

EDITORIAL - Le syndrome gériatrique des chutes

Pourquoi avoir choisi le syndrome gériatrique des chutes pour la 3e édition de la revue du groupement FIAPA ? Peut-on prévenir la survenue des chutes ? Quelles en sont les conséquences ? Quand surviennent la ou les fractures, quelle est la prise en charge médicale et paramédicales ? Comment cela se passe-t-il à domicile et en institution ? De qui sont constitués les membres de l'équipe de rééducation ? L'avancée en âge peut-elle être un facteur de discrimination dans les modes de prise en charge des fractures ? Existe-t-il de nouveaux traitements des fractures vertébrales ?



Les chutes sont un évènement majeur dans la vie d'une personne âgée. Elles entraînent des conséquences traumatiques et des plaies, sont sources de stress psychosocial, de perte de confiance, de perte d'autonomie fonctionnelle, d'admission en institutions, de morbidité et de mortalité. Les facteurs prédisposant aux chutes sont multiples et d'ordre environnemental, comportemental, biologique et socioéconomique. L'évaluation gériatrique standardisée est nécessaire et pluridisciplinaire. Il faut rechercher l'existence d'une première chute et confirmer s'il y a une récurrence ou pas.

La prise en charge sera plurifactorielle :

- Une rééducation par des exercices physiques pour travailler la coordination, l'équilibre, la force musculaire et la motricité
- L'ajustement des médicaments et la gestion médicale
- Les modifications environnementales
- Et assurer la sécurité à domicile.

Il faut aussi éduquer les professionnels sur les modes d'évaluation et de traitement, former les aidants sur la bonne manière d'encadrer les patients, et apprendre aux patients à prévenir la survenue d'une chute ultérieure.

Par Dr Pascale Dinan,

Médecin membre de la société française de gériatrie et gérontologie

Présidente du groupement FIAPA Ile Maurice.

Les chutes chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs

Madame Armelle STAUB POUILLES, neuropsychologue, Ile Maurice
Dr D. Vincent OXENHAM, neuropsychologue, Australie

Les chutes représentent la première cause d'hospitalisation de la personne âgée dans plusieurs pays. Une étude s'étant penchée sur cette question révèle qu'elles sont deux fois plus fréquentes chez les personnes âgées souffrant de pathologies démentielles que chez les personnes âgées sans troubles cognitifs¹. Cette même étude poursuit en disant que les personnes souffrant de pathologies démentielles et ayant fait une chute voient les chances d'une entrée en maison de retraite se multiplier par cinq et ces personnes seraient trois fois plus à risques de subir une fracture¹. Cela nous mène à une autre statistique, qui est la hausse du taux de mortalité chez cette population suite à une fracture de la hanche. Nous sommes donc confrontés à un réel problème car nous savons que le nombre de personnes souffrant de pathologies démentielles est en augmentation et atteindrait les 132 millions en 2050².



La prévention des chutes devient donc un enjeu capital, et la première étape va être d'en déterminer la cause. Une personne âgée sans troubles cognitifs est déjà plus à risque de faire des chutes qu'une personne jeune pour plusieurs raisons, on retiendra notamment une instabilité posturale, la prise de médicaments (plus particulièrement des psychotropes), le phénomène d'hypotension orthostatique ou encore des problèmes visuels. Ces facteurs sont exacerbés par le manque important d'exercices physique rapporté chez les personnes de 60 ans et plus.

A cela, viennent s'ajouter d'autres facteurs de risques pour une personne souffrant d'une pathologie démentielle, et plus précisément les troubles du comportement tels que la déambulation ou l'agitation. N'oublions pas les troubles cognitifs tels que les difficultés de reconnaissance, d'estimation ou de perception de son environnement et des objets. L'oubli est le symptôme le plus connu dans la maladie d'Alzheimer et est responsable d'un grand nombre de chutes. Même si on explique à une personne ayant des troubles mnésiques de faire attention quand elle se met debout, de prendre plus de précautions quand elle marche ou tout simplement de demander de l'aide quand elle a besoin de se déplacer, cette personne va quand même essayer de se déplacer seule. La perte d'autonomie et de mobilité est difficile à accepter! Pour terminer, une altération de la capacité à la prise de décisions et à la résolution de problèmes participe également aux chutes. Par exemple, ils vont avoir de grosses difficultés à estimer les conséquences de prendre des escaliers ou de marcher sur surface glissante.

Afin d'aider à réduire le risque de chutes il est important d'adapter le lieu de vie de la personne à ses difficultés: enlever les tapis et fils électriques de sur le sol, s'assurer que les marches ou escaliers soient sécurisés, l'éclairage doit être adapté, on peut même laisser une lumière allumée la nuit au cas où la personne voudrait aller aux toilettes. Il est aussi conseillé de placer tous les objets importants à portée de main. Il faut également encourager la personne à faire de l'exercice régulièrement afin de renforcer les muscles. Pour terminer, il serait important de faire le point avec le médecin sur les médicaments afin de voir s'ils sont pris correctement et si ces médicaments auraient des effets secondaires.

Sources:

1. Taylor et al., (2012), Managing falls in older patients with cognitive impairment. Aging Health 8(6), 573-588.
2. World Health Organisation

Chute, interactions sociales et communicationnelles

Sonia Michalon¹², Sandra Gungurum³

¹ Orthophoniste au Centre Mémoire du CHU Félix Guyon – ile de la Réunion ;

² Doctorante en neuropsychologie, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire - Université d'Angers

³ Orthophoniste à l'Association Alzheimer Maurice – Ile Maurice

Chute et troubles cognitifs peuvent être banalisés par les personnes âgées et leur entourage, comme une fatalité au vieillissement, ce qui fait que la plupart d'entre eux ne bénéficieront d'aucune intervention médicale.

En milieu institutionnel, où les patients porteurs de troubles neurodégénératifs sont majoritaires, la fréquence des chutes est plus élevée qu'en milieu communautaire (Puisieux, Pardessus, & Bombois, 2005). Ainsi, la présence de troubles cognitifs augmente le risque de chuter. Graafmans et al. (1996) dans une étude de suivi de 354 patients âgés de plus de 70 ans vivant à domicile, ont mis en évidence l'existence de troubles cognitifs (score au MMSE <24) et constaté que la diminution de l'efficacité cognitive globale était un facteur de chutes. Or, l'expérience de la consultation multidisciplinaire de la chute au CHU de Lille a constaté que ces troubles cognitifs étaient ignorés avant la consultation dans 80% des cas (Maeker et al., 2005).

La chute est le plus souvent d'origine plurifactorielle, mêlant facteurs intrinsèques ou environnementaux. Néanmoins, sur le plan cognitif, on peut retrouver : des troubles du jugement (mauvaise évaluation du risque ou de ses propres capacités), troubles praxiques (coordination des mouvements), troubles attentionnels (attention divisée, double tâche), troubles visuospatiaux (Puisieux et al., 2005).

Diminution des interactions sociales. Le risque de chute amène insidieusement à une possible limitation des interactions sociales et communicationnelles, la diminution des déplacements aboutit à une diminution des relations sociales extérieures et l'isolement peut s'installer progressivement. De plus, dans ce contexte de diminution des performances physiques et dans une logique de prévention d'éventuels chutes à venir, certains sont tentés d'éviter toute prise de risque inutile. Comment limiter les risques ? Par exemple, en contrôlant son environnement et en évitant toute nouveauté, en créant des habitudes et des routines. Ce qui entraîne la sous-utilisation de fonctions cognitives élaborées qui sont les fonctions exécutives.

Les fonctions exécutives. Les fonctions exécutives interviennent lorsque l'individu doit s'adapter à une situation nouvelle et que les schémas automatiques et routiniers ne sont plus suffisants. Elles permettent également d'adapter et de contrôler son discours, ses pensées et sa manière de répondre à une situation donnée. Ces fonctions exécutives sont sollicitées par des situations nouvelles. S'il n'y a plus de nouveauté dans notre vie, alors il n'y a plus de situations nouvelles, plus rien pour attirer notre attention et solliciter nos fonctions de contrôle et d'adaptation.

La vie sociale, au même titre que l'activité physique chez la personne âgée constitue un facteur de protection au déclin cognitif. Afin d'éviter le déclin fonctionnel et cognitif, il faut garantir l'alimentation des cartes corticales de haut niveau en stimulation/remédiation cognitive.

Ainsi, le rôle du thérapeute est ici orienté vers le maintien des acquis et la prévention du déclin des fonctions cognitives qui sous-tendent les interactions communicationnelles (attention, fonctions exécutives, mémoire de travail, mémoire sémantique). Il va dans un premier temps évaluer le niveau de *fragilité* de la personne âgée, puis effectuer un bilan des fonctions cognitives. Puis, il va s'assurer que la prise en charge est adaptée (stimulation/remédiation), tout en encourageant la reprise des interactions sociales (Vogel et al., 2014).

Néanmoins, cette seule intervention ne suffit pas. Des études ont montré que **les interventions multifactorielles** qui reposent 1) sur la stratégie de « réduction des risques » et 2) qui consistent à repérer les facteurs de risques de chute intrinsèques et extrinsèques afin de réduire ceux qui sont modifiables, et 3) parallèlement à remettre précocement le patient « en fonction » par une rééducation adaptée, **seraient parmi les interventions les plus efficaces** (Puisieux et al., 2005; Tinetti, 2003).

Conclusion. Chute et troubles cognitifs sont étroitement liés chez le sujet âgé. Tout patient âgé à risque de chute devrait pouvoir bénéficier d'une évaluation cognitive précoce, afin de dépister d'éventuels troubles cognitifs sous-jacents. A l'inverse, il faudrait pouvoir proposer à tout patient âgé ayant des troubles cognitifs, une évaluation du risque de chute et des facteurs de risque de chute. La prise en charge se veut globale, à la fois médicale, rééducative et sociale pour préserver l'autonomie du patient, sa qualité de vie et celle de ses proches.

Bibliographie

Graafmans, W. C., Ooms, M. E., Hofstee, H. M., Bezemer, P. D., Bouter, L. M., & Lips, P. (1996).

Falls in the elderly: a prospective study of risk factors and risk profiles.

American Journal of Epidemiology, 143(11), 1129-1136. Maeker, E., Bombois, S., Pardessus, V., Tiberghien, F., Dipompeo, C., Thevenon, A., ... Puisieux, F. (2005).

[Cognitive disorders and falls: experience of the Lille multidisciplinary falls service].

Revue Neurologique, 161(4), 419-426. Puisieux, F., Pardessus, V., & Bombois, S. (2005).

[Dementia and falls: two related syndromes in old age].

Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillissement, 3(4), 271-279. Tinetti, M. E. (2003).

Clinical practice. Preventing falls in elderly persons.

The New England Journal of Medicine, 348(1), 42-49. Vogel, T., Schmitt, E., Kaltenbach, G., & Lang, P. O.

(2014). La fragilité: un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile.

NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, 14(79), 43-49.

LA CIMENTOPLASTIE VERTEVRALE EN 2017 - Dr H.PETIT Rhumatologue

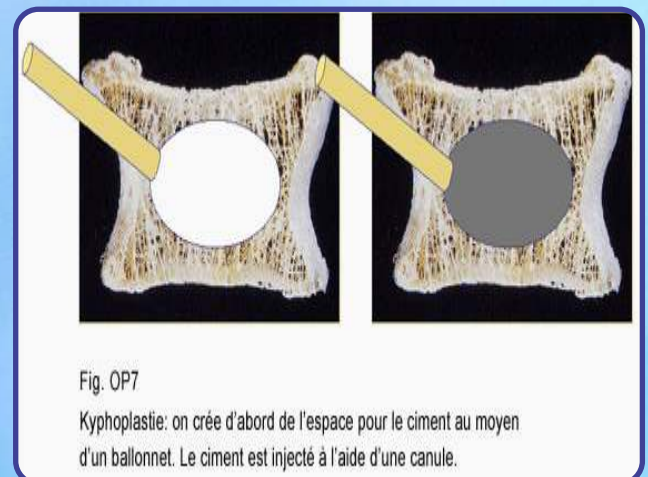
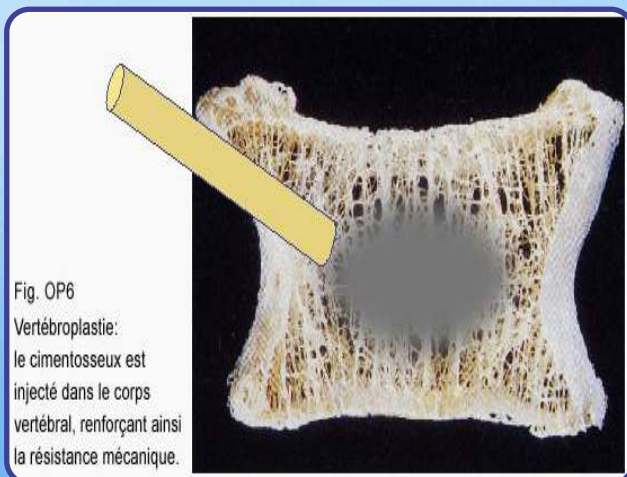
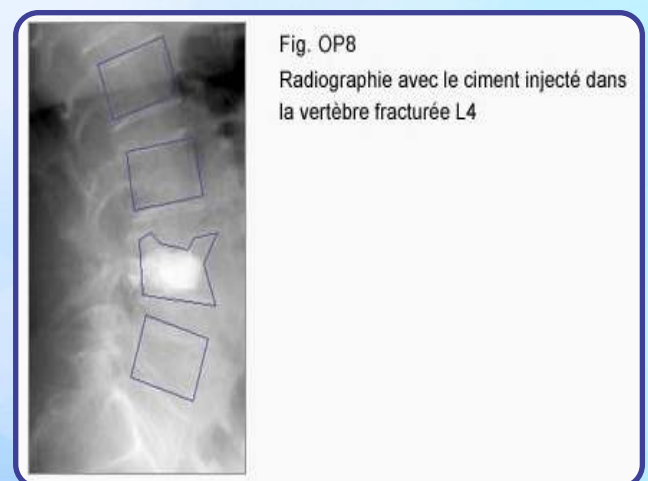
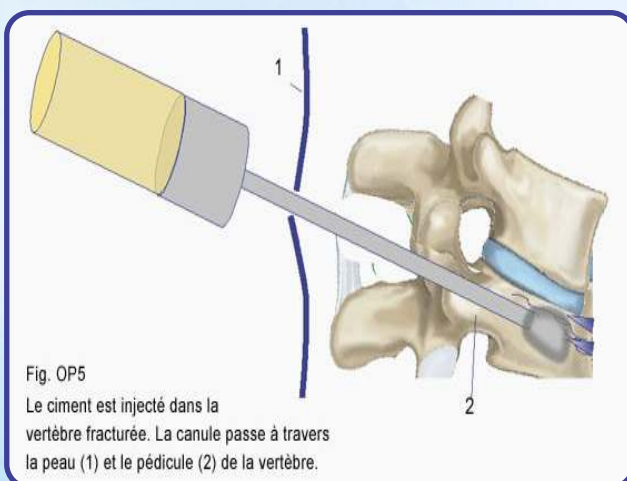
S'il est un domaine qui représente un véritable problème de santé publique dans le monde, c'est l'ostéoporose avec ses conséquences dramatiques sur le quotidien du sujet âgé. Quelques chiffres : 3 millions de femmes touchées en France, 250 millions de femmes dans le monde, une femme sur deux après 50 ans, 130000 fractures par an en France directement liées à l'ostéoporose (44% de tassements vertébraux, 19% de fractures du col fémoral, 19% de fractures du poignet et 23% au niveau des autres membres), une mortalité de 30% dans l'année suivant la fracture, une perte d'autonomie ou un abandon de domicile dans un cas sur 2 patients fracturés..

Une fracture de vertèbre, de hanche, du poignet ou des côtes, va donc laisser des séquelles physiques et psychologiques et notre devoir de médecin est bien entendu de prévenir la survenue de ces événements fracturaires, mais une fois qu'ils sont là, de soulager rapidement le patient et le remettre en activité pour éviter grabatisation et syndrome dépressif.

La cimentoplastie ou vertébroplastie percutanée et la kyphoplastie font partie de l'arsenal thérapeutique moderne de la prise en charge rapide d'un tassement vertébral.

*Ce sont Galibert et Deramond qui ont proposé, en 1985, l'injection de ciment acrylique par voie percutanée dans un angiome vertébral agressif. Depuis, l'intérêt pour cette technique n'a cessé de croître et ses indications se sont élargies. Il s'agit donc d'une technique qui consiste à injecter un ciment biocompatible dans un corps vertébral pathologique (avec **kyphoplastie**) ou sans ballonnet (vertébroplastie) sous contrôle radioscopique ou scanner.*

Son but est double : consolider la vertèbre fragilisée et traiter surtout la douleur d'origine osseuse.



Ses indications sont :

- les angiomes agressifs
- les tassements ostéoporotiques algiques thoraciques et lombaires
- les tumeurs rachidiennes algiques (métastases, myélome)
- certaines fractures vertébrales traumatiques du sujet jeune en alternative au corset
- certains renforcements de la colonne antérieure en complément d'une arthrodèse postérieure, pour éviter un double abord chirurgical.

Ses contre-indications sont :

- les troubles de la coagulation ou les patients sous anticoagulants
- les infections générales ou cutanées sur le trajet de ponction
- une compression neurologique préexistante ou une fracture vertébrale sévère avec fragments osseux libres

Comment se déroule le geste ?

Le geste nécessite une courte hospitalisation, en général 3 jours : entrée la veille de l'intervention, sortie le lendemain en l'absence d'incident. Le traitement se déroule au bloc opératoire ou dans le service de radiologie compte tenu de la nécessité d'un repérage radiologique (scanner et/ou appareil de scopie). La cimentoplastie peut être réalisée sous sédation et anesthésie locale ou sous anesthésie générale, selon le nombre de lésions à traiter, la tolérance et la coopération du patient.

Les complications

- Allergie au ciment (rare) avec hypotension voire choc anaphylactique
- Infection ou hématome au lieu de ponction
- Nouvelle fracture au niveau des vertèbres adjacentes du fait des contraintes mécaniques entraînées par le remplissage de ciment
- Embolie graisseuse pulmonaire
- Compression des structures nerveuses adjacentes secondaire à une fuite de ciment (<3%)

Les résultats

Ceux décrits dans les différentes séries de la littérature notent une amélioration immédiate sur la douleur dans 80-90% % des cas si les indications sont bien posées, et une disparition complète de la douleur dans 60% des cas.

En pratique

La cimentoplastie est idéalement réalisée entre 4 semaines et quatre mois qui suit l'événement fracturaire. Les fractures thoraciques (dorsales) doivent être traitées plus précocement car la cyphose secondaire réduit les capacités respiratoires des patients. La sélection des patients est basée sur l'examen clinique et sur l'IRM qui est l'examen le plus performant pour distinguer les fractures vertébrales récentes et anciennes. Plusieurs corps vertébraux peuvent être traités au cours de la même procédure.

En conclusion

Ce traitement moderne séduisant, devrait compléter le traitement conservateur classique de la prise en charge d'un tassement vertébral, connu de tout médecin à savoir repos, corset, antalgiques, bisphosphonates oral ou intraveineux. Souhaitons voir cette technique rapidement introduite à l'Île Maurice.

Rééducation de la chute du patient gériatrique sur plateforme stabilométrique.

Dr Yusa WAHED

Gériatre Consultation mémoire Hôpital René Muret Hôpitaux Universitaires Paris-Seine-Saint-Denis

La chute, définie comme un contact non désiré avec le sol, est le fait de se retrouver à un niveau inférieur sans le vouloir. Elle est un accident fréquent qui va poser des problèmes d'identification de sa cause. Puis, viennent la prise en charge des lésions traumatiques, et la prévention du syndrome post- chute. Dans la grande majorité des cas, la prise en charge par l'équipe de rééducation est indispensable [1].



Les effets conjugués du vieillissement physiologique, de différentes affections et de facteurs extrinsèques et iatrogènes expliquent la fréquence des troubles posturaux et l'augmentation du risque de chute observées chez la personne âgée. On estime qu'environ un tiers des personnes âgées de 65 ans, et plus de la moitié des plus de 85 ans sont victimes d'au moins une chute par an [2].

En institution, la prévalence des chutes apparaît encore plus élevée : sol mouillé, lumières insuffisantes, chaussage inconfortable et mobilier inadapté tels les fauteuils de repos, lits hauts.

La stabilométrie est l'étude de la posture érigée. Selon la Haute Autorité de Santé, la posturographie statique a pour but d'étudier les mécanismes de régulation de l'équilibration à travers l'examen de la trajectoire des centres de pression (statokinésigramme). Cette technique utilise des plates-formes de force, munies de plusieurs capteurs permettant de mesurer l'évolution au cours du temps, de la distribution du poids du corps sur la plate-forme de force. Chaque capteur supportant une partie du poids du corps, mesure donc la force qui lui est appliquée. Le centre des pressions définit l'étude de la distribution spatiale et temporelle du poids du corps sur la plate-forme [3].

La plate-forme enregistre donc la résultante de la force d'appui d'un sujet debout. La mesure des forces et moments exercés au niveau de la plate-forme permet de préciser les coordonnées du centre de pression, et de suivre ses variations dans le temps [4].

Elle transforme la force appliquée en énergie électrique (signal). Le traitement de ce signal se fait à l'aide d'un ordinateur et d'un logiciel d'analyse mathématique du signal stabilométrique.

La stabilométrie est un outil non-invasif et objectif, à visée diagnostique et curative. Elle donne des mesures quantitatives qui sont facilement reproductibles dans le temps. Cet appareil comporte également un aspect ludique et motivant pour le patient.

Selon la littérature, la rééducation stabilométrique améliore la posture du sujet âgé et contribue à réduire le risque de chute.

Rééducation fonctionnelle par biofeedback postural

1. Balancement

Le patient reçoit la consigne de pousser la cible le long d'une ligne (verticale, horizontale, à 45° ou à 135°). Il doit s'entraîner à transférer ses appuis d'avant en arrière, de droite à gauche, en diagonale, pour cela le patient doit apprendre à balancer son corps.

2. Balayage

Cette phase d'évaluation permet au thérapeute de repérer les zones de déficits posturaux du patient. La consigne donnée au sujet est de balayer sa propre surface de sustentation en déplaçant son corps de façon rotatoire autour des chevilles. L'observation de ce travail permet au thérapeute d'établir un programme de rééducation adapté aux déficits posturaux du patient et d'objectiver chaque semaine la progression de la récupération fonctionnelle. La durée de l'exercice est de 45 secondes.

3. Stabilisation

Le patient reçoit la consigne de ne pas laisser la chenille sortir de la cible qui apparaît au centre de l'écran. Il doit s'entraîner à contrôler sa stabilité, c'est à dire à ne pas laisser son centre de pressions podales s'écarter de la position de référence. La difficulté est augmentée par une réduction de la surface réelle de la cible. Le patient se rend compte que le niveau de difficulté monte progressivement et que son espace de liberté se réduit de plus en plus.

4. Mise en charge

Une cible apparaît : le patient doit alors conduire la chenille dans la cible et tenir la position un certain temps. La cible est ainsi représentée successivement dans les différentes parties du cadran de travail choisi par le rééducateur. L'augmentation du niveau de difficulté provoque l'augmentation de la distance entre les cibles et la position initiale du sujet (zéro patient).

5. Transfert d'appui

Cet exercice prépare le patient au déroulement du pas. La cible s'affiche successivement le long d'un arc de cercle de 90°, le patient doit suivre son déplacement comme s'il essaye de rentrer dans la cible qui s'échappe toujours, dès qu'elle est touchée. Il réalise, ainsi, un transfert dynamique et contrôlé de l'appui. Cet exercice se déroule dans le sens des aiguilles d'une montre puis dans le sens inverse. Les niveaux de difficulté vont croissant avec la taille du terrain utilisé : de plus en plus éloigné du centre de la plate-forme.

6. Contrôle postural

Lorsque le patient a su maîtriser sa stabilité, contrôler sa mise en charge et le déroulement de son transfert d'appui, on peut encore le préparer à lutter contre les déstabilisations aléatoires qu'il rencontre dans la vie quotidienne, par exemple au cours de la marche. Le patient est prévenu qu'une cible va apparaître sur l'écran et qu'il n'aura que cinq secondes pour la détruire avec la chenille. Puis une autre cible apparaîtra aussitôt après dans un autre cadran, qu'il faudra détruire le plus vite possible. Les limites de temps imposées donnent à l'exercice un caractère dynamique. La succession rapide de l'apparition des cibles oblige le patient à anticiper son contrôle postural.

1. ABRAHAMIK A., WAHED Y. et al. La rééducation après une chute chez les personnes âgées. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie* 2009; 156:320-321
2. TINETTI M.E., SPEECHLEY M., GINTER S.F. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N. Engl. J. Med.* 1988; 319:1701-1707
3. MULLER F. Analyse de la posture statique et/ou dynamique sur plateforme de force (post urographie) : statokinésigraphie informatisée. Juin 2007
4. GAGEY P., BIZZO G. La mesure en posturologie. Janvier 2001
5. MOUZAT A., DABONNEVILLE M., ROUX D. et al. Position des pieds et paramètres stabilométriques. *Staps* 2005;1:67:59-72

L'Aromathérapie en gériatrie

« Le syndrome gériatrique des chutes chez des aînés »

Ariane Tursan d'Espagnet, Praticienne en Santé Bien-Etre et en Watsu ®, réflexologue

Les huiles essentielles sont des produits huileux volatils et odorants retirés de végétaux par différentes formes d'extraction. L'usage des plantes qu'il soit par la phytothérapie ou l'aromathérapie est une panacée connue de nos aînés, habitués depuis leur enfance à faire usage de préparations et décoctions traditionnelles à domicile ou en officine.

L'Aromathérapie a fait du chemin, de même que les techniques de distillation qui ont permis au fil des années de mieux distiller et comprendre les nombreuses propriétés thérapeutiques de chacune de ces essences. Elles peuvent s'avérer d'un soutien salutaire et bénéfique pour les personnes âgées lors de divers complications suite à une chute.

Je fais ici référence à des ecchymoses, hématomes, entorses, elongations musculaires ou déchirures, fractures, crampes et évidemment les courbatures et douleurs multiples qui en découlent. Par le biais des huiles essentielles (HE), nous pourrions ainsi retrouver leurs bienfaits comme antalgique, analgésique, sédatif nerveux, calmant, antirhumatismal, anti-inflammatoire et cicatrisant. Sachant d'autant plus que la plupart des HE sont antibactériennes.

Lors de 'petites chutes' à domicile sans trop grandes conséquences, ou en accompagnement après bilans plus lourds, il vous sera possible de faire usage de préparations à bases d'huiles essentielles sous des formes galéniques en pharmacie tels que flacon d'huile essentielle isolé, gels, baume, huiles végétales dans lesquelles se trouvent des huiles essentielles distillées et cela pour une application percutanée, soit dit en massage léger directement sur la zone douloureuse ou autour.

En cas d'usage d'un flacon unitaire d'une HE, il est absolument nécessaire de la diluer au préalable dans une base d'huile végétale (HV) (ex : Macadamia, Amande douce, sésame) dans une équivalence par exemple de 1 cuillère à soupe d'HV=15ml pour une maximale de 9 gouttes d'HE et en application percutanée, ce qui équivaut à un mélange dosé à 3%. Tiédir votre mélange au bain marie sera aussi fort agréable et relaxant.

Applications directement sur les zones du corps concernées mais ne doivent pas être appliquées directement en cas de plaie ouverte. Un essai au préalable sur l'avant-bras permettra de voir s'il y a des réactions cutanées en cas d'allergies. Il sera prudent de rester sur des dosages de l'ordre de 3 à 5 % en gériatrie due à une poly-médication dans un bon nombre de cas et ainsi limiter des surcharges sur les fonctions hépatiques et rénales.

En flacon unitaire, la *Gaulthérie couchée* (*Gaultheria Procumbens*), plante de la famille des éricacées, riche en esters s'avère le must comme antalgique pour les crampes, contractures, tendinites mais aussi les douleurs rhumatismales, l'arthrite et l'arthrose. Elle chauffe localement le muscle ou la zone et y exercera ses actions. D'un flacon unitaire, versez une maximale de 18 gouttes pour un total de 30ml d'HV et conserver dans un flacon avec bouchon. Tiédir au bain marie avant application 3 x par jour. Un flacon d'HE de 10ml disponible sur le marché inclut une moyenne de 250 gouttes, ce qui vous donne une visibilité du nombre de fois que vous pourrez bénéficier de ces mélanges...

Autre huile prioritaire sera l'*Eucalyptus Citronné* (*L'Eucalyptus Citriodora*) de la famille des Myrtacées et riche en Aldéhydes terpéniques citronellal, de mêmes que des alcools tels que le Citronellol et le géraniol. Cette HE est un anti-inflammatoire puissant, un antispasmodique et un antalgique. Elle sera utile lors de tendinites et de douleurs sciatiques. A noter qu'elle sera aussi adaptée pour des mycoses cutanées et le pied d'athlète.

La *Lavande Vraie* (*Lavendula Officinalis* ou *Augustifolia*) est l'indispensable de la pharmacie en gériatrie. De la famille des Lamiacées, cette HE hautement aromatique est un cicatrisant puissant, un antalgique remarquable et un régénérant cutané, mais elle est aussi hautement sédatrice et calmante. Quand les douleurs perturbent le cycle du sommeil, cette HE, au moyen de 3 gouttes sur un mouchoir ou sur la taie de l'oreiller sera calmant et antidépresseur.

L'*Hélichryse Italienne* (*Helichrysum Italicum*), aussi connue comme l'immortelle, est de la famille des Astéracées. On la retrouve principalement en Corse. Sa teneur en esters, dont l'acétate de caryophyllène et des cétones fait de cette HE la reine des antis hématomes. Elle sera donc hautement adaptée lors d'hématomes et d'ecchymoses, mais autant pour des tendances aux œdèmes, varicosités, et en application après des fractures et autres traumatismes.

Cette synthèse en HE essentielles, en cas de chute, démontre à quel point les principes actifs de ces différentes plantes seront utiles pour apaiser et calmer les aînés et améliorer leur confort de vie au quotidien

L'aide médicale en lien avec la perte d'autonomie liée aux chutes Madame Sylvette Dholah- Manager d'entreprise pour la vente de matériel médical

L'autonomie d'une personne âgée ou toute personne ayant subi une amputation tient principalement à la prévention des chutes car les chutes, peu importe leur catégorie, entraînent une perte en autonomie.
On pourrait catégoriser les chutes ainsi:



- Ø la chute dite **lourde** : perte de verticalité rapide associée à un choc
- Ø la chute **molle** : lorsque la personne se retient (à un meuble, par exemple)
- Ø la chute **syncopale** : lors de perte de connaissance

Souvent quand je rencontre des clients qui nous demandent notre avis pour la prévention des chutes d'un des leurs, je préfère soit me déplacer pour rencontrer la personne dans son environnement pour proposer le matériel adapté. Dans le cas échéant, si la personne peut se déplacer pour nous rencontrer on lui fait essayer le matériel qui lui conviendrait le mieux. Car c'est fréquent que le choix du matériel est défini par une tierce personne qui pense tout à fait bien faire mais que le patient n'utilisera pas. Ceci soit par manque de confort ou de confiance ou même par peur du ridicule. Une canne peut être mal comprise quand il n'y a pas eu de dialogue. Par exemple : Est-ce d'une canne dont la personne a besoin ou d'une tripode ou quadripode? C'est le choix offert et les explications données qui apporteront la différence. Nous mettons aussi à disposition un système de location de matériel tel que lit médicalisé électrique et mécanique, fauteuil roulant, lève-patient, porte-perfusion, rampes.

Nous apportons une formation à chaque utilisateur de notre matériel loué ou acheté que ce soit le patient, le client (l'acheteur) ou l'aidant. Que ce soit pour un déambulateur, un matelas anti-escarres, un fauteuil de douche etc. Combien de fois en visitant des personnes âgées n'ai-je vu des personnes ayant un déambulateur avancer en gardant le déambulateur fixe d'où beaucoup d'efforts quand c'est un déambulateur qu'on peut faire glisser de gauche à droite pour avancer... Informer c'est important, ainsi on pourrait prévenir des chutes.

Petite anecdote :- Un jour je vois arriver dans le magasin un homme âgé qui regarde le lève patient et me dit "tiens c'est ce dont j'ai besoin pour lever mon épouse. Quel est le prix? Je le lui dis et tout de suite ouvrant tout grand sa sacoche il me montra une liasse de billets. Je lui propose de s'asseoir et ainsi commence un dialogue avec lui pour comprendre cet achat. Grand fut mon étonnement : c'était pour relever son épouse de 82 ans qui chute de temps en temps. En discutant, je comprends le pourquoi du comment des chutes de son épouse et arrive à lui proposer soit un déambulateur ou un rollator à 2 roues, pliable avec banquette. Je lui explique mes propositions mais il ne paraît pas très convaincu et surtout insiste qu'il a les moyens pour un lève patient. Je lui propose donc ceci:-

- 1) Je vais le faire visiter une résidence des Seniors où on utilise le lève-patient tous les jours pour voir dans la pratique comment cela se passe.**
- 2) Par la suite je viendrai chez lui pour proposer et faire essayer le matériel médical proposé à son épouse.**

Il visite la résidence et me confirme que j'ai raison, que les chutes sont peu fréquentes et que l'utilisation du lève personne est trop complexe pour lui. A ma visite chez lui, son épouse essaye le déambulateur et le rollator et choisira le rollator. Une semaine plus tard il revient au magasin sourire aux lèvres pour me remercier en me disant que son épouse a même commencé à cuisiner à ses côtés en s'asseyant sur la banquette.

Comme dit l'adage : Mieux vaut prévenir que guérir

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE APRÈS UNE CHUTE

Audrey NOEL
Infirmière coordinatrice
Home Nursing Care Ltd

Que faire lorsque la chute est arrivée et que les plaies secondaires sont présentes ?

Tout d'abord, il est nécessaire de mettre en place une équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeute, infirmiers, ergothérapeute ...) afin de faire un protocole de soins en accord avec le médecin.

Les soins infirmiers à domicile, quant à eux, permettent aux patients d'être pris en charge chez eux, sans l'anxiété ni la fatigue liés à un déplacement difficile, ou encore à l'attente. De plus le passage régulier d'un intervenant chez un patient socialement isolé, favorise un contact humain rassurant.

Ainsi, l'infirmier (ère) intervenant à domicile aura pour missions :

- d'évaluer les risques favorisant la chute (perte de tonus musculaire, trouble de l'équilibre, de la vue, troubles centraux, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, diminution de sensibilité fine, isolement social...)
- de surveiller la prise des médicaments (la poly-médication et les effets secondaires des médicaments étant des facteurs de risque majeur des chutes)
- de panser les plaies post chute (plaies post opératoires par exemple en cas de fracture du col du fémur)
- d'aider aux activités de la vie quotidienne suivant la perte d'autonomie (toilette, repas ...)
- de réorganiser l'espace vital, en fonctions des besoins du patient (aide à la marche, alarme personnel, éclairage, rangement accessible)
- de redonner confiance au patient de plus en plus craintif, suite à une chute, même bénigne. Crainte qui engendre une diminution de la mobilisation puis par la suite une perte de tonicité musculaire.

Le syndrome gériatrique des chutes est très souvent inévitable, cependant, le prévenir est tout à fait possible lorsque l'on décèle une personne à risque. Tel est aussi le rôle de l'infirmier.

PREVENTION DES CHUTES ET MESURE DE SECURITE DANS NOS MAISONS DE RETRAITE

Marie-Noëlle Bosdedore, Manager à la Maison de Retraite Adventiste Rosie Le Même

Bien que certains pourraient penser que dans une institution, les risques de chute devraient être inexistants, tel n'est pas le cas puisque la personne âgée est à risque peu importe son lieu de vie. Il est crucial de noter que la chute pourrait occasionner des décès accidentels ou des séquelles physiques et psychologiques très importantes et bien souvent est synonyme d'une perte d'autonomie. D'où la nécessité d'être vigilants et de prévenir les risques de chute chez la personne âgée.

Pour ce faire, il nous est important d'identifier les facteurs principaux de risque de chute : l'état de santé de la personne âgée, ses comportements et son environnement et de prendre toutes les mesures nécessaires pour les prendre en charge.

1. L'état de santé de la personne âgée

Une mauvaise alimentation ainsi qu'un suivi médical inadéquat sont des facteurs de risque. Ainsi, pour l'éviter, il faudrait :

- *Prodiguer à la personne âgée une alimentation saine et équilibrée*
- *Veiller à ce qu'elle se nourrisse suffisamment et régulièrement*
- *Veiller à ce qu'elle ait un sommeil adéquat*
- *Lui prodiguer un suivi médical régulier*
- *L'encourager à participer à une activité physique régulière puisqu'elle est un des axes de prévention préconisée contre les chutes. C'est elle qui permet à la personne âgée d'améliorer ses aptitudes à la marche et à réduire ses troubles d'équilibre. Ainsi, il est recommandé d'organiser des sessions d'exercice par un kinésithérapeute afin de renforcer et assouplir les muscles, d'améliorer l'équilibre et la coordination.*

2. Ses comportements

- *Une personne âgée qui prend certains médicaments pourrait être sujette aux vertiges, donc il est impératif qu'elle soit accompagnée dans ses déplacements*
- *Il est important de veiller à son bien-être social et lui prodiguer des encouragements pour qu'elle participe aux différentes activités sociales*

3. Son environnement - il est important de sécuriser son environnement

- *En lui fournissant un lit avec barrière s'il y a risque de chute.*
- *En installant un revêtement antidérapant dans les couloirs, les salles d'eau et les endroits à risque pour éviter un sol glissant.*
- *En installant des mains courantes le long des couloirs et le long des salles d'eau.*
- *En surélevant les sanitaires et en munissant la douche d'un siège.*
- *En ne laissant pas traîner des fils électriques.*
- *En évitant à tous prix les escaliers sans être accompagné.*
- *En lui fournissant des aides pour se déplacer tels que le déambulateur, la canne, et surtout de bonnes chaussures antidérapantes.*

La podologie et la prévention des chutes - Aurélie THESEE, podologue

Chez la personne âgée, les chutes causées par l'instabilité des membres inférieurs peuvent provenir d'un trouble postural mécanique ou de trouble trophique propre aux pieds.

Les troubles trophiques au niveau de la peau se traduisent par la présence d'hyperkératoses sous forme de cors, durillons, et crevasses. Au niveau des ongles, on retrouve des onychoses (ongles épaissis), des onychomycoses (ongles mycoses) et des ongles incarnés.

Les troubles posturaux mécaniques sont liés à un déséquilibre dans les structures ostéo-articulaires, tendineuses et ligamentaires. Ils peuvent à terme produire de l'arthrose aux genoux, chevilles et pieds. De par les changements d'appuis du gériatrique, afin d'éviter la douleur, cela peut engendrer des hyperpressions localisées sous la plante des pieds et donc produire également des hyperkératoses.

Ces deux types de troubles forcent l'ainé à adopter une démarche antalgique sollicitant ainsi des structures (muscles, articulations, ligaments...) qui n'opèrent pas dans leur fonction habituelle. D'où l'origine de l'instabilité des membres inférieurs.

Le traitement podologique redonnera de la stabilité à la marche.

Les soins de pédicurie soigneront les troubles trophiques. Les troubles posturaux seront compensés par le biais de semelles orthopédiques afin de soulager les zones d'hyperpressions en les répartissant équitablement sous la plante des pieds.



Service de Téléassistance

Nicolas Tadebois et Guillaume Thelemaque – SERENITY LTD

Malgré toutes les précautions le risque de chute est bel et bien réel.

En Europe on estime que les chutes concernent 35% des seniors âgés entre 65 et 79 ans et cette proportion augmente à 55% pour ceux de plus de 90 ans.

Les conséquences de la chute sont d'autant plus grandes que la prise en charge est tardive du fait de l'isolement de la personne âgée.

Afin de pallier à cette situation, il existe aujourd'hui des solutions de communication permettant au sénior de facilement faire appel au secours mêmes lorsqu'il est immobilisé et que le téléphone n'est pas à portée de main.

L'une de ces solutions est la télé assistance. Ce service, offert par Serenity à l'île Maurice, est une solution simple et efficace permettant à l'abonné d'être assisté en cas de besoin 24h/24 et 7j/7 à l'aide d'un déclencheur portatif. Une fois le système activé, l'appel est transmis par interphone au centre de télé assistance Serenity, où intervient une opératrice qui évalue en quelques questions promptes la situation.

Elle organise en conséquence une assistance adaptée : personnes proches (famille, voisins, amis), police, pompiers ou ambulance pouvant intervenir au plus près et au plus vite auprès de la personne en détresse. L'opératrice reste en communication avec la personne par interphone, et ce jusqu'à l'arrivée des secours.

Depuis 5 ans que Serenity existe, nous avons porté assistance à bon nombre de personnes âgées. Bien plus que l'assistance portée, le commentaire qui revient toujours est que c'est rassurant d'entendre une voix lorsque on est seul et incapable de bouger...



Atelier « Habitat de la personne âgée »

Par Nicolas SOOPRAMANIEN, membre de la Société des Psychologues de l'île Maurice

Le problème du vieillissement n'épargne pas la population de La Réunion et des pays de la zone de l'océan indien. Cela exige un renouvellement des données, un état des lieux pour répondre à au moins cinq questions :

- 1- Comment évoluent les représentations des seniors de leur propre point de vue et de celui des générations qui les précèdent ?
- 2- Comment anticiper sur les modalités de prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance alors que la solidarité familiale, jusque-là profondément ancrée dans les modes de vie, est en perte de vitesse ?
- 3- Comment adapter les contenus de formation dans les filières existantes dans l'objectif affiché de professionnalisation de l'offre de services ?
- 4- Comment adapter la société au phénomène de vieillissement ?
- 5- L'hospitalisation à domicile s'intègre parfaitement dans l'orientation politique du maintien à domicile des personnes dépendantes, âgées, poly pathologiques. Suffira-t-elle à compenser les conséquences de la réduction de la taille des familles, de la dispersion géographique des enfants, des ruptures familiales plus fréquentes dans les nouvelles générations de retraités, de l'accroissement du nombre de femmes actives et des transformations de leur rôle social ?

Afin de préparer le Colloque international en Mars 2018 à l'île de la Réunion, un premier Atelier thématique : « L'habitat de la personne âgée » a été organisé le 30 mars 2017 à l'Université de la Réunion par le CIRCI (Centre Interdisciplinaire de Recherche sur la Construction Identitaire-Université de la Réunion), l'ORIAPA (Organisation Réunionnaise d'information d'aide aux personnes âgées), et la Société PEBCS (Pour Etre Bien Chez Soi) où la Réunion, Madagascar, les Comores et l'île Maurice étaient représentés.

Les thématiques à suivre pour l'année 2017/18

2. Pathologies liées au vieillissement (le 16 juin 2017)
3. Métiers de la gérontologie : nouveaux champs professionnels et nouvelles perspectives
4. Liens intergénérationnels
5. La littérature chez les personnes âgées
6. L'animation en institution
7. Alimentation et nutrition
8. Corps, désir et sexualité
9. Technologies et avancées en âge.

Lors de cette demi-journée, j'ai développé le thème de « l'hébergement de la personne âgée à Maurice : Etat des lieux et Perspectives ». J'ai fait ressortir qu'avec notre population vieillissante et malgré les efforts pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées, il reste encore beaucoup d'effort à faire dans le cadre des équipements à adapter et l'accessibilité pour les personnes âgées. A ce jour, malgré les financements d'organisations privées et des aides de la sécurité sociale, beaucoup d'équipements sont inaccessibles pour nos aînés. Bien souvent, la situation de handicap est aussi associée et ces personnes restent alitées ou bien arrivent difficilement à vivre décemment. Beaucoup des maisons de retraites sont inaccessibles car hors de prix. De nombreuses personnes âgées habitent chez eux ou avec la famille pour des raisons socio-économiques. Chez les particuliers, il y a de gros risques de chute car bien souvent, nos aînés sont seuls, ou pas assez assistés. La famille n'est pas suffisamment informée de la fragilité de nos aînés et ces personnes auraient besoin d'être aidées par l'état et autres professionnels médicaux et paramédicaux pour prendre soin d'eux. Plus de conscientisation est souhaitable au sein du public.



Les Membres du Groupe Fiapa



Cours de Tai-Chi