivant dans la collectivité avaient fait au moins une chute au cours de l'année. (données de 1989)

Quelles sont les causes des chutes?

- Les chutes peuvent être causées par des facteurs intrinsèques et des facteurs extrinsèques. Les facteurs intrinsèques sont liés à la personne, tandis que les facteurs extrinsèques ont des causes extérieures à elle, par exemple l'environnement physique.
- Voici des exemples de facteurs intrinsèques causant des chutes: l'âge, la mobilité restreinte, les étourdissements, les problèmes d'équilibre, l'inactivité, les problèmes de vue, les déficiences cognitives, la dépression, la maladie chronique et la propension à prendre des risques.
- Voici des exemples de facteurs extrinsèques causant des chutes: les trottoirs mal entretenus, les surfaces de marche de mauvaise qualité, les escaliers, l'éclairage déficient, les obstacles dans les couloirs, l'absence de rampes, les lits et les sièges bas, les mauvaises chaussures et les médicaments.

Sources:

Gallagher, E. *Falls and the Elderly: Community Paper Series, Paper #3*. Victoria: University of Victoria, Centre on Aging, 1995.

Statistique Canada. *Causes de décès, 1993*. N° de cat. 84-208. Ottawa: Octobre 1995.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 74

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: les chutes et les blessures à la maison

Quels sont les taux de mortalité?

- Les taux de mortalité liée à des chutes accidentelles augmentent avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes. En 1993, la répartition des décès liés à cette cause s'établissait comme suit:
 - parmi les hommes,
 - 35,7 % des cas se sont produits chez les 65+ ans
 - 16,3 % des cas se sont produits chez les 90+ ans
 - parmi les femmes,
 - 51,6 % des cas se sont produits chez les 65+ ans
 - 34,8 % des cas se sont produits chez les 90+ ans.

En 1989:

- Les chutes étaient la cause principale de décès accidentel chez les hommes et chez les femmes de 65+ ans. Chez les hommes, elles représentaient 48 % des décès accidentels et chez les femmes, 65 %.
- Le taux de mortalité liée à des chutes chez les hommes de 85+ ans était 20 fois plus élevé que celui des hommes de 65 à 74 ans.
- Chez les femmes de 85+ ans, le taux était 44 fois plus élevé que celui des femmes de 65 à 74 ans.
- Le taux de mortalité liée à des chutes a beaucoup diminué au cours des dernières décennies pour tous les groupes d'âge. Entre 1969 et 1989, il y a eu une baisse de:
 - 47 % dans les décès survenus à la suite de chutes chez les 65 à 74 ans
 - 25 % dans les décès survenus à la suite de chutes chez les 75+ ans.

Sources:

Riley, R. Chutes et traumatismes accidentels parmi les aînés. *Rapport sur la santé*. 4, 4 (1992).

Tait, H. *Les traumatismes chez les personnes âgées: la situation au Canada*. Ottawa: Bureau de la sécurité des produits, [Santé Canada], 1993.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 75

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: les chutes et les blessures à la maison

Combien de blessures sont causées par des chutes?

- Comme le taux de décès, le taux de blessures occasionnées par des chutes augmente avec l'âge:
 - 272,8 pour 100 000 personnes de 0 à 64 ans
 - 958,6 pour 100 000 personnes de 65 à 74 ans
 - 3 419,0 pour 100 000 personnes de 75+ ans. (données de 1989)

Y a-t-il des différences entre les hommes et les femmes?

- Le taux de blessures occasionnées par des chutes est plus élevé chez les femmes de 75+ ans que chez les hommes du même groupe d'âge. L'inverse est vrai pour le groupe de 0 à 64 ans. En 1989, le taux de blessures dues aux chutes était de:
 - 4 040 pour 100 000 femmes de 75+ ans
 - 2 386 pour 100 000 hommes de 75+ ans.
- Les taux de **mortalité** liée à des chutes chez les 65+ ans sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, mais les taux d'admission à l'hôpital sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.
- On ne connaît pas vraiment les raisons de ces différences; on a avancé que, même si les femmes faisaient plus de chutes que les hommes, les hommes étaient plus nombreux à se blesser gravement.
- La prévalence plus marquée de l'ostéoporose chez les femmes âgées est l'une des raisons qui expliquent le taux supérieur de chutes chez les femmes.

Sources:

Riley, R. Chutes et traumatismes accidentels parmi les aînés. *Rapport sur la santé*. 4, 4 (1992).

Tait, H. *Les traumatismes chez les personnes âgées: la situation au Canada*. Ottawa: Bureau de la sécurité des produits, [Santé Canada], 1993.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 76

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: les chutes et les blessures à la maison

Les chutes entraînent-elles l'hospitalisation?

- En 1987-1988, il y a eu plus d'hospitalisations à la suite de chutes qu'à la suite d'accidents de la route.
- Le taux d'hospitalisation due à des chutes est faible chez les aîné-e-s: environ 2 % des aîné-e-s ayant fait une chute sont éventuellement hospitalisés. Toutefois, plusieurs sont traités dans un cabinet de médecin ou dans une salle d'urgence. Ces cas ne sont pas inclus dans les taux d'hospitalisation.

Quelles sont les blessures subies?

- La fracture de la hanche venait au premier rang des blessures subies par les 65+ ans hospitalisés à la suite de chutes accidentelles.
- Les autres blessures les plus fréquentes chez les hommes de 65+ ans étaient les fractures de la partie supérieure du bras, de l'avant-bras, du bassin et de la cheville.
- Les autres blessures les plus fréquentes chez les femmes de 65+ ans étaient les fractures des côtes, de la colonne vertébrale, de la partie supérieure du bras et du bassin.

Sources:

Josephson, K., D. Fabacher et L. Rubenstein. Home Safety and Fall Prevention. *Clinics in Geriatric Medicine*. 7,4, (1991): 707-731.

Riley, R. Chutes et traumatismes accidentels parmi les aînés. *Rapport sur la santé*. 4, 4, (1992): 341-353.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 77

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: les chutes et les blessures à la maison

Blessures à la maison: Qui? Où? Quand? Conséquences?

- En 1988, 3 % des aîné-e-s ont subi des blessures à la maison.
- Le groupe d'âge pour lequel on enregistre le plus haut taux de blessures à la maison est celui des 15 à 24 ans; ce taux est de 44 pour 1 000 personnes.
- En 1991, 160 111 aîné-e-s ont déclaré avoir subi au moins une blessure à la maison ou dans les environs au cours des 12 mois précédents (soit 5 % des hommes de 65+ ans et 7 % des femmes du même groupe d'âge au Canada).
- De toutes les blessures déclarées par les aîné-e-s en 1991, 45 % sont survenues à la maison ou dans les environs. Pour les autres groupes d'âge, les données s'établissaient ainsi:
 - 8 % dans le cas des 15 à 24 ans
 - 13 % dans le cas des 25 à 44 ans
 - 18 % dans le cas des 45 à 65 ans.
- Un plus fort pourcentage de blessures subies par les aîné-e-s sont survenus à l'intérieur qu'à l'extérieur.
- Les blessures subies par les aîné-e-s à la maison sont survenues plus souvent dans la cuisine que dans n'importe quelle autre pièce de la maison (14 %).
- Les personnes âgées des régions rurales rapportent autant de blessures à la maison que celles des régions urbaines.
- Le nombre de jours d'activité perdus (pour 1000 jours) à la suite d'accidents à la maison est plus élevé chez les aîné-e-s:
 - 352 pour 1000 jours chez les 15 à 24 ans
 - 775 pour 1000 jours chez les 65+ ans.

Source:

Tait, H. *Les traumatismes chez les personnes âgées: la situation au Canada*. Ottawa: Bureau de la sécurité des produits, [Santé Canada], 1993.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 78

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: la dépression

Qu'est-ce que la dépression?

- La **dépression** est un état mental caractérisé par une humeur dépressive et des sentiments de tristesse, de désespoir et de découragement. Elle va de la 'déprime' normale à la dépression majeure.
- Les symptômes de la dépression peuvent être récurrents, prolongés et sévères. La littérature distingue les formes de dépression qui ne perturbent pas les relations personnelles et sociales (comme la dépression légère et réactionnelle) et celles qui sont plus graves et débilantes. Ces dernières sont souvent qualifiées de dépression clinique et se répartissent en trois grandes catégories: le trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire et la dysthymie.

Les personnes âgées sont-elles plus déprimées que d'autres?

- Des études ont montré que le taux de dépression des personnes plus jeunes, notamment celles de 25 à 44 ans, est plus élevé (environ 10 %) que celui des personnes de 65+ ans (environ 5 %).

Qu'est-ce qui cause la dépression?

- La dépression peut frapper certaines personnes après la perte d'un être cher ou la perte de certaines capacités ou certains rôles.
- Certains facteurs accroissent la vulnérabilité à la dépression:
 - des déséquilibres biochimiques cérébraux qui peuvent influencer l'humeur et se transmettre génétiquement
 - certains types de personnalité: les personnes qui sont dures et très critiques envers elles-mêmes et celles qui sont généralement passives et dépendantes sont plus vulnérables
 - l'état de santé est un prédicteur de la dépression chez les aîné-e-s; la maladie peut influencer sur l'apparition de la dépression en s'attaquant aux sources d'épanouissement et d'estime de soi.

Sources:

Cappeliez, P. La dépression, la solitude et le deuil chez les personnes âgées. In Conseil consultatif national sur le troisième âge (éd.), *Santé mentale et vieillissement*. Ottawa: 1991.

Association canadienne pour la santé mentale. *La dépression: aperçu de la littérature*. Ottawa: Santé Canada, 1995.

Dorland's Illustrated Medical Dictionary. Toronto: W.B. Saunders Co., 1988.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 79

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: la dépression

Quels sont les symptômes de la dépression?

- Le tableau qui suit présente les **symptômes de dépression** les plus graves et les plus durables:

1	Modifications du comportement	<ul style="list-style-type: none">• inertie générale (ou agitation)• perte d'intérêt envers les activités autrefois gratifiantes• retrait des activités sociales
2	Modifications affectives	<ul style="list-style-type: none">• tristesse ou sentiment aigu de vide• découragement, désespoir• irritabilité• anxiété
3	Modifications psychologiques	<ul style="list-style-type: none">• difficultés de concentration et perte de mémoire• autocritique, autodépréciation• idées suicidaires
4	Modifications physiques	<ul style="list-style-type: none">• troubles du sommeil, notamment l'insomnie et les réveils anormalement précoces• fatigue chronique, manque d'énergie• manque d'intérêt pour l'activité sexuelle• malaises physiques, notamment la constipation, les maux de tête et autres

Source:

Cappeliez, P. La dépression, la solitude et le deuil chez les personnes âgées. In Conseil consultatif national sur le troisième âge (éd.), *Santé mentale et vieillissement*. Ottawa: 1991.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 80

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: la dépression

Quels traitements peut-on offrir aux aîné-e-s souffrant de dépression?

- Au nombre des **interventions physiques**, on retrouve les antidépresseurs et les électrochocs.
- La **thérapie cognitive** vise à aider les personnes déprimées à cerner et à évaluer les idées négatives qu'elles ont à propos d'elles-mêmes, de l'avenir et du monde et à examiner les attitudes et les croyances sur lesquelles repose leur sentiment de valeur personnelle.
- La **thérapie comportementale** vise à aider les sujets à accroître leur niveau d'activité et à développer de meilleures capacités d'adaptation, particulièrement dans la sphère sociale.
- La **thérapie psychodynamique** vise à modifier la structure de personnalité des sujets afin de les aider à mieux fonctionner; elle les amène notamment à reconnaître et à modifier leurs mécanismes de défense.
- De nombreuses personnes âgées ne demandent pas d'aide professionnelle même si elles ont besoin d'intervention et de traitement.

Sources:

Meyers, B. et B. Alexopoulos. Geriatric Depression. *Medical Clinics of North America*. 72, (1988): 847-865.
Rockwell, E. et al. Antidepressant Drug Studies in the Elderly. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, (1988): 215-233.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 81

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: la dépression

Comment les personnes déprimées peuvent-elles s'aider elles-mêmes?

- Entourez-vous d'un réseau de soutien social important, et vous jouirez d'une meilleure santé physique et mentale.
- Cherchez des solutions à vos problèmes plutôt que de tenter simplement de contrôler vos émotions.
- Restez ouvert aux expériences de la vie; vous saurez mieux combattre la dépression et la tendance à vous replier sur vous-même.
- Faites de nouvelles connaissances: l'isolement vous rend plus vulnérable à la dépression.
- Pratiquez des activités qui vous plaisent, en mettant l'accent sur celles qui vous permettent de rencontrer des gens.
- Efforcez-vous de prendre vos propres décisions. On arrive souvent à prendre les bonnes décisions après s'être mieux informé et avoir consulté son entourage.
- Prenez des risques et essayez de nouvelles choses, sans nécessairement vous attendre à réussir du premier coup.
- N'ayez pas peur de demander de l'aide; c'est un signe de santé et de maturité, une façon de prendre sa vie en main.

Source:

Cappeliez, P. La dépression, la solitude et le deuil chez les personnes âgées. In Conseil consultatif national sur le troisième âge (éd.), *Santé mentale et vieillissement*. Ottawa: 1991.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 82

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: la sécurité

Les aîné-e-s se sentent-ils à l'abri de la criminalité?

- Une enquête de 1993 a montré qu'un Canadien sur quatre se sentait peu ou très peu en sécurité lorsqu'il marchait seul dans son quartier après la tombée de la nuit.
- La crainte de la criminalité frappe plus durement les aîné-e-s. À preuve, voici combien disent ne pas se sentir en sécurité lorsqu'ils marchent seuls dans leur quartier la nuit:
 - 23 % chez les 15 à 24 ans
 - 23 % chez les 25 à 44 ans
 - 26 % chez les 45 à 64 ans
 - 41 % chez les 65+ ans.
- On observe des différences importantes selon le sexe:
 - 19 % des aînés par rapport à 57 % des aînées ne se sentent pas du tout en sécurité lors d'une randonnée dans leur quartier après la tombée de la nuit; par contre, 89 % des aînés par rapport à 80 % des aînées sont très ou plutôt satisfaits de leur sécurité.
- Les aîné-e-s se disent satisfaits de se protéger contre la criminalité en employant différents moyens; voici les taux de satisfaction relevés en 1993 pour certains moyens:
 - 51 % — verrouiller ses portières quand on est seul dans la voiture
 - 39 % — vérifier qu'il n'y ait pas d'intrus sur la banquette arrière
 - 41 % — planifier son trajet en fonction de la sécurité
 - 17 % — ne pas sortir le soir (cette mesure déplaisait à 71 % des aîné-e-s)
 - 7 % — porter quelque chose sur soi pour se défendre ou pour appeler à l'aide.
- 51 % des aîné-e-s vivant en milieu urbain estimaient que la criminalité avait augmenté dans leur quartier au cours des cinq années précédentes, 38 % estimaient qu'elle n'avait pas bougé et 3 % estimaient qu'elle avait baissé.
- 38 % des aîné-e-s vivant en milieu rural estimaient que la criminalité avait augmenté dans leur région au cours des cinq années précédentes, 55 % estimaient qu'elle n'avait pas bougé et un pourcentage statistiquement non significatif d'aîné-e-s estimaient qu'elle avait baissé.

Sources:

- Sacco, V. La peur et la sécurité personnelle. *Juristat*. 15, 9 (Mars 1995).
Hung, K. et S. Bowles. La criminalité et les perceptions du public. *Juristat*. 15, 1 (Janvier 1995).
Kong, R. La victimisation en milieu urbain et rural au Canada. *Juristat*. 14, 17 (Décembre 1994).

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 83

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: la sécurité

Comment se protège-t-on contre la criminalité?

Personnes de 15+ ans réparties selon le sexe et l'âge, et selon les mesures prises pour se protéger ou protéger ses biens, Canada, 1993

Population	Changer d'activités ou éviter certains endroits (%)	Poser de nouvelles serrures (%)	Installer un dispositif antiviol (%)	Se procurer un chien (%)	Suivre un cours d'auto-défense (%)	Changer de numéro de téléphone (%)	Se procurer une arme à feu (%)
Population totale	38	32	15	12	10	9	2
Sexe							
Hommes	33	32	16	11	11	7	3
Femmes	44	33	14	14	9	11	1
Âge							
15-24	43	23	11	12	17	10	1
25-44	42	35	16	14	11	11	2
45-64	36	36	17	14	7	9	3
65+	25	30	15	6	3	3	2

Enquête sociale générale, Statistique Canada, 1993.

- D'après ce tableau, les aîné-e-s du Canada ne sont pas plus nombreux à prendre des mesures préventives que les membres des autres groupes d'âge.
- Voici les mesures les plus courantes qu'ont prises les Canadiens de tous âges:
 - poser de nouvelles serrures (32 %)
 - changer d'activités ou éviter certains endroits (38 %)
 - installer un dispositif antiviol (15 %).
- Comparativement à l'ensemble de la population, les aîné-e-s sont moins nombreux à suivre un cours d'autodéfense, à se procurer un chien ou à changer de numéro de téléphone.

Source:

Sacco, V. La peur et la sécurité personnelle. *Juristat*. 15, 9 (Mars 1995).

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 84

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: pertes sensorielles: la vision

Qu'est-ce qu'un changement normal dans la vision?

- Bon nombre de personnes observent des changements dans leur vision lorsqu'elles passent le cap de la cinquantaine. Voici quelques changements types :
 - une baisse progressive de la capacité de distinguer des petits caractères ou de focaliser sur des objets rapprochés (presbytie)
 - une baisse de l'acuité de la vision
 - le besoin d'un éclairage plus vif pour certaines activités comme lire ou conduire
 - la difficulté à distinguer des nuances subtiles de couleur (p. ex., le bleu peut sembler gris)
 - la double vision ou la présence de halos autour des lumières vives.
- En plus des changements normaux mentionnés ci-dessus, certains problèmes sont plus fréquents en vieillissant:
 - Les irritations mineures, p. ex., yeux secs, sécrétion excessive de larmes, et 'corps flottants' se soignent facilement et ne causent pas de perte permanente de la vue.
 - Des problèmes de santé plus graves comme les cataractes, le glaucome et la dégénérescence maculaire, nécessitent l'attention d'un professionnel afin de prévenir les déficiences visuelles ou la cécité.

Sources:

Mettler, M. et D. Kemper. *Healthwise for Life: Medical Self-care for Healthy Aging*. Boise, ID: Healthwise Inc., 1992.

Naeyaert, K. S'accommoder des pertes sensorielles: la vue. In Conseil consultatif national sur le troisième âge (éd.), *S'accommoder des pertes sensorielles*, Écrit en gérontologie n° 8. Ottawa: 1990.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 85

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: pertes sensorielles: la vision

Qui souffre de déficience visuelle? Combien sont-ils?

- En 1986, on dénombrait au Canada 3 316 870 personnes atteintes d'une forme d'incapacité. De ce nombre, 581 110 souffraient d'une déficience visuelle.
- La déficience visuelle touche 9 % de la population canadienne de 65+ ans, soit une personne âgée sur onze.
- 25 % des chutes entraînant des blessures chez les aîné-e-s sont attribuées aux problèmes de vision.
- Plus de 50 % de la population adulte qui est atteinte d'une déficience visuelle et vit à la maison, a plus de 65 ans.
- Lorsque les personnes atteintes de déficience visuelle sont réparties selon l'âge, on remarque que 38,1 % d'entre elles ont été atteintes d'une incapacité visuelle fonctionnelle après 64 ans.

Source:

Naeyaert, K. S'accommoder des pertes sensorielles: la vue. In Conseil consultatif national sur le troisième âge (éd.), *S'accommoder des pertes sensorielles*, Écrit en gérontologie N° 8. Ottawa: 1990.

Statistique Canada. *La cécité et la déficience visuelle au Canada*. N° de cat. 82-615, 3. Ottawa: 1990.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 86

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: Pertes sensorielles — la vision

Quelles sont les causes de la déficience visuelle?

- Les formes de déficience visuelle dans la population âgée incluent la dégénérescence de la macula (partie de la rétine responsable de la vision centrale et de l'acuité visuelle), le glaucome, la presbytie et la rétinopathie diabétique.
- La presbytie est un trouble de la vision associé au vieillissement. Elle affecte presque tout le monde à partir de 40 ans. Le cristallin perd de son élasticité, de sorte que l'oeil ne peut plus s'accommoder et focaliser sur les objets rapprochés ou les petits caractères d'imprimerie.
- La cataracte, une opacification, un épaissement et un durcissement du cristallin, entraîne une perte de vision chez 6 % des aîné-e-s. Cette opacification empêche les rayons de parvenir jusqu'à l'oeil ou les déforme, ce qui trouble la vision. Elle affecte généralement les deux yeux, mais à un rythme variable.
- Environ 7 % des aîné-e-s sont atteints d'un glaucome, affection oculaire causée par une élévation de la tension oculaire. Non traité, le glaucome peut entraîner la cécité.
- La dégénérescence maculaire est responsable de 45 % de toutes les déficiences visuelles. Au Canada, c'est aussi la cause la plus répandue de cécité, occasionnant plus de 33 % de tous les cas. L'affection peut toucher un oeil ou les deux.
- La rétinopathie diabétique est une complication possible du diabète. Elle touche 90 % des personnes atteintes de la maladie depuis plus de 20 ans. Elle est liée à un manque d'oxygénation de la rétine. Parmi les symptômes, on trouve le flou visuel et la perception de taches. Chaque année, elle cause la cécité chez 400 Canadiennes et Canadiens.

Sources:

Institut national canadien pour les aveugles. *Le diabète et les yeux*. Ottawa: 1988.

Institut national canadien pour les aveugles. *Dégénérescence de la macula*. Ottawa: 1988.

Mettler, M. et D. Kemper. *Healthwise for Life: Medical Self-care for Healthy Aging*. Boise, ID: Healthwise Inc., 1992.

Naeyaert, K. S'accommoder des pertes sensorielles: la vue. In Conseil consultatif national sur le troisième âge (éd.), *S'accommoder des pertes sensorielles*, Écrit en gérontologie n° 8. Ottawa: 1990.

Statistique Canada. *La cécité et la déficience visuelle au Canada*. N° de cat. 82-615, 3. Ottawa: 1990.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 87

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: Pertes sensorielles — l'audition

Y a-t'il plusieurs déficiences auditives?

- Il existe trois types de perte auditive: la surdité de conduction, la surdité de perception et la surdité centrale.
- La surdité de conduction est due à un obstacle à la transmission des sons à l'oreille interne. Les personnes atteintes se plaignent souvent de ce que le son de leur propre voix est fort, alors que les autres voix sont étouffées. Cette affection peut s'accompagner de légers bourdonnements ou tintements dans l'oreille.
- La plupart des cas de perte auditive sont d'origine neurosensorielle. Autrement dit, ils sont causés par une atteinte du nerf auditif dans l'oreille interne. En général, les personnes atteintes ne sont pas totalement sourdes. Elles peuvent avoir de la difficulté à distinguer ce que disent les gens, tout en étant très sensibles aux sons forts. La surdité de perception s'accompagne aussi parfois de tintements ou de sifflements. Dans tous les cas, les deux oreilles sont atteintes de façon symétrique.

Quelles en sont les causes?

- La surdité centrale est causée par des lésions des aires auditives du cerveau. La personne atteinte entend normalement, mais elle a de la difficulté à interpréter les messages reçus. C'est une forme de surdité rare.
- Les causes de la surdité de conduction incluent l'accumulation de cérumen dans le conduit auditif, les infections, une croissance osseuse anormale et un excès de liquide dans l'oreille.
- La surdité de perception peut être associée aux changements dus au vieillissement, aux bruits ambiants et à l'utilisation de certains médicaments, surtout l'Aspirine.
- La surdité centrale est attribuée aux accidents cérébro-vasculaires, aux fièvres intenses et prolongées ou à un coup reçu à la tête.

Sources:

Mettler, M. et D. Kemper. *Healthwise for Life: Medical Self-care for Healthy Aging*. Boise, ID: Healthwise Inc., 1992.

Statistique Canada. *La déficience auditive au Canada*. N° de cat. 82-615, 5. Ottawa: 1992.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 88

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: Pertes sensorielles — l'audition

Combien de gens ont une déficience auditive?

- La déficience auditive frappe environ 4 Canadiens sur 100 (1 022 220). Il s'agit ainsi de l'une des incapacités les plus répandues au pays.
- Moins de 1 % des moins de 25 ans vivant à la maison et 47,5 % des 85+ ans ont une déficience auditive.
- Chez 27,8 % des personnes atteintes de déficiences auditives, les problèmes sont apparus à l'âge de 65 ans ou après.
- Parmi les aîné-e-s vivant en établissement, 46,5 % des femmes et 41,6 % des hommes ont une déficience auditive.

Nombre d'adultes vivant à la maison, qui présentent une déficience auditive	860 855
Utilisent le langage gestuel	3,5 %
Ont recours à la lecture des lèvres	12,0 %
Utilisent des aides techniques	30,3 %
Ont recours à des prothèses auditives (parmi les utilisateurs d'aides techniques)	88,9 %
Utilisent un téléphone muni d'un régulateur de volume	31,5 %
Utilisent un amplificateur	2,6 %
Utilisent un appareil de télécommunications pour personnes malentendantes	1,88 %

Source:

Statistique Canada. *La déficience auditive au Canada*. N° de cat. 82-615, 5. Ottawa: 1992.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 89

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s:

Pertes sensorielles — l'odorat et le goût

Qu'entend-on par 'troubles de l'odorat et du goût'?

- Les problèmes sensoriels le plus souvent signalés concernent une perte de l'odorat et du goût. Les tests peuvent mettre en évidence une diminution de la capacité de détection des odeurs ou de la capacité de discerner le doux, l'acide, l'amer ou le salé. Certaines personnes sont insensibles à la fois aux odeurs et au goût.

Qu'est-ce qui cause les troubles de l'odorat et du goût?

- L'acuité olfactive est à son maximum entre 30 et 60 ans. Une baisse d'intensité des sensations olfactives survient naturellement après 60 ans.
- Chez bien des gens, c'est un accident ou une maladie qui est à l'origine d'un trouble de l'odorat ou du goût. Une infection des voies respiratoires supérieures ou une blessure à la tête peut parfois entraîner des problèmes olfactifs ou gustatifs.
- Une perte olfactive ou gustative peut être due à la présence de polypes dans les fosses nasales ou les sinus, à des dérèglements hormonaux ou à des problèmes dentaires.
- Une exposition prolongée à certains produits chimiques, comme des insecticides ou certains médicaments, peut également être en cause.
- Le tabagisme diminue la capacité de discerner les odeurs et le sens du goût.
- Bien des gens qui reçoivent de la radiothérapie contre une tumeur cérébrale et cervicale se plaignent ultérieurement d'une perte de l'odorat et du goût. Certaines affections du système nerveux peuvent aussi entraîner ce genre de perte.

Sources:

American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Inc. *Smell Taste Disorders*. VA, U.S.: 1995.

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. *Smell and Taste Disorders*. MD, U.S.: 1996.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 90

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s:

Pertes sensorielles — l'odorat et le goût

Les troubles de l'odorat et du goût sont-ils graves?

- La personne qui souffre d'un trouble de l'odorat ou du goût se voit privée d'un système de détection précoce que beaucoup tiennent pour acquis. En effet, l'odorat et le goût nous signalent la présence d'incendies, de vapeurs toxiques, de fuite de gaz et d'aliments et de boissons avariés.
- Les pertes olfactives et gustatives peuvent aussi conduire à la dépression.
- Les troubles de l'odorat et du goût sont parfois révélateurs d'un problème de santé plus grave comme l'obésité, le diabète, l'hypertension, la malnutrition et certaines maladies dégénératives du système nerveux comme la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer.

Sources:

American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Inc. *Smell Taste Disorders*. VA, U.S.: 1995.

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. *Smell and Taste Disorders*. MD, U.S.: 1996.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 91

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: Pertes sensorielles — l'odorat et le goût

Peut-on traiter les troubles de l'odorat et du goût?

- Si la consommation d'un médicament est à l'origine du problème, les choses devraient s'améliorer à l'arrêt du traitement.
- Certaines personnes, surtout celles qui souffrent d'une infection respiratoire grave ou d'une allergie saisonnière, retrouvent leur sens de l'odorat ou du goût avec le temps.
- Dans les cas d'obstruction nasale causée entre autres par la présence de polypes, on a recours à une intervention chirurgicale pour rétablir l'écoulement de l'air et corriger la perte de l'odorat et du goût.
- Il arrive que les anomalies sensorielles disparaissent aussi spontanément qu'elles sont apparues.

Sources:

American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Inc. *Smell Taste Disorders*. VA, U.S.: 1995.
National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. *Smell and Taste Disorders*. MD, U.S.: 1996.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 92

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: l'incontinence

Qu'est-ce que l'incontinence?

- L'incontinence désigne la perte de la capacité de contrôle de la vessie ou des intestins. Il ne s'agit pas d'une maladie, mais plutôt d'un symptôme qui révèle la présence d'autres problèmes.
- La fréquence de l'incontinence augmente avec l'âge.

Quels sont les différents types d'incontinence?

- L'incontinence d'effort renvoie à la perte involontaire d'urine lors de certains efforts (éternuement, toux, rire, soulèvement d'un poids, jogging, flexion) ayant pour effet d'augmenter brusquement la pression sur la vessie.
- L'incontinence par besoin impérieux est le besoin immédiat d'uriner et l'incapacité de se rendre à la toilette à temps.
- L'incontinence par rengorgement désigne la perte fréquente d'urine en l'absence d'une envie de se vider la vessie.
- L'incontinence totale désigne l'absence totale de contrôle de la vessie, caractérisée par un écoulement involontaire constant ou une miction complète involontaire, à intervalles.
- L'énurésie est un terme le plus souvent utilisé pour décrire une émission involontaire d'urine survenant pendant le sommeil chez l'enfant ou chez l'adulte, qui perd le contrôle de sa vessie la nuit.
- L'incontinence fécale est un terme qui sert à décrire la fuite de matières fécales en dehors de la défécation.

Sources:

The Simon Foundation for Continence Canada. *You Are Not Alone - You Can Do Something about It: Facts on Incontinence*. 1995.

Mettler, M. et D. Kemper. *Healthwise for Life: Medical Self-care for Healthy Aging*. Boise, ID: Healthwise Inc., 1992.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 93

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: l'incontinence

Qu'est-ce qui cause l'incontinence?

- L'incontinence est principalement due à deux facteurs: l'immobilité et un affaiblissement des facultés mentales.
- D'autres causes de l'incontinence incluent les infections, les lésions aux muscles pelviens, les effets secondaires des médicaments (diurétiques), le diabète ou l'obésité, les malformations congénitales, les blessures, le stress ou la grossesse, le délire, les selles trop compactes, la présence de pierres dans les voies urinaires, les problèmes prostatiques chez l'homme et le relâchement des muscles du plancher pelvien chez la femme.
- Bien des gens vivant dans un foyer de soins spéciaux deviennent incontinents, même s'ils ne l'étaient pas auparavant.
- On peut soigner bien des causes de l'incontinence, du moins en arrêter la progression.

Sources:

Borrie, M. et H. Davidson. Incontinence in Institutions: Costs and Contributing Factors. *Canadian Medical Association Journal*, 147, 3, (1992).

Mettler, M. et D. Kemper. *Healthwise for Life: Medical Self-care for Healthy Aging*. Boise, ID: Healthwise Inc., 1992.

Barrie, M.J., T. Ostbye et D. Nowick. Urinary and Faecal Incontinence in Canadian Institutionalized Elderly. *Canadian Medical Association Journal*, sous presse.

U.S. Department of Health and Human Services. *Urinary Incontinence in Adults*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, 1992.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 94

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: l'incontinence

Combien de personnes âgées sont atteintes d'incontinence?

- On estime à un million le nombre de Canadiens et Canadiennes qui souffrent d'incontinence.
- Au Canada, l'incontinence touche 20 % de la population âgée.
- Dans les ménages,
 - 17,7 % des femmes et
 - 8 % des hommes souffrent d'incontinence urinaire.
- Parmi les aîné-e-s vivant en établissement,
 - 37 % font quotidiennement de l'incontinence urinaire;
 - 61 % des personnes souffrant d'incontinence urinaire font également de l'incontinence fécale.

Sources:

- Tully, P. et C. Mohl. Résidents âgés des établissements de santé. *Rapport sur la santé*, 3, 2 (1995): 27-30.
- Kok, A. et al. Urinary and Faecal Incontinence in Community-residing Elderly Women. *Age and Aging*, 21,3, (1992): 211-215.
- Barrie, M.J., T. Ostbye et D. Nowick. Urinary and Faecal Incontinence in Canadian Institutionalized Elderly. *Canadian Medical Association Journal*, sous presse.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 95

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: l'incontinence

Combien coûte l'incontinence au Canada?

- Le Canada consacre chaque année un milliard de dollars à la prise en charge de l'incontinence urinaire.
- Les coûts financiers tiennent compte des frais de buanderie, des articles, des vêtements et de la literie, ainsi que des soins infirmiers dispensés aux personnes incontinentes dans les établissements.
- Les coûts psycho-sociaux comprennent la gêne, l'isolement social, une piètre qualité de vie et le risque de placement en établissement.
- Les répercussions que peut avoir l'incontinence sur le plan physique incluent les éruptions et irritations cutanées, ainsi que les infections urinaires.

Sources:

Borrie, M. et H. Davidson. Incontinence in Institutions: Costs and Contributing Factors. *Canadian Medical Association Journal*, 147, 3, (1992).

Barrie, M.J., T. Ostbye et D. Nowick. Urinary and Feacal Incontinence in Canadian Institutionalized Elderly. *Canadian Medical Association Journal*, sous presse.

Herzog, A. et al. Methods Used to Manage Urinary Incontinence by Older Adults in the Community. *American Geriatrics Society*, 37: 1989.

VIGNETTE VIEILLISSEMENT # 96

Obstacles à l'autonomie des aîné-e-s: l'incontinence

Comment traite-t'on l'incontinence?

- L'incontinence est une affection qui a reçu peu d'attention parce que les gens sont gênés d'en parler. Elle est parfois perçue comme un problème associé à la vieillesse et n'est pas traitée.
- L'incontinence peut être passagère ou être liée à un facteur réversible, comme la consommation d'un médicament ou une maladie aiguë. Elle peut aussi durer indéfiniment si elle n'est pas traitée.
- Les mesures pour prévenir, atténuer ou guérir l'incontinence sont la rééducation de la vessie, les exercices de renforcement des muscles pelviens, le biofeedback, le rajustement de la médication et la suppression du café ou du thé qui stimulent la vessie.
- Il existe d'autres formes de traitement comme l'emploi de divers cathéters, les médicaments, les interventions chirurgicales et l'utilisation d'articles comme les couches pour adultes.
- Il importe de souligner que l'emploi prolongé de cathéters peut provoquer des infections urinaires. Cette mesure a entraîné une diminution de l'emploi de cathéters, mais une utilisation accrue d'autres produits comme les couches et les coussinets d'incontinence.

Sources:

Fonda, D., J. Ouslander et C. Norton. *Continence Across the Continents*. *American Geriatrics Society*, 42,1, (1994).

Mettler, M. et D. Kemper. *Healthwise for Life: Medical Self-care for Healthy Aging*. Boise, ID: Healthwise Inc., 1992.

U.S. Department of Health and Human Services. *Urinary Incontinence in Adults*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, 1992.