



➤ introduction

Nous sommes heureux de vous présenter le premier bulletin d'information du comité scientifique du groupement FIAPA de l'île Maurice.

Nous remercions chaleureusement les professionnels des milieux médical, paramédical, associatif, les soignants et les aidants informels qui ont contribué par leurs écrits à diffuser leurs connaissances.

Les objectifs de ce bulletin d'information sont de créer un réseau gérontologique et gériatrique et de partager les connaissances dans ce domaine. Nous souhaitons promouvoir et contribuer à ces échanges et favoriser le transfert de savoir entre les membres de FIAPA, les associations et les institutions de personnes âgées.

La dimension de ce partage se veut à la fois nationale, régionale et internationale. Nous sommes en lien avec l'île de la Réunion, la France, l'Australie et les pays de la région Océan Indien.

La diffusion de ce support se veut biannuelle.

Nous vous souhaitons bonne lecture,

Dr Pascale DINAN,

Présidente du Groupement FIAPA.

➤ **Qu'est ce que MOBIQUAL?**

par Monsieur Sebastien DOUTRELIGNE et Dr. Pascale DINAN

➤ **Billet d'humeur à propos de la maltraitance**

par Monsieur Alain KOSKAS

➤ **Les Droits et la Bientraitance des personnes âgées dans la région Océan Indien**

par Dr. Pascale DINAN

➤ **I just celebrated 60 years of life but I have started to notice memory problems! Should I be worried?**

par Dr. Didier Vincent OXENHAM

➤ **Conférence de la Haute Commission Britannique sur la Santé Mentale**

par Madame Lina ASSY

➤ **Pourquoi je prescris de la Vitamine D chez les personnes âgées**

par Dr Hélène PETIT

➤ **Le toucher-les bienfaits du contact**

par Madame Ariane Tursan d'ESPAIGNET

➤ **Présentation de la Neuropsychologie**

par Madame Armelle STAUB

➤ **La perspective de l'aide soignant familial informel**

par Madame Dominique AVICE

➤ **Qu'est-ce que la qualité de vie quand on souffre d'Alzheimer?**

par Dr. Shiv SEGOBIN

➤ **Trouble de mémoire**

par Monsieur Praneel GAYAN



Qu'est ce que MOBIQUAL ? Les Objectifs de la formation



Monsieur Sébastien DOUTRELIGNE, responsable technique et coordonnateur du programme MobiQual, Société Française de Gériatrie et Gériatologie

MobiQual est un programme visant à améliorer la qualité des pratiques professionnelles de l'ensemble des acteurs professionnels en lien avec les personnes âgées. Comment ? En sensibilisant, confortant la compétence, formant et en évaluant les pratiques individuelles et collectives sur des thématiques spécifiquement gériatriques, déterminants de la fragilité et enjeu de santé publique, de qualité des soins et de l'accompagnement. La douleur, les soins palliatifs, la bientraitance, la dépression, la nutrition, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, les risques infectieux font partie des thèmes ayant fait l'objet d'une « mallette MobiQual », avec des contenus permettant d'informer, sensibiliser et former l'ensemble des intervenants. Leur utilisation vise également à favoriser le développement d'un langage commun et à inciter à nouer des liens de coopération avec les compétences et ressources de proximité.

Ce programme est mis en œuvre par la Société Française de Gériatrie et Gériatologie (SFGG) et est soutenu par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) depuis 2010.

La diffusion de MobiQual à l'île Maurice a initialement eu lieu à l'occasion de la première diffusion structurée du programme avec l'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien en avril 2012. Au titre de la francophonie, une action spécifique a été proposée et organisée par l'ONG Groupement FIAPA. L'objectif a été de présenter la démarche ainsi que les contenus scientifiques et pédagogiques élaborés autour des thématiques mentionnées ci-dessus : outils de repérage, d'évaluation et de suivi ; cas cliniques, protocoles, arbres décisionnels ; diaporama formateurs ; documents vidéo ; fiches techniques ; documents de communication, ...

Durant deux jours, les participants ont pu bénéficier de l'expertise du Pr Sylvie BONIN-GUILLAUME (MD, PhD, Marseille) et du Dr Pierre CATTEAU († Société de Gériatologie et de Gériatrie de l'île de la Réunion). Des temps d'échanges ont également permis de répondre aux nombreuses questions des participants, et en particulier sur la douleur, la nutrition ou encore les troubles psycho-comportementaux.

L'action conduite grâce à l'ONG groupement FIAPA a constitué la première pierre d'une action de formation plus large proposée depuis 2013 aux responsables de maisons de retraite, aux infirmiers et paramédicaux de l'île Maurice.

Après une période de diffusion structurée dans l'ensemble des régions françaises (jusqu'à début 2014), le programme se poursuit aujourd'hui dans le cadre d'un nouveau modèle économique, avec la mise à disposition des « mallettes » sur un portail web, accessible en échange d'un abonnement annuel. Afin d'aider à la mise en place de ce nouveau modèle, des partenariats sont conclus aux niveaux national et régional avec des Agences Régionales de santé, des fédérations et unions d'établissements, de services et de professionnels.

A l'île Maurice, l'action de formation engagée par l'ONG Groupement FIAPA se poursuit dans le cadre de ce nouveau modèle économique, avec notamment la souscription d'un abonnement au titre d'un organisme de formation.



MOBIQUAL à l'île Maurice

Dr Pascale DINAN

Suite à l'introduction des outils MOBIQUAL en avril 2012, l'ONG groupement FIAPA a monté un institut de formation au centre Jean Vaublert de Chantilly à Belle-Rose pour former à l'utilisation des contenus des mallettes, et par là améliorer la prise en soin des personnes âgées. La formation est approuvée par le Mauritius Qualification Authority et dure 7 mois. Elle se compose de 7 modules et est délivrée par des médecins formateurs. La formation est ouverte aux infirmiers, responsables de maison de retraite, paramédicaux et toute personne intéressée ayant au minimum le SC/HSC. Une attestation de participation et des documents pédagogiques sont remis aux participants.

Dr Pascale Dinan,
Centre de Formation « Groupement FIAPA »,
Centre Jean Vaublert de Chantilly,
Old Moka Road, Belle-Rose.

www.fiapa.mu



Billet d'humeur à propos de la maltraitance

par **Monsieur Alain KOSKAS**

Gérontologue

Président de la FIAPA

Administrateur de la Fédération 3977 contre la maltraitance

Et président de la commission « maltraitements financiers »

Président du Réseau Euro Québec pour le Baluchonnage



Accepter la complexité du dé fiet en reconnaître les difficultés, les ambivalences, les emprises, soulager tous ceux qui souffrent de la dépendance et surtout changer de paradigme pour cesser de considérer cette dépendance non comme une maladie mais comme notre obligation commune et particulièrement celle des pouvoirs publics à agir pour donner envie d'être en vie et envie de construire un possible lendemain.

Aborder le thème de la maltraitance c'est d'abord alerter sur la complexité du sujet, c'est aborder l'éthique de la souffrance au travail des professionnels et dans la situation de ces bénévoles familiaux qu'on appelle aidants, c'est reconnaître les difficultés morales d'exécuter certaines tâches d'inversion du fil générationnel.

Parler de maltraitance, c'est parler de personnalités prédatrices soit par immaturité et ou perversité qui se voient conférer des tâches d'assistance et d'amour où pulsions de vie et de mort s'entremêlent au point de « ne plus distinguer laquelle l'emporte ».

C'est aussi de parler de prédateurs solitaires (l'occasion fait le larron) ou organisés et dont l'action peut être stimulée par la quête d'affection, la recherche de lien social, de lien tout court dans des territoires minés par la solitude et l'isolement quasi-total des aînés qui y habitent.

Quid de la prise en compte réelle de la désertification de ces territoires ?

C'est enfin en finir et c'est sans doute la pierre angulaire de notre intervention en finir avec ce paradoxe d'inscrire dans les textes relatifs au financement des établissements et services des dispositions de « soin » alors que les pouvoirs publics réclament et c'est le cas de la toute nouvelle loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillessement de Décembre 2015) des projets de vie et une atmosphère de citoyenneté et de recherche permanente de consentement.

Suite au colloque organisé par le groupement FIAPA à l'île Maurice en octobre 2014 nous souscrivons



2 chartes sur les Droits et la Bienveillance des personnes âgées dans la région Océan Indien

par **Dr. Pascale DINAN** médecin membre de la Société Française de gériatrie et gérontologie, Présidente du groupement FIAPA



Pointe aux Piments, Ile Maurice - La rencontre résidentielle s'est tenue les 16 et 17 octobre au centre Recréationnel de Pointe-aux-Piments, organisé par le groupement Fédération Internationale des Associations de Personnes Agées (FIAPA), en collaboration avec le ministère de la Sécurité Sociale, de la Solidarité Nationale et des Institutions Réformatrices, du Senior Citizen Council et de la FIAPA France, en présence de délégués de l'île Rodrigues, l'île de la Réunion, Mayotte, Madagascar, Seychelles et la France.

De l'île de la Réunion, le groupement FIAPA a accueilli le Dr Pierre Catteau, gériatre ; Des Seychelles Mr John Talma, membre du conseil national des personnes âgées ;

De Mayotte, Mr Issouf Ben Younoussa, directeur des services aux personnes âgées et handicapées du conseil général;

De Madagascar, le couple Raharivololona de l'association Alzheimer ;

De l'île Rodrigues, Mr Michel Samoisy et Mr Francis Clair, de la Fédération des Personnes Âgées de Rodrigues.

Parmi les conférenciers français, Madame Sylvie Bonin-Guillaume, Professeur de gériatrie à Marseille, Madame Frédérique Lucet, psychologue et représentante de FIAPA France, ont fait le déplacement.

Du côté légal mauricien, le Juge Bhushan Domah et Madame Cosette Mahadeo-Ramiah, notaire, étaient présents.

Escroqueries, vols, mise en maison de retraite forcées, tarifs excessifs et prix augmentés, abus financiers, maltraitance physique, psychologique, négligences, mauvais traitements, ce ne sont que quelques exemples touchant les personnes vulnérables et fragiles de notre société, incapables de se défendre.

Des échanges interdisciplinaires entre médecins, gérontologues, travailleurs sociaux, responsables d'institutions pour personnes âgées, de soignants, de para-médicaux ont permis d'approfondir ces questions. Des groupes de travail entre participants des domaines juridique et gériatrique ont permis l'élaboration et la souscription finale de deux chartes sur la Bienveillance et les droits des personnes âgées dans la région. Il s'agit d'harmoniser les instruments juridiques en vigueur dans les pays régionaux pour une meilleure qualité de vie de nos aînés, aussi d'homogénéiser et d'améliorer la prise en charge gérontologique à domicile et en institution des personnes vieillissantes. Cette charte sera soumise au ministère de la Sécurité Sociale, aux membres du groupement FIAPA Ile Maurice et aux pays régionaux ayant participé au colloque.



I just celebrated 60 years of life but I have started to notice memory problems! Should I be worried?

par **Dr D. Vincent OXENHAM**

BSc DPsych (Clin. Neuro)

MAPS MCCN



Often times I meet patients coming in for an assessment who anxiously ask me: Am I developing a dementia? I keep forgetting things around the house. My question is then: Is the first time in 60 years that you have forgotten something? Forgetfulness in itself is not always a sign that you are dementing. If people take the time to look back at their younger days, I am sure that they would find instances where they might have forgotten to call back a friend, forgotten to bring their school books to college, or forgotten to do part of their homework. So what differentiates abnormal forgetfulness to normal forgetfulness?

This probably goes back to the question about normal ageing versus a dementing process. Most people are quite understanding of the fact that as you age, your muscles weaken, your eyesight and hearing diminishes, your metabolism slows down, your skin wrinkles, your bladder function goes out of whack and your bone density level diminishes. However, there is this perception that brain functions do not take a similar path. Why? Maybe the brain drunk the elixir of eternal life!

At a superficial level, and rightly so, constant forgetfulness of newly learned information, especially when there is no memory trace left, is a red flag for a possible neurodegenerative disease. However, not all forgetting is symptomatic. It is important to understand how we form memories before we try to appreciate the causes of why we forget them.

Forming a memory comprises a lengthy process, which includes three main steps, encoding, storage/retention and retrieval. Being forgetful can occur due to a breakdown at any of these stages. Yet the cause of the breakdown is different at all three stages. Several patients I see have fluctuating or poor ability to focus and pay attention, which voids the quality of information they are able to encode. Others, have difficulties attending to a high volume of information at once, but are a lot better at encoding small chunks of information, allowing for adequate storage and retrieval. I also see patients who encode in a disorganised fashion, making retrieval near impossible, yet all the information is well stored and retrieved when given prompts/tips.

As a neuropsychologist, I would be more worried if you presented with memory problems where encoding was neat but there was no storage trace, not even if I prompted you in order to elicit the stored response. We call this “rapid forgetting of information” which would likely indicate lesions or degeneration in the mesial temporal lobes, more specifically the hippocampus, leading to a diagnosis of highly possible Alzheimer’s pathology. In saying that, there are patients in their 60s to 80s who are diagnosed with Alzheimer’s pathology, but are not yet demented. The label dementia is only given when your decline in cognition is affecting at least two of your functional abilities. That is your ability to attend to activities of daily living such as grooming, personal hygiene, managing finances, driving, general housekeeping activities, appropriate social interaction and the like.

Yet the question remains: Why and how do we forget and do we really forget? There have been many studies on how people remember, however, how we forget has not been as studied. There are nonetheless, two main reasons why neuroscientists think we forget:

1. You store information in your memory but are unable to remember it when you need to, however, it usually comes back at a later stage. In this case the cause is inaccessibility of the stored information
2. The human memory, at any age, simply permanently forgets information causing the memory traces to disappear. In this case the cause is unavailability of information.

There are three ways in which information is forgotten: Decay, Displacement and Interference.

Decay is simply that the information is lost over time due to lack of rehearsal or lack of use of this information. This impacts both the short-term/working memory and long-term memory. For instance, when you were at school you knew the exact dates of the timeline of how Mauritius was colonised and the relevant intricate details. However, since you have not used this information for years, it is hard to retrieve it with the same amount of specifics.

Displacement simply refers to old information being replaced by new information, making the former irrelevant for your brain to keep. Therefore, your brain purposefully gets rid of it. Interference is difficulty retrieving information that you have stored when there is similar competing material. For instance, you know that you have a medical appointment on the weekend as well as a dental appointment. However, you cannot remember which one is on the Saturday morning and which one is in the afternoon. This is because you have stored both as being on Saturday instead of using more specific temporal elements to help discriminate between appointments, when you were initially encoding the information. People with this type of memory problem often present by saying that if given a structure, they are able to retrieve the appropriate information. Both displacement and interference exclusively affect short-term/working memory.

So there is no need to freak out if you start forgetting things when you hit your 60s. It could just be that you have retired and you do not feel as active as you used to, or it could just be lapses in attention. However, if you or your significant others notice that you are repetitive, or rapidly forget information, to the point of asking the same questions several times over a short period, I would recommend that you see your general practitioner who can refer you to a geriatrician and a neuropsychologist for further assessment.

A neuropsychological assessment will be beneficial in delineating exactly where your memory is failing and do a general check up of your brain. It might be a good idea to get some neuroimaging done as well as some bloods, especially if there is an abrupt change in your cognition. This could suggest vascular changes or a bout of delirium.

I hope that you have found learning about memory and forgetfulness useful. If you have any other questions or would like some tips or advice, please do not hesitate to contact me at vincent.oxenham@mq.edu.au - look forward to hearing from you.

Keep cognitively healthy.



Conférence de la Haute Commission Britannique sur la Santé Mentale

par **Madame Lina ASSY**

Vice Consul

British High Commission



La Haute Commission Britannique, en collaboration avec la Nursing Association et le Ministère de la Santé, a tenu une conférence axée sur la Santé Mentale.

Le but de cette conférence était principalement d'augmenter le soutien aux Mauriciens et Britanniques résidents temporairement ou en permanence à Maurice et souffrant de troubles mentaux. C'était aussi l'occasion de faire prendre conscience à la population de la santé mentale et de ses conséquences si cela n'est pas mis en évidence dès le début.

Les objectifs de la conférence étaient :

- une meilleure coopération avec nos partenaires
- Améliorer l'assistance que nous (la Haute Commission et les autres partenaires surtout dans le secteur du Tourisme) pouvons offrir aux Britanniques souffrant de trouble mental et qui pourrait se trouver dans une situation de détresse dans le pays
- Une meilleure compréhension de la santé mentale afin d'enrayer les préjugés et tabous qui existent envers cette maladie

Passer le message que les gens souffrants de troubles mentaux doivent être traités avec dignité.

Nous avons eu l'aide d'un professionnel dans le domaine, Mr Bernard Graham, qui nous a fait un exposé sur la Dépression et l'Anxiété menant au suicide, la Schizophrénie et les bipolaires. Il y a eu aussi une présentation sur la Démence par le Dr. Pascale Dinan.

D'après les commentaires reçus après la conférence, nous pensons que nous avons atteint nos objectifs et souhaitons travailler maintenant en étroite collaboration avec nos partenaires.



Pourquoi je prescris de la Vitamine D chez les personnes âgées

par **Dr Hélène PETIT**

Medecin Rhumatologue

La vitamine D connaît un regain d'intérêt depuis la mise au point ces dernières années de ses effets plus que vitaminiques, à savoir hormonaux.

Près de 90 % de la population âgée de plus de 75 ans est carencée en vitamine D et pas seulement dans les pays nordiques !

Cette vitamine joue un rôle primordial dans le maintien des échanges phosphocalciques, dans l'apparition de l'ostéoporose, dans la survenue de chutes chez les sujets âgés et bien au-delà de l'aspect osteo-musculo-squelettique, la vitamine D intervient dans les maladies auto-immunes (dans les poussées inflammatoires de la polyarthrite rhumatoïde ou du lupus) dans les maladies métaboliques (Diabète de type 1 du jeune enfant) , dans les maladies cardiovasculaires , en cancérologie (en influençant l'expression des gènes responsables des cancers du côlon et du sein essentiellement) , dans les démences séniles et les performances cognitives , dans la résistance aux maladies infectieuses (grippe saisonnière) , dans l'asthme de l'enfant...et dans bien d'autres domaines ..

D'où la nécessité pour nous, thérapeutes, d'informer les soignants et les patients de l'intérêt d'une supplémentation vitamine-calcique et de standardiser cette prise en charge.

Un dosage de la vitamine D n'est pas indispensable puisque les risques de surdosage sont faibles et rarissimes sauf dans les cas suivants :ostéoporose sévère, suspicion de rachitisme ou d'ostéomalacie, personnes âgées qui chutent , suivi de l'adulte transplanté rénal, en cas de chirurgie de l'obésité, dans les myalgies inexplicables , chez les patients devant recevoir une corticothérapie au long cours, avant une induction d'un traitement par bisphosphonates (traitement de l'ostéoporose) .

Sachez que les apports alimentaires en vitamine D sont homéopathiques.

La dose journalière admise par les experts est de 800 à 1200 UI par jour de vitamine D.

Pour information:

Un cp de calciumD3 apporte 500 mg de calcium et 400 UI de vitamine D3

- Les dix aliments les plus riches en vitamine D et leur apports respectifs : huile de foie de morue (10000 UI pour 100ml) le jaune d'œuf (120 UI pour 100 gr), saumon (1000 UI pour 100 gr), truite (400 UI pour 100 gr), Hareng (300 UI pour 100 gr), lait (120 UI pour 250 ml), foie de veau (100 UI pour 100gr) soja (80 UI pour 250 ml), thon en conserve (80 UI pour 100gr), champignons de Paris (40 UI pour 100gr)

La principale source de vitamine D reste le soleil mais son absorption dépend de nombreux facteurs. L'exposition efficace (qui entraîne la synthèse de 20000 UI de vitamine D) correspond à un patient qui se met au soleil de midi, sans crème, pendant 5-10mn, 2 à 3 fois par semaine, 2/3 des parties de son corps, exposé.



➤ Le toucher-les bienfaits du contact

par Madame Ariane Tursan d'ESPAIGNET

Praticienne en Santé Bien-Être et Réflexothérapeute
Directrice de l'École Mauricienne du Bien-Être



'Le toucher' existe depuis le début de l'humanité, et dans l'art du prendre soin le toucher fait partie du quotidien des professionnels exerçant dans le médical depuis le début de la Médecine.

Les synonymes du mot toucher sont aussi nombreux que les définitions que chacun l'y attribue: tâter, effleurer, caresser, palper, prendre et atteindre, et le relient volontiers au langage émotionnel avec les mots tels qu'éprouver, vibrer, émouvoir, affecter et remuer.

L'art du toucher, implique le tactile et donc la peau, véritable trésor sensoriel où se loge un condensé de milliards de récepteurs, nous permettant autant de sentir un cheveu égaré sur notre avant-bras, une pique de ronce sous l'orteil ou la douce caresse d'une étoffe moelleuse qui nous évoque la candide 'peluche' de notre enfance.

La définition du dictionnaire fait référence de mettre la main en contact de quelque chose ou de quelqu'un pour apprécier son état, sa consistance, sa chaleur. Ainsi le terme toucher est souvent relié à l'acte de toucher, et une mise en contact de celui qui touche tout comme celui qui est touché. Nul ne ressort indemne de cet échange car le toucher signe un engagement envers l'autre. Chacun y va de son propre ressenti et de ses propres émotions.

Pourquoi justement l'acte de toucher poursuit son ressenti au-delà du derme ? La peau nous enveloppe complètement telle une cape. C'est après tout le premier-né de nos organes et de loin le plus sensible. Il assure non seulement une protection de notre microcosme, et devient notre premier mode de communication avec le monde extérieur. Après le cerveau, la peau est sans doute l'ensemble d'organes le plus important. La peau et l'acte du toucher nous révèle à notre intériorité et au monde qui nous entoure.

Dans une société en pleine croissance technologique fortement axée sur la communication, que savons-nous vraiment de nos aptitudes à communiquer par la peau... ? Les expressions courantes telles que 'l'avoir dans la peau... Ou ne pas le sentir ... ou je sauve ma peau nous éclaire aussi de notre aptitude à ressentir au-delà même du toucher... les phéromones, petites molécules chimiques en activité de façon autonome, ne sont-elles pas aussi des précurseurs de l'acte du toucher émotionnel et tactile.

Le sens du toucher est directement relié à la peau, il est selon Ashley Montagu, Anthropologue et scientifique de renom, le premier à se développer chez l'embryon humain et sera le dernier sens qui se perd en fin de vie.

À la genèse de notre enveloppe cutanée, (en moyenne 2500 cm² chez le nouveau-né et 18,000 cm² en moyenne chez l'adulte !) lors de nos premiers jours de vie, le développement progressif de l'embryon s'articule autour de 3 feuillettes l'ectoderme, le mésoderme et l'endoderme.

Or, la peau provenant de l'ectoderme va aussi donner naissance aux organes sensoriels : la vision, l'odorat, le goût, le toucher et l'audition; lesquels, sont directement reliés au système nerveux qui a la tâche d'informer le corps de ce qui se passe à l'extérieur.

C'est à cause de ce lien direct avec le système nerveux que le toucher n'est jamais un acte anodin mais un acte à être réalisé avec la plus grande attention et le respect envers l'autre.

L'accompagnement à la personne inclut donc une maîtrise du Toucher, c'est la raison pour laquelle je fais référence à l'art du Toucher, car il s'agit bien d'un art, qui viendra aboutir dans un échange humain rempli de bienveillance, de délicatesse, dans le respect et la juste distance à l'autre selon la pratique Taoïste.

L'humain est un animal de portage, ce qui sous-entend que son développement psychomoteur, et ses fonctions physiologiques vont être stimulées par l'acte du toucher et du portage. Ainsi toucher et masser son bébé depuis les premières semaines de la vie lui sera salutaire à son développement et son éveil au monde et le permettra de reconnaître en tant qu'adulte un toucher sain et malsain.

Le toucher est aujourd'hui associé au bien-être corporel et fait souvent référence au massage, à la kinésithérapie, l'ostéopathie, la réflexologie et semble connaître un essor depuis quelques années. Est-ce une demande en hausse justement face à une société en manque de contact ?

Lors de la maladie ou après des situations éprouvantes de notre vie, nous avons tous fait l'expérience de la puissance de la chaleur en présence du simple et délicat 'touché d'un proche ou d'un ami. *'Dès que le respect et l'écoute habitent nos mains, le toucher devient un art de la relation'* cite Christian Hiéronimus.

Quand le chemin de vie se raccourci emportant avec elle la perte de nos sens.... être touché reste et nous soutient dans notre quotidien. Tel notre meilleur ami et allié vers ces demains incertains.

Plaidons donc pour la revalorisation et la réhabilitation du 'toucher' qui non seulement contribue au développement psychomoteur et physiologique du nouveau-né, améliore les relations parents-enfants, revalorise le respect et la relation affective et amoureuse du couple, apporte chaleur et réconfort auprès de personnes âgées et surtout nous rapproche de notre humanité en tant que composant d'une société.

➤ **Présentation de la Neuropsychologie**

par Madame Armelle STAUB

Neuropsychologue au Centre Alzheimer, Belle-Rose

La neuropsychologie, discipline en plein essor aussi bien en Europe, qu'au Canada ou encore à l'île Maurice, n'est pourtant pas une discipline nouvelle. En effet, on retrouve des articles sur le sujet datant aussi loin que l'Égypte ancienne ou encore de la Grèce Antique.

Le neuropsychologue s'intéresse à l'étude de la relation entre le cerveau et le fonctionnement psychologique incluant les fonctions cognitives (mémoire, langage, raisonnement, concentration etc...), le comportement et les émotions. Le rôle du neuropsychologue est d'évaluer, notamment grâce à l'aide de tests psychométriques, la nature et l'importance des troubles cognitifs suivant un dysfonctionnement cérébral ; que celui-ci se soit développé au cours d'un développement par ailleurs normal (épilepsie, dyslexie) ou qu'il survienne après une affection cérébrale (lésion, traumatisme crânien, tumeur cérébrale, infections, pathologie neuro-dégénérative). Le neuropsychologue travaille aussi bien auprès d'enfants, d'adultes ou de personnes âgées.

Le premier moyen d'investigation des troubles cognitifs est le bilan neuropsychologique. C'est grâce à un vaste choix de tests psychométriques que le neuropsychologue pourra explorer les capacités cognitives d'un individu, de la manière la plus large et la plus précise qui soit, ceci afin d'identifier précisément son état pathologique ou non. Cependant, l'administration des tests à elle seule n'est pas suffisante pour se faire une idée précise de l'état cognitif d'une personne, aussi une observation clinique (qualitative) du comportement du patient est nécessaire. Il est également important d'avoir un entretien avec les proches et la famille permettant ainsi de dater plus précisément l'apparition des troubles et de juger de manière plus objective de l'impact de ceux-ci dans la vie quotidienne du patient.

Après le bilan neuropsychologique s'ensuit tout un travail d'analyse des résultats, permettant l'élaboration d'un profil cognitif basé sur les données psychométriques, l'examen clinique et l'entretien d'anamnèse, avec la famille.

Notons que le neuropsychologue travaille en étroite collaboration avec les médecins et son bilan permet de participer à l'élaboration d'un diagnostic. Par la suite, il pourra assurer un suivi et un accompagnement du patient et de sa famille pour faire face aux troubles et à l'acceptation de la maladie. Il peut également participer à une rééducation ou à une stimulation cognitive du patient.

➤ **La perspective de l'aide soignant familial informel**

par Madame Dominique AVICE, aidant familial informel

L'aide soignant familial informel me paraît être celui qui de manière inconsciente et consciente donne de l'aide à la personne malade, en perte d'autonomie ou âgée. Depuis de nombreuses années, le rôle de l'aidant familial informel est mis en place de façon latente et ne sera activé qu'au moment opportun. Le moment opportun peut être déclenché par une variété d'événements aigus, un accident vasculaire ou une chute. La famille vue comme un système permet de faire ressortir et mieux appréhender cet aspect. Il est des familles où un schéma se met en place et se répète sur plusieurs générations. C'est ainsi que les mouvements et les espaces entre l'aide-soignant familial informel et le groupe familial en priorité ne sont en aucun cas quantité négligeable.

La gestion personnelle du temps, des finances, du corps, des émotions de l'aidant familial informel ainsi que celle des autres dans l'entourage immédiat devient tout à coup insurmontable voire envahissante. Le sentiment d'être submergé et ce, malgré l'aide sincère des autres quels qu'ils soient devient difficile pour tout un chacun pour diverses raisons à des moments différents. Le résultat peut en être un dialogue de sourds et une disruption dans un certain déroulement de la vie quotidienne. Ces derniers maintenaient jusque là un fonctionnement familial de base acquis depuis des années dans des habitudes quotidiennes rassurantes.

Des sentiments de solitude surgissent alors. Ils peuvent être exacerbés et s'installer autour d'incompréhensions mutuelles sapant des liens tissés. En effet, la logique interne et la singularité prennent le dessus dans l'urgence et ce sur des terrains et des registres parfaitement inconnus.

Pour l'aidant familial, les positions d'autrui deviennent par conséquent secondaires au bien-être émotionnel et médical de la personne en perte d'autonomie, malade ou âgée. L'aidant familial ne s'en rendant pas toujours compte, les incompréhensions peuvent s'escalader sinon dégénérer.

Si les autres membres d'une fratrie ou d'une famille élargie sont établis à l'étranger, sont très pris professionnellement voire par d'autres obligations, ces dernières réduisent leur disponibilité à se rendre libres même partiellement. La capacité à repousser les limites, à encaisser le stress et les pressions gagnent à être explorés et travaillés dans le groupe familial. Le dire et le faire dans l'urgence compliquent les liens interpersonnels. Le risque de burn out est élevé.

Des conséquences heureuses et malheureuses s'ensuivent pour tout un chacun. La personne malade âgée peut se sentir la cause de cette disruption familiale. Elle se sent objet et non plus sujet à part entière. Elle est parfois tellement protégée, voire dans certains cas infantilisée, que son indépendance même intellectuelle lui semble enlevée. Souffrances de part et d'autres du continuum familial et de sa périphérie.

Il arrive qu'elle puisse vivre cet état comme une intrusion dans son intimité physique, émotionnelle et familiale. C'est une souffrance additionnelle. Souffrance qui peut être double ou triple car elle voit celle de l'aidant familial informel, l'aidant familial voit la sienne.

Faire un deuil et des petits deuils au quotidien, développer de la résilience deviennent difficiles. Le regard des autres, leurs maladresses ou leurs excès de gentillesse peuvent épuiser le malade qui choisit dans certains cas de ne plus parler. Il est important de les bien choisir et utiliser les mots adéquats. Ils aident à entrer dans de nouvelles

constructions-supports et à rejoindre la personne dans ses deuils à faire; parfois sans qu'elle s'en rende compte et par la même contribue à réduire ses souffrances.

Des thérapies individuelles d'une part et du groupe familial d'autre part sont dans le meilleur des cas d'une grande aide. Il peut être très difficile de les mettre en place pour diverses raisons dont certaines seraient que le côté social, légal et financier ne suivent pas toujours.

Comment vivre ces deuils quand chacun va à son propre rythme, a son vécu et son histoire personnelle?

Changements culturels, sociaux, alimentaires, temporels en bref des rythmes perturbés et ralentis. La solitude peut revenir en force quand les amis du cercle social d'une personne âgée décèdent coup sur coup; que des amis visiteurs cessent petit à petit de venir car leur propre peur de vieillir ou de succomber à une maladie avec dépendance les fait fuir en avant; qu'ils sont happés dans le tourbillon de leur propre vie; ou juste fatigués. La confrontation à sa propre finitude d'être humains est difficile malgré l'amour et l'amitié partagés, la bienveillance et la solidarité des uns et des autres. Vraiment tenir la route sur le long terme est très difficile pour l'aide soignant comme pour le malade.

La formation, l'accompagnement, les cadres humains, légaux, médicaux spécialisés, surtout ceux de résilience sont à pourvoir ou à affiner s'ils existent déjà. Réunir plusieurs solutions dans un même lieu administratif serait un grand soulagement pour l'aidant familial informel.

Des cadres logistiques internes et externes à la famille, des personnes formées à cerner la singularité de tout un chacun à des moments différents dans un monde qui ne pardonne pas si son rythme accéléré n'est pas suivi, se retrouvent en nombre minoritaire pour encadrer tous ceux qui se retrouvent subitement en terres inconnues d'aide soignant familial. Ce qui est normal, anormal, possible, impossible s'entremêle et les frontières deviennent floues.

L'aidant familial aura à faire le tri, à démêler tous ces fils dans des registres émotionnellement épuisants car dans l'urgence, la souffrance et les incompréhensions il se retrouve dans une logique interne de survie. Les appels à ce qui est rationnel restent dans ces contextes sans échos. Les jugements de valeur et les chantages émotionnels augmentent les difficultés. L'inconscient aura pris le relais ainsi que les schémas familiaux hérités.

De plus laisser le temps au temps n'est pas de mise car les besoins de la personne en perte d'autonomie, âgée ou malade ne peuvent attendre avant qu'une nouvelle routine soit mise en place. C'est cela qui semble manquer le plus : des cellules de crise dans ce domaine au niveau national pour que les aidants informels familiaux évitent le burnout et aient la sérénité de se centrer sur la personne du malade plus que sur le pourtour qui reste cependant très important comme support. Être au four et au moulin dans ces contextes et entendre les ponts jetés pour les traverser n'est pas donné à tout le monde semble-t-il. Les conséquences en sont multiples et variées.

Les enfants uniques sans une cellule familiale élargie ou ceux avec presque tous ses membres émigrés se retrouvent dans une situation encore plus complexe. Et ce d'autant plus s'ils sont célibataires. L'aidant familial informel aurait besoin d'une famille d'accueil surtout pour le registre de l'intimité d'une famille, d'une personne qui fait le contrepoids et ce en toute confidentialité. Maintenir et repousser les frontières entre l'extérieur et l'intérieur est un paradoxe encore plus difficile dans le cas de l'aidant familial informel.

Il y aurait encore tant de choses à mettre en place, à adapter aux contextes locaux... c'est dans la durée que les preuves se font et que les épreuves se défont pour créer des renouvellements et du nouveau avec tout un chacun et soi-même.



Qu'est ce que la qualité de vie quand on souffre d'Alzheimer?

par le Dr Shiv SEGOBIN,

FRACP, Spécialiste en Médecine Gériatrique,

en charge de l'Unité de Gériatrie à l'Apollo-Bramwell Hôpital, Moka

Chaque être humain a droit à une qualité de vie, quelle que soit sa maladie. Mais la notion de qualité de vie varie de personne à personne. Un exemple simple est le rythme quotidien du sommeil: certains considèrent qu'une sieste après le déjeuner augmente la qualité de vie de la personne, alors que d'autres peuvent interpréter des "pauses sieste" pendant la journée comme un signe d'affaissement, de sédentarité et de sénilité, donc de qualité de vie réduite.

Bien évidemment, la notion même de qualité de vie est subjective, individuelle, personnelle. Il y a bien sûr quelques exceptions à cette règle: on sait sans aucun doute que chaque personne a besoin de nourriture, de sommeil, d'avoir un toit sur sa tête, de ne pas souffrir de douleurs physiques, et même de chaleur humaine. Mais les généralités s'arrêtent plus ou moins là.

Sinon, chaque personne a ses préférences. Certains aiment la montagne, certains préfèrent rester au chaud, à l'intérieur. Il suffit sans doute de discuter avec une personne pour comprendre ses affinités, ses joies, son savoir-vivre. Mais qu'en est-il des personnes souffrant de démence, telle la maladie d'Alzheimer? Comment comprendre ce qui constitue leur qualité de vie?

La réponse se trouve d'abord dans l'observation de la personne. Chacun a ses habitudes. La tasse de thé laissée froide et le café bu chaud, c'est l'exemple d'une observation simple pouvant indiquer si une personne est plutôt "thé ou café", pour ne citer qu'un exemple parmi tant d'autres potentiels. Rien n'est perdu non plus dans le questionnement direct: si la personne peut vous répondre sur ses préférences, elle le fera!

Deuxièmement, il faut faire l'effort de connaître le passé de la personne, la personnalité pré-Alzheimer. Je pense toujours à mon patient écossais, toujours très agité et parfois même violent pendant la journée, jetant des chaises contre les murs. Homme très fort, il était l'exemple-type de celui sur lequel les médicaments ne font pas un grand effet. En enquêtant dans son passé en parlant à sa femme, on a compris qu'en tant qu'ouvrier sur un bateau de pêche

durant sa jeunesse, il passait des heures et des heures quotidiennement à porter des caisses de poisson au-dessus de sa tête. On lui donna une caisse, et il la porta avec un sourire au-dessus de sa tête tous les jours, sans agitation ni violence...

Et troisièmement, il faut toujours essayer de se mettre à la place de la personne pour comprendre sa qualité de vie. Dort-on mal parce que la fenêtre donne sur l'autoroute bruyante? Ne mange-t-on pas bien parce que c'est toujours froid? Ne va-t-on pas au jardin parce qu'on souffre des douleurs de son arthrose aux genoux? Une personne atteinte d'Alzheimer ne sait pas toujours s'exprimer, il faut souvent comprendre sans explications directes, en portant attention...

La maladie d'Alzheimer n'empêche pas la qualité de vie, si l'on veut bien prendre la peine de comprendre la personne: c'est ce facteur humain qui fait toute la différence.

➤ Trouble de mémoire

Monsieur Praneel K. GAYAN

Neuropsychologue - enregistré avec l'Association des psychologues de Belgique

« Elle oublie ». « Elle perd la mémoire ». « Elle devient vieille ». Autant de termes qui peuvent venir à l'esprit, à tort ou à raison, face à un proche qui démontre une incapacité à former des souvenirs de ses propres comportements ou événements récents auxquels il a pris part et ces souvenirs sont normalement agrémentés de détails spatiaux et temporels précis (i.e. la mémoire épisodique). Quand ces troubles de mémoire épisodique dépassent des limites statistiques, mesurés avec des tests neuropsychologiques, ils indiquent une amnésie antérograde : le symptôme clé de la maladie d'Alzheimer.

Mais il existe une variabilité clinique importante dans les maladies dites neurodégénératives (i.e. processus pathologiques qui détruisent les neurones et/ou connexions entre eux), dont l'âge est le premier facteur de risques, qui peuvent se présenter sans atteinte de la mémoire épisodique, du moins aux stades initiaux. Tel est le cas par exemple pour la maladie à corps de Lewy (troubles dysexécutifs comme des difficultés à planifier/organiser des tâches ou dans le raisonnement ;et visuo-spatiaux comme la difficulté à percevoir la profondeur d'objets ou les relations spatiales entre ceux-ci), les dégénérescences lobaires fronto-temporales (syndrome dysexécutif neurocognitif et socio-affectif au premier plan), ou encore l'atrophie corticale postérieure (troubles visuo-spatiaux et visuo-constructifs prédominants).

Les fonctions cognitives ou cérébrales (mémoire(s), attention(s), fonctions exécutives, langage, praxies, gnosies) se dégradent à partir de la trentaine tout au long du vieillissement. La question est donc de pouvoir délimiter ce qui est « normal » de ce qui ne l'est pas. La détection ou l'exclusion d'une éventuelle maladie neurodégénérative repose sur une anamnèse détaillée obtenue auprès du patient et d'un ou des proche(s) suivie de l'évaluation neuropsychologique psychométrique, qui reste la méthode de diagnostic de référence mais qui peut être précédée par des outils de dépistage.

En conclusion, le très bref aperçu de certaines pathologies démontre la nécessité pour le patient et/ou son entourage : 1) d'être vigilant face à d'éventuels changements au niveau cognitif et 2) de ne pas se focaliser uniquement sur « la mémoire ». Dès que l'on se pose des questions sur la possible apparition de troubles cognitifs ou que l'on essaie de les justifier (« c'est l'âge »), il est fortement conseillé de consulter un professionnel.