

Une publication du
GROUPEMENT FIAPA



LE GUIDE SUR LE LIEN ENTRE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LES TROUBLES COGNITIFS

Comprendre pour mieux prévenir les maladies

4^{ème} Édition - Octobre 2018

Édité par Info Santé Ltd

Li Kapav viv pli lontan



Location/ Vente Matériel médical Maintient à Domicile

- Lit Médicalisé • Matelas Anti-escarres • Table de lit
- Lève personnes • Aide au transfert • Fauteuil roulant
- Déambulation • Pied à sérum • Equipement salle de bain et toilettes • Chaussures médicales

Location/ Vente Matériel Médical Respiratoire

- Aspirateur de mucosité • Aérosol et accessoires
- Oxygénothérapie (concentrateur) • CPAP (apnée au sommeil) • Bi PAP et ces consommables • Ventilation
- Moniteur / Oxymétrie de pouls • Traitement algie vasculaire de la face

Crown Court 21 Queen Street (Rue la Reine) Rose Hill Mauritius

Tel +230 466 23 82 – Fax +230 467 26 87 – Email sosbonnesante@outlook.com – Facebook SOS Bonne Santé

Message

L'activité physique a des vertus largement reconnues et ce tout au long de la vie.

Avec les progrès de la technologie, elle a pourtant beaucoup diminué dans la vie courante au fil des générations. Pourtant, elle permet la prévention de pathologies liées à la sédentarité, développe les liens sociaux, apporte des bienfaits sur les capacités fonctionnelles physiques et aussi sur l'estime de soi et la qualité de vie.

L'activité physique est recommandée et peut débiter à tout âge.

L'Organisation mondiale de la santé, de même que plusieurs sociétés savantes médicales, ont émis des recommandations sur l'activité physique après 65 ans.

L'activité physique peut être pratiquée chez le sujet âgé en bonne santé aussi bien que chez les patients présentant des maladies chroniques ou une autonomie diminuée. De nombreux professionnels de santé peuvent ainsi proposer des activités physiques adaptées à chaque situation (APA).

Les effets bénéfiques ont été démontrés dans de nombreuses études : sur le maintien



de l'autonomie fonctionnelle, les capacités musculaires, les performances motrices et cardiaques, les fonctions cognitives, les troubles du sommeil et la dépression. L'activité physique permet aussi de lutter contre la sédentarité et l'isolement, sans oublier qu'elle réduit le risque de fragilité.

Alors n'hésitez plus ! Les professionnels sont là pour vous conseiller.

Sylvie Bonin-Guillaume

Professeur de gériatrie
Faculté de médecine de la Timone
Aix-Marseille Université



Message

La publication du « **Guide sur le lien entre l'exercice physique et les troubles cognitifs chez les seniors : comprendre pour mieux prévenir** » est née d'une réflexion commune entre 2 gériatres d'Espagne et de l'île Maurice et a vu sa réalisation au sein de l'ONG Groupement FIAPA. C'est sous l'impulsion du Pr Sylvie Bonin-Guillaume et avec l'aide du comité exécutif du Groupement FIAPA que nous avons rassemblé quelques professionnels pour créer un comité scientifique.

Ce comité regroupe des médecins et des professionnels de santé et a vu, cette année encore pour sa 4e édition, une ouverture vers les compétences régionales et internationales. L'objectif de ces revues est d'avoir un projet commun en cours d'année entre gérontologues et gériatres, de partager et de diffuser une information pour sensibiliser le plus grand nombre et encourager la prise d'actions au niveau individuel et collectif.

Les autorités et les ministères concernés prennent la mesure du problème pour protéger la santé cardiovasculaire et mentale de nos aînés. Le Mauritian National Action Plan on Physical Activity 2011-2014 avait pour objectif d'augmenter et maintenir des niveaux de santé adéquats en favorisant l'activité physique pour tous. En 2017, le ministère de la Jeunesse et des Sports a travaillé sur un plan d'action stratégique d'activités sportives pour tous avec l'assistance du Commonwealth. Les autorités doivent agir de pair avec la société civile car leur travail est complémentaire et il y a tant à améliorer en termes de promotion de la santé, de lutte contre la sédentarité, de développement d'infrastructures adaptées et de services gériatriques de rééducation et réadaptation adéquats, de formation des professionnels impliqués dans ces programmes de prise en charge personnalisée.

Le choix du thème de la revue cette année est aussi lié au concept de vieillissement réussi où la prévention anticipe le traitement des maladies chroniques. La politique de santé publique spécifique aux personnes âgées doit s'orienter de plus en plus vers le « Bien Vieillir ». L'activité physique a un

effet bénéfique sur l'état cognitif de nos seniors et sur la prévention des maladies métaboliques. Cela est démontré par différentes méta-analyses, c o m m e l'expliquent nos experts.

De plus, l'activité physique équivaut à une double tâche qui stimule à la fois le cerveau et le corps. Un autre élément important est l'activité physique adaptée au sujet. Cela comprenant une bonne évaluation gériatrique standardisée des sujets incluant les capacités motrices, d'autonomie, de force musculaire résiduelle, mais aussi des ressources nutritionnelles. Le choix de l'activité physique laissera la part libre aux goûts de tout un chacun en englobant l'endurance, la résistance musculaire, le travail de l'équilibre et le plaisir inhérent à toute pratique sportive.

Les différents auteurs provenant de disciplines variées confirment l'importance de l'activité physique selon la médecine fondée sur les preuves scientifiques et s'attardent sur la prise en charge pluridisciplinaire médicale et paramédicale nécessaires. L'équipe de rédaction de ce guide tient à remercier tous ceux qui ont participé à ce travail, les spécialistes d'ici et d'ailleurs, les autres professionnels, les bénévoles, les membres de FIAPA, les sponsors... Un merci spécial à mon collègue d'Espagne qui s'est investi généreusement pour que ce projet aboutisse.

Ensemble, nous sommes plus forts et nous nous engageons au service de nos aînés.

Dr Pascale DINAN

Présidente du Groupement FIAPA
www.fiapa.mu

Médecin membre de la Société Française de Gériatrie
et Gérontologie
Membre de la European Academy Medicine of Ageing



Message

Lions Club

La plus grande organisation de clubs service au monde

Fondé en 1917 par Melvin Jones, le Lions Club International est la plus grande organisation de clubs philanthropiques au monde.

Avec 46 000 clubs et plus de 1,4 million de membres, les Lions sont partout à travers le monde. La combinaison de lettres L-I-O-N-S signifie : LIBERTY, INTELLIGENCE, OUR NATION'S SAFETY (Liberté, intelligence, la sécurité de notre nation).

La République de Maurice compte 12 Lions clubs, dont un à Rodrigues. Celui de Moka a été fondé en 2004 par Mme Mary Ramiah. Il compte actuellement 28 membres. Le Lions Club de Moka est particulièrement actif dans les domaines suivants : le soutien et l'accompagnement des personnes vulnérables et âgées, l'aide pour le recouvrement de la vue, la lutte contre la faim, l'environnement, le cancer infantile et le diabète. Les activités de service se réalisent en partenariat avec d'autres ONGs, collectivités locales, la communauté et d'autres partenaires sociaux.

Le Lions Club de Moka parraine deux Leo clubs, l'un Alpha et l'autre Oméga, qui accueillent des jeunes âgés de moins 30 ans, qui ont l'opportunité

de jouer un rôle actif au sein de la communauté et en même temps de développer leur sens de responsabilité.

Le Lions Club de Moka tient sa réunion statutaire le premier lundi de chaque mois à 18h30 au centre Vaulbert de Chantilly, à Belle-Rose.

Le Lions Club de Moka recrute. Si vous êtes passionné par le service aux autres, vous pouvez envoyer un courriel à l'adresse lions-club-de-moka@googlegroups.com.

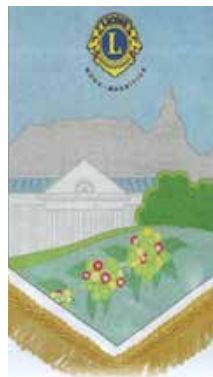
Brigitte Pointu

Présidente Mandat 2018-2019

Lions Club de Moka

District 417

Zone 52



Interview

Dr Francisco José Tarazona Santabalbina,
MD PHD, consultant gériatre, Université catholique de Valence

« Depuis la médecine grecque, nous connaissons l'effet bénéfique de l'activité physique sur l'esprit »

En sus de préserver la santé des seniors, l'exercice physique améliore l'activité de certains neurotransmetteurs ainsi que celle des endorphines, souligne le Dr Francisco José Tarazona Santabalbina, de Valence, en Espagne.

Pourquoi l'activité physique est-elle si importante chez les personnes âgées ?

L'exercice physique, combinant l'équilibre, la force et l'endurance, a montré dans divers essais cliniques l'amélioration de la fonction motrice, de l'humeur, de la cognition et de la perception de la qualité de vie. En outre, plusieurs de ces travaux, comme indiqué dans des comptes rendus biographiques, ont également montré que l'exercice physique aide à réduire la fragilité. La situation de vulnérabilité associée à la fragilité implique un risque accru de maladies aiguës et chroniques, de handicap, d'hospitalisation et de décès. C'est pourquoi il est important d'avoir une puissante arme non pharmacologique pour inverser la fragilité.

Qu'est-ce que le terme « activité physique » englobe pour les seniors ?

L'exercice physique à plusieurs composantes fournit aux personnes âgées une thérapie non médicamenteuse, un outil, pour se maintenir en bonne santé. Ce type de programmes permet d'éviter le phénomène de comorbidité (maladies et/ou troubles s'ajoutant à la maladie initiale) et aide à une meilleure autonomie fonctionnelle et qualité de vie.

Comment aborder les problèmes de mobilité ?

Les adultes plus âgés sont confrontés à des



risques importants, tels la perturbation de la marche, les chutes et l'immobilité. Une évaluation correcte et périodique de la démarche et de l'équilibre est fondamentale dans les soins cliniques. Cette évaluation comprend aussi des prescriptions médicamenteuses inadéquates ayant des effets négatifs potentiels sur la marche et augmentant le risque de chutes. C'est important de corriger les problèmes visuels et auditifs.

Qu'en est-il des personnes ayant des problèmes de santé spécifiques, tels les maladies cardiovasculaires et le diabète ?

Il n'y a pas de contre-indications absolues à la pratique de l'exercice physique. Plusieurs essais cliniques et méta-analyses montrent les avantages de l'exercice physique chez les patients souffrant de maladies respiratoires par obstruction chronique ou d'insuffisance cardiaque. C'est vrai que concernant l'exercice physique, les programmes doivent être individualisés, conçus en fonction de l'état physique des personnes âgées. Progressivement, l'intensité de l'activité physique peut augmenter.

Comment commencer une activité physique si vous n'avez pas été très actif dans le passé ?

À tout âge, une évaluation clinique complète est nécessaire avant de démarrer une activité physique. Cela est d'autant plus important chez les personnes âgées. Grâce aux résultats obtenus à cet examen physique, nous déterminons l'intensité du programme en établissant, pour ce qui est des exercices de résistance, un rythme cardiaque inférieur à 50% de la fréquence

sous-maximale. Il en est de même concernant la contraction musculaire maximale durant les exercices de force.

À quelle fréquence les personnes âgées devraient-elles pratiquer une activité physique ?

Il n'y a pas de consensus absolu, mais on pourrait dire 3 à 5 jours par semaine et un minimum de 30 à 40 minutes par session. Certains programmes de courte durée peuvent contenir davantage d'exercices musculaires à forte intensité.

Les activités de renforcement musculaire et osseux sont-elles également importantes ?

Ces programmes augmentent la masse musculaire, optimisent la puissance et améliorent les capacités respiratoires ainsi que la fonction cardiaque. Ils augmentent également la synthèse des protéines pour favoriser une meilleure architecture osseuse et réduisent le risque de fractures.

Quels sont les avantages globaux de l'activité physique chez les personnes âgées ?

J'ai déjà donné des éléments de réponse à cette question dans mes précédentes réponses. Disons que chez les personnes âgées, l'exercice physique réduit l'activité des radicaux libres et l'activité inflammatoire, qui sont des facteurs physiopathologiques à travers lesquels apparaissent des maladies très répandues chez les personnes âgées ainsi que la fragilité. Il diminue également l'activité des hormones cataboliques et augmente l'activité des hormones anabolisantes, telles l'hormone de croissance, le facteur de croissance insulinoïque 1 (IGF-1) et la testostérone. Il entraîne l'augmentation de la masse musculaire qui améliore la fonction motrice, la cognition et l'humeur.

Selon certaines études, l'activité physique a un effet protecteur contre plusieurs maladies chroniques. Lesquelles ?

L'exercice physique protège des maladies métaboliques, telles le diabète et l'hyperlipidémie, réduit le risque de coronaropathie et d'événements ischémiques cardiaques en améliorant le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires. Il peut aussi diminuer l'incidence des maladies oncologiques en réduisant l'inflammation et l'activité des radicaux libres.

« L'exercice physique protège des maladies métaboliques, telles le diabète et l'hyperlipidémie... »

Quel effet a l'activité physique sur les capacités cognitives des seniors ?

C'est une question très intéressante. L'IGF1 augmente la synthèse et l'activité du facteur neurotrophique dérivé du cerveau qui, à son tour, augmente la synthèse des nouveaux neurones dans l'hippocampe (comme démontré dans les modèles animaux) et la synthèse des axones et dendrites qui améliorent la communication neuronale. Ainsi, l'exercice physique améliore la clairance du peptide bêta-amyloïde, principal responsable de la pathogenèse de la maladie d'Alzheimer.

Comment expliquer que l'activité physique ait autant d'effet sur l'esprit ?

D'un point de vue empirique, nous connaissons depuis l'époque de la médecine grecque l'effet bénéfique de l'activité physique sur l'esprit. Déjà Hippocrate disait « mens sana in corpore sano » (un esprit sain dans un corps sain). Actuellement, nous savons que l'exercice physique améliore l'activité de certains neurotransmetteurs, notamment la sérotonine, et augmente l'activité des endorphines qui ont un effet positif euphorique et anxiolytique.

Le contraire est-il également vrai, c'est-à-dire que l'esprit a le même effet sur les capacités physiques ?

Bien sûr ! L'esprit dirige notre corps et, dans cet aspect, la motivation intrinsèque, qui part de l'esprit, est très importante. De la même manière, l'absence de cette motivation intrinsèque nécessite l'offre de programmes d'exercices à multiple composantes et supervisés pour maintenir cet équilibre dynamique et positif entre l'esprit et le corps.

À l'écoute...

Katija Hariff, bénévole

« J'aide les seniors par amour »

Elle est aux petits soins des bénéficiaires du Groupement FIAPA (Maurice). Katija Hariff donne de son temps à ceux qui requièrent beaucoup d'attention. « **Je fais cela par amour** », dit cette mère de famille.



Si elle a choisi de participer dans le combat contre la terrible maladie d'Alzheimer, qui affecte principalement les personnes du troisième âge, c'est que deux proches de Katija Hariff, sa maman et son beau-père, en étaient atteints. « **J'ai vu de près les ravages d'Alzheimer. Je sais ce que c'est que d'avoir un proche qui commence à oublier des choses au départ, avant de ne plus pouvoir reconnaître les membres de sa famille** », souligne-t-elle.

La mère et le beau-père de Katija sont décédés l'année dernière. Mais Katija, elle, qui a fait des études d'infirmière, poursuit le combat. « **Tous les vendredis, je suis à Belle-Rose, au centre, pour apporter mon aide. Même quand je suis à l'extérieur, j'ai une pensée pour mes amis ici** », relate-t-elle.

Katija Hariff, dont le fils poursuit des études en Afrique du Sud, insiste sur le fait que les personnes âgées ont besoin d'attention. « **On n'imagine pas à quel point les seniors aiment parler. Il ne faut donc pas les laisser seuls. Ils doivent être entourés par leurs proches** », affirme-t-elle.

Désirée Job, du comité FIAPA (Maurice)

« Tout pour le bien-être des personnes âgées »

Chanter, danser, bouger... Au sein du Groupement FIAPA (Maurice), on ne prend pas ces activités à la légère.

L'association, qui compte 10 années d'existence, organise une série d'ateliers pour garder ses membres actifs. « **Nous faisons tout pour le bien-être des personnes âgées. Par exemple, nous avons vu qu'à un certain âge, les gens aiment danser. Nous avons donc mis sur pied un atelier de danse où même ceux qui ont une mobilité réduite prennent plaisir à voir les autres bouger** », explique Désirée Job.

La danse n'est pas la seule activité à laquelle les seniors sont invités. Le Groupement Fiapa a aussi sa chorale, ainsi que des ateliers sur l'activité physique, la couture et même des jeux de société, tels le bingo et le domino. « **Nous faisons tout pour garder nos membres actifs. De plus, chacune de ces activités a son importance. Les exercices ont pour objectif de maintenir la forme. Il ne faut pas oublier que le corps perd un peu de son élasticité à partir d'un certain âge** », précise Désirée Job.

L'un des projets futurs de Fiapa est la mise sur pied d'un atelier de cuisine. Il y a régulièrement la tenue de causeries sur l'alimentation, le diabète et même la sécurité routière. « **Il nous faut informer nos membres sur ce qui se passe autour d'eux et les aider à prendre soin d'eux-mêmes, de leur maison et leur entourage. Il est aussi important de leur montrer comment marcher sur la route pour leur propre sécurité** », souligne Désirée Job.

Puis, tous les quatre mois, Fiapa organise une grande sortie. « **Souvent, on va à la plage. Mais il arrive que nous allions encore plus loin. L'année dernière, par exemple, un groupe de 50 personnes s'était rendu à Rodrigues dans le cadre du mois de la personne âgée. Sylvie Bonin-Guillaume,**

professeure en gériatrie, qui était à Maurice pour l'occasion, avait fait une causerie au siège du Groupement Fiapa de Rodrigues », ajoute Désirée Job.

Soulignons que pour les ateliers organisés par le Groupement Fiapa accueillent aussi les membres du Groupement Alzheimer. Les sièges de ces deux associations se trouvent dans le même bâtiment, le Centre Vaulbert de Chantilly au Couvent de Belle-Rose.

Chaque vendredi, les membres du Groupement FIAPA se retrouvent au siège de l'association pour les classes de tai-chi et de danse, entre autres. Quels sont les bénéfiques qui en découlent ? Le point avec deux membres et un instructeur bénévole.

Marie Hélène Gatienné-Sababady, 80 ans

« L'important est de bien vieillir »

S'il fallait une preuve des bienfaits de l'activité physique, cela aurait très bien pu être elle. Marie Hélène Gatienné-Sababady ne fait pas son âge. « **4 fois 20 ans** », aime-t-elle dire avec un large sourire. Mais elle a toujours une démarche alerte et elle est toujours vive d'esprit. Le secret, explique-t-elle, pourrait être l'activité physique. « **J'ai toujours été très active. À l'école déjà, je faisais beaucoup de sport. Puis, cela a continué** », dit-elle.

Marie Hélène Gatienné-Sababady a pratiqué plusieurs disciplines sportives, de la course à pied à la natation en passant par le... foot. « **Quand on a l'habitude de faire du sport, on ne peut pas arrêter. Le corps en demande. L'activité physique tient les muscles en éveil. Elle apporte la santé. Et mieux, c'est bon pour le moral. C'est lorsqu'on ne bouge pas assez, qu'on reste prostrée, que les maladies se bousculent** », dit-elle.

Elle fait partie du groupe qui, chaque vendredi, participe aux classes d'activité physique au siège de Fiapa (Maurice). Mais elle pratique une activité physique tous les jours. « **Ce que j'apprends ici, je le pratique aussi à la maison** », dit-elle. Résultat : à 80 ans, Marie Hélène Gatienné-Sababady est complètement autonome. « **Je fais tout toute**

seule. Je peux me rendre dans toutes les régions de l'île. Je peux parcourir Maurice à pied », ironise-t-elle. En tout cas, cette ancienne 'Jack of all trades', qui a fait plusieurs métiers, dont couturière et garde-malade, récolte les bénéfices d'une vie très active. « **Je dors sans médicament. Je n'ai ni diabète ni hypertension ni cholestérol** », affirme l'octogénaire.

Son seul souci de santé, c'est un cancer (du côlon) qu'elle affronte en gardant sa joie de vivre. « **L'important, comme mon médecin aime à le dire, c'est de bien vieillir** », dit-elle.



Louis Serge Roméo, 65 ans

« On sent une deuxième jeunesse »

Louis Serge Roméo ne raterait le rendez-vous du vendredi pour rien au monde. Et pour cause, c'est jour de tai-chi et danse au siège du Groupement FIAPA (Maurice) à Belle-Rose. « **Nos muscles en ont besoin** », explique le retraité de 65 ans. Cela fait deux ans qu'il pratique cette gymnastique chinoise, caractérisée par un enchaînement lent de mouvements, avant de se 'déhancher' sur des rythmes plus rapides. « **On garde la forme. Certains sentent même une deuxième jeunesse. Définitivement, cela aide sur le plan mental** », souligne Serge Roméo.

Il explique que l'activité physique comporte nombre d'avantages. « **D'abord, elle nous préserve des maladies. Ensuite, elle nous aide à rester autonome. Enfin, on garde le moral** », explique-t-il. L'exercice physique, dit-il, bénéficie aussi de

manière indirecte à son entourage. « **On se sent bien dans sa peau. Pas de crise de nerfs et pas de stress avec l'activité physique. Nos proches sentent que nous sommes parmi eux, dans la meilleure forme possible** », ajoute cet ancien cadre dans une compagnie de transport.

Il arrive même à Louis Serge Roméo de montrer les mouvements à ses petits-enfants. « **Ils trouvent cela rigolo. Donc, d'une certaine façon, on peut dire que l'activité augmente notre proximité et notre complicité** », précise-t-il



Régis Collard, instructeur bénévole

« L'idée est de donner une sensation de bien-être »

Ancien officier de la fonction publique, Régis Collard, aujourd'hui âgé de 86 ans, est instructeur

bénévole d'activité physique. C'est lui qui anime l'atelier de tai-chi chez FIAPA (Maurice) certains vendredis. « **Je ne fais que partager ce que j'ai reçu dans la vie. L'idée est de donner une sensation de bien-être aux autres** », explique-t-il.

Les retraités, ajoute-t-il, ont beaucoup de temps libre. La plupart ont des enfants qui ont fait leurs vies et ne viennent pas les voir aussi souvent que les seniors le souhaitent. « **L'oisiveté est souvent la mère de tous les vices. Elle peut pousser certains seniors à prendre de mauvaises habitudes. Donc, pratiquer une activité physique est une excellente alternative** », insiste-t-il.

Un autre avantage d'être actif, précise Régis Collard, c'est qu'il permet de garder la forme. « **Les personnes âgées souffrent de l'usure de leurs membres. Contre cela, les médicaments ne marchent pas éternellement. L'activité physique peut être considérée comme une thérapie non médicamenteuse, peu chère en plus** », dit-il.

Régis Collard a toujours été actif. « **Même lorsque je travaillais, je faisais de l'exercice chaque matin. J'ai gardé cette habitude** », dit-il. Mais pour lui, les seniors ne pratiquent toujours pas suffisamment d'activité physique.





"Maman ne veut pas quitter son domicile pour une maison de retraite malgré ces petits soucis de santé. C'est pour ça que mes soeurs et moi avons fait appel à Serenity." - Frédéric



 **serenity**

Sécurité et autonomie des personnes âgées

 466 7008

 serenity-solutions.com

La Situation à Maurice

Diabète de type 2, hypertension artérielle et obésité à l'île Maurice

L'activité physique comme outil de prévention

Selon les diverses éditions de la Mauritius Non-Communicable Diseases Survey (NCD), la prévalence du diabète de type 2 a augmenté de manière progressive de 1987 à 1998 avant de se stabiliser autour de 19% jusqu'en 2004. En 2009, 1 adulte sur 5 de plus de 30 ans était atteint de cette maladie en 2004 contre 1 sur 4 en 2009. Selon les chiffres de 2015, le taux était de 20,5%.

La prévalence de l'hypertension artérielle est restée stable, autour de 30 %, de 1987 à 2004 chez les adultes. En 2009, elle a grimpé à 37,9%, même si elle touche plus les hommes. En 2015, ce taux a baissé à 28,4 %.

La surcharge pondérale touchait 1 Mauricien sur 4 en 2004. Ce taux a grimpé en 2009 pour toucher près d'un Mauricien sur trois (+30%). En 2015, il était de 32,3 % pour la population adulte mauricienne (18-74 ans).

Entre 2004 et 2009, la prévalence de l'obésité aussi a augmenté, passant de 10% à 16% sur la tranche d'âge 20-74 ans. Ce taux est passé à 17,6 % en 2015.

Pour 2009, lorsque les critères ethniques de définition d'indice de masse corporelle étaient appliqués, les valeurs étaient plus importantes, soit une prévalence d'obésité à 43% (touchant davantage les femmes) et celle du surpoids à 22 %. En 2015, en appliquant les mêmes critères ethniques, la prévalence de l'obésité se chiffre à 45,5 %, soit environ 398 417 Mauriciens âgés entre 25 et 74 ans sont en surpoids ou obèses.

Nous connaissons tous l'importance de l'activité physique, qui constitue l'un des piliers dans la prévention du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'obésité. La sédentarité est un enjeu de santé publique car elle a beaucoup augmenté depuis les années 80, quand le pays a amorcé son processus d'industrialisation. Ce phénomène est une corollaire de l'amélioration des conditions



socio-économiques.

Le National Action Plan on Physical Activity (NAPPA) 2011-2014, élaboré par le ministère de la santé de la République de Maurice, vise à réduire le taux de mortalité grâce à la pratique régulière d'une activité physique. Ce plan a été préparé en réponse à l'incidence des maladies non transmissibles responsables de plus de 70% de la charge des maladies dans notre pays, qui a atteint des proportions épidémiques.

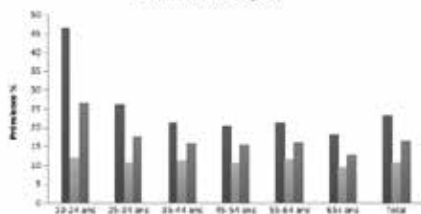
Nous avons souligné l'intérêt du plan d'action NAPPA 2011 - 2014 dans la prévention des maladies non transmissibles et le maintien d'une bonne santé. Les principes sont :

- de développer une culture sportive surtout parmi les sédentaires.
- de l'encourager dans les 2 sexes.
- de promouvoir la participation de tous les secteurs (locaux, nationaux, public et privé).
- d'utiliser les différents supports médiatiques pour promouvoir et encourager l'activité physique parmi la population.

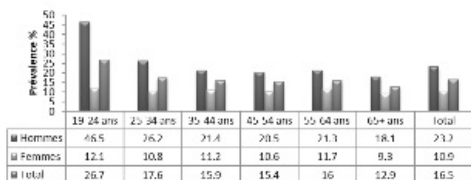
Table 5.3 Crude prevalence of Mauritians who meet National guidelines of 30 minutes of moderate or vigorous leisure physical activity each day: The Mauritius NCD Survey 2009.

	Age (years)					
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Men	34.6	30.6	36.1	29.8	27.8	8.3
Women	8.5	15.1	21.5	23.1	17.6	9.1
All persons	20.0	22.0	28.0	26.1	21.8	8.7

Crude prevalence of Mauritians who meet National guidelines of 30 minutes of moderate or vigorous leisure physical activity each day: The Mauritius NCD Survey 2009.



Crude Prevalence of Mauritians who meet National guidelines of 30 minutes of moderate or vigorous leisure physical activity each day: Mauritius NCD Survey 2009.

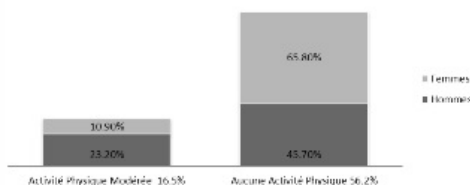


- de mettre à disposition les facilités nécessaires afin de proposer des programmes dans les institutions scolaires du pré-primaire, primaire et secondaire.
- de pourvoir à la formation afin que ceux impliqués dans ces programmes d'activité physique aient l'expertise voulue d'avoir l'expertise.

Le plan d'action vise à atteindre plusieurs objectifs en 2014 :

- augmenter le niveau d'activité physique de 23,2 à 35 % chez les hommes et chez les femmes, de 10,9 à 20 %.
- conscientiser la population adulte et la population estudiantine sur les bénéfices découlant de la pratique d'une activité physique régulière.
- installer les infrastructures nécessaires, parcours de marche et pistes cyclables par exemple, à la pratique d'activités physiques.
- travailler en collaboration avec les ministères concernés et les autorités locales.

Pourcentage des Mauriciens pratiquant ou non un niveau d'Activité Physique (AP) modérée: Mauritius NCD Survey 2009.



- Il est possible de pousser plus loin la recherche dans les prochaines études en incluant des participants appartenant au groupe d'âge au-delà de 74 ans ce qui rapprocherait de la réalité concrète avec le vieillissement de la population dans notre pays.

Dr Pascale DINAN

Médecin gériatre
Membre de la SFGG

Bibliographie

1. National Service Framework for diabetes, A Ten-year programme, Republic of Mauritius, March 2007.
2. The Mauritius Non-Communicable Disease Survey 2004
3. The Mauritius Non-Communicable Disease Survey 2015
4. The Trends in Diabetes and Cardiovascular Disease Risk in Mauritius The Mauritius Non-Communicable Diseases Survey 2009.
5. National Action Plan on Physical Activity 2011-2014 Republic of Mauritius

Quelle prise en charge chez nos aînés ?

L'ostéoporose est définie comme une maladie générale du squelette caractérisée par une diminution de la résistance osseuse, entraînant un risque accru de fracture¹.

Nombre de sujets âgés prédisposés à la chute et fragiles, ayant ou pas des antécédents de fractures ostéoporotiques, ne bénéficient d'aucun traitement anti-ostéoporotique². Paradoxalement, ces traitements sont prescrits dans 25% des cas à des patients indemnes de fractures ou d'ostéoporose densitométrique alors qu'ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité à réduire l'incidence des fractures¹⁴.

Une étude intéressante réalisée aux États-Unis dans 34 maisons de retrait³ a montré que la prévalence de l'ostéoporose était de 79 % chez les femmes qui y résident. Ce taux atteint la barre de 86 % chez les seniors de plus de 85 ans. Autre constatation : même lorsque l'ostéoporose était dépistée dans ces homes, elle n'est pas traitée.

Il est indispensable de proposer un consensus pour prévenir la survenue de fractures chez ces sujets âgés, déjà fragilisés par de multiples comorbidités, mais aussi, en cas de fractures, envisager un traitement pour en éviter d'autres.

La mesure de la densité minérale osseuse (DMO) est nécessaire avant toute décision thérapeutique pour quantifier la perte osseuse sous-jacente. Pour rappel¹, un $TS < 1$ = os normal ; un $TS -1 < N < -2.5$ = ostéopénie ; un $TS < -2.5$ = ostéoporose ; un $TS < -2.5$ avec une fracture = ostéoporose sévère ou avérée.

Le FRAX Score⁹ (outil d'évaluation des risques de fracture) permet de calculer rapidement le risque individuel de fracture. Mais il laisse une large place au jugement du médecin, car aucune probabilité de risque n'est aujourd'hui validée par décision thérapeutique.

Traitement

Les stratégies thérapeutiques reposent sur deux types de traitements :

- Ostéoformateurs : téraparotide
- Ostéorésorbeurs : bisphosphonates (alendronate, risédronate, acide zolédronique, ibandronate), calcitonine (injectable, nasale), SERM (modulateurs des récepteurs d'estrogènes : raloxifène), dénosumab (anticorps monoclonal humain qui bloque l'activité des ostéoclastes en inhibant le ligand RANK)

À ces deux traitements, il faut y associer :

- une supplémentation en vitamine D et calcium.
- l'activité physique. Les sports de coordination, comme le tai-chi, la randonnée, la marche nordique, la gymnastique, le pilates, l'aquagym sont particulièrement recommandés. Les sports violents ou les risques de chute sont grands (ski, équitation, sports collectifs à impact) sont vivement déconseillés.
- la prévention des chutes. Il faut dépister les facteurs accentuant les risques de chute, mais aussi choisir le bon chaussage et la sécurité.
- Les apports protidiques suffisants (>0.8g/kg de poids/jour)

Les traitements sont-ils efficaces chez le patient âgé ?

Concernant l'ostéoporose, la plupart des études réalisées concernent les sujets de moins de 80 ans.

- Étude HIP. Elle était axée sur la prévention des fractures du col sous risédronate chez des patientes âgées de 70 à 80 ans¹³.
- Horizon 1 (Health Outcomes and Reduced Incidence with Zoledronic Acid Once Yearly). L'objectif de cette étude est de déterminer le taux d'acide zolédronique dans l'ostéoporose post-ménopausique. L'âge moyen des participantes était de 73 ans (70% avait plus de 70 ans et 38% plus de 75 ans⁷).



- Horizon 2. Cette étude avait pour but de déterminer le taux d'acide zolédronique après une fracture de hanche chez les 75 ans⁷.

- Étude FREEDOM. Elle concernait la prévention

des fractures chez les femmes ménopausées sous dénosumab. L'âge moyen des participantes 72 ans, 32% plus de 75 ans.

Il faut savoir que des études plus ciblées sur le sujet âgé ont été conduites :

- Analyse post-hoc de l'étude HIP4. Elle concernait des patientes âgées de 70 à 100 ans (l'âge moyen était de 77 ans), avec un Tscore fémoral < -2,5 et au moins une fracture vertébrale. L'étude a démontré une diminution du risque de fracture du col sous risédronate⁷.

- Chez un panel de femmes âgées de 60-90 ans avec un TScore de -2.5 ou moins, le dénosumab réduit le risque de nouvelle fracture vertébrale et de hanche en comparaison avec un placebo respectivement de 68% (p < 0.001) and 40% (p = 0.04). (12). Le dénosumab réduit aussi le risque de fracture non vertébrale de 20% comparé avec un placebo (p = 0.01).

- Une méta-analyse de la revue Cochrane a évalué l'efficacité de l'alendronate et du risédronate dans la prévention des fractures ostéoporotiques chez les femmes ménopausées âgées entre 50 à 90 ans et plus^{5,6}.

Quel choix de traitement ?

Il faudra évaluer le risque de fracture (FRAX score)⁹, respecter les contre-indications, évaluer la motivation du patient, privilégier la simplicité du mode de prise pour améliorer l'observance. Par exemple, l'acide zolédronique en perfusion

annuelle, le denosumab par injection sous cutanée semestrielle et ibandronate par injection IV trimestrielle.

Quelles recommandations dans la prise en charge de l'ostéoporose du sujet âgé ?

Il n'y a pas de recommandations spécifiques.

Qui traiter ?

Il est important de :

(i) tenir compte de l'état physiologique du patient, de son espérance de vie, du phénomène de comorbidité et de la gravité de l'ostéoporose.

(ii) tenir compte de la capacité des sujets à prendre correctement les traitements anti-ostéoporotiques notamment en institution.

Quelles sont les indications thérapeutiques ?

Elles tiennent compte :

1. des résultats densitométriques (Tscore).

2. des résultats biologiques, en particulier l'estimation de la clairance de la créatinine et le dosage de la vitamine D.

3. des facteurs de risque de fracture – âge > 60ans, ATCD de corticothérapie systémique > 7,5 mg/j équivalent prednisone pendant au moins 3 mois, ATCD de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez un parent au premier degré, Masse corporelle < 19, ATCD personnel de fracture par fragilité, tabagisme, ménopause précoce (< 40 ans), troubles neuromusculaires de type camptocormie ou sarcopénie ou orthopédiques, alcoolisme, Parkinson, démence, troubles visuels (DMLA) qui augmentent le risque de chutes.

La vitamine D

L'insuffisance vitaminique D est associée à l'ostéomalacie, l'ostéoporose, la sarcopénie, la baisse des performances musculaires et l'augmentation du risque de chute.

Il est donc indispensable d'évaluer le statut en vitamine D de nos seniors avant même d'envisager tout traitement ostéotrope. (<10 ng/ml (25 umol/l) : carence ; <30 ng/ml (75umol/l) : insuffisance)¹⁰

Dans une méta-analyse d'essais cliniques



randomisés, la vitamine D, associée au calcium, a démontré une réduction significative de 18% de fracture du col fémoral en comparaison aux groupes sans traitement. Une autre méta-analyse de 45 essais a confirmé la prévention de fractures chez les hommes et les femmes de plus de 65 ans qui bénéficient d'un traitement comprenant du calcium et la vitamine D¹¹.

Conclusion

Lostéoporose n'est pas une fatalité. Il existe des traitements préventifs et curatifs pour améliorer la qualité de vie de nos aînés.

Le corps médical doit être sensibilisé pour dépister les sujets à risque et optimiser leur prise en charge médicale, diététique et environnementale.

Un constat réel reste la carence du dépistage de cette pathologie silencieuse chez nos seniors prédisposés à la chute et fragiles.

Chez les personnes ayant des antécédents de fracture ostéoporotique ou sans ostéoporose encore authentifiée, la majorité ne bénéficie d'aucun traitement anti-ostéoporotique⁸. Pourtant, ces traitements sont globalement bien tolérés et leur réelle efficacité a été prouvée.

Dr Hélène PETIT
Rhumatologue
Fortis Clinique Darne

Bibliographie

1. The diagnosis of osteoporosis. *J Bone Miner Res* 1994 ;9 :1137-41
2. Crilly RG, Hillier LM, Mason M, Gutmanis I, Cox L. Prevention of hip fractures in long-term care: relevance of community-derived data. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(4):738-45
3. Zimmerman SI, Girman CJ, Buie VC, et al. The prevalence of osteoporosis in nursing home residents. *Osteoporos Int*. 1999; 9:151-7. [PubMed: 10367043]
4. Masud T, McClung M, Geusens P. *Clin Interv Aging*. 2009; 4:445-9. Epub 2009 Nov 18.
5. Wells GA, Cranney A, Peterson J, et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (1) CD001155.
6. Wells GA, Cranney A, Peterson J, et al. Risedronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (1) CD004523.
7. Black DM, Reid IR, Boonen S, Bucci-Rechtweg C, Cauley JA, Cosman F, et al. The effect of 3 versus 6 years of zoledronic acid treatment of osteoporosis: a randomized extension to the HORIZON-Pivotal Fracture Trial (PFT). *J Bone Miner Res* 2012;27(2) : 243-54.
8. Crilly RG, Hillier LM, Mason M, Gutmanis I, Cox L. Prevention of hip fractures in long-term care: relevance of community-derived data. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(4):738-45.
9. Lorthiois, J., Skowronski, V., Fleury, M. et al. Screening elderly at fracture-risk eligible to a treatment cah. *année gerontol.* (2010) 2: 71.
10. . Recommandations du GRIO C L Benhamou et al. *Presse Med*. 2011; 40: 673-682 :
11. Cummings SR, Melton LJ. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet*. 2002; 359:1761-7. [PubMed: 12049882] *Clin Geriatr Med*. 2002 Aug;18(3):529-55.
12. Cummings SR, San Martin J, McClung MR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med*. 2009; 361:756-65. [PubMed: 19671655]
13. McClung M, Geusens P, Miller PD, et al. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. *Hip Intervention Program Study Group*. *N Engl J Med*. 2001; 344:333-40. [PubMed: 11172164]
14. C. Roux, C. Cooper, A. Díez, Pérez, L. Martínez, S. Ortolani, M. Gittlin, G. Möller, S. Shepherd, N. Freemantle. Prevalence of osteoporosis and fractures among women prescribed osteoporosis medication in five European countries: the POSSIBLE EU@ study. *Osteoporosis International*, April 2011, Volume 22, Issue 4, pp 1227-1236 |



Highly Absorbable
Non-Acidic
Gentle on the Stomach



There's Nothing Average About

Solgar's Ester-C[®]

Accompagnement Pluridisciplinaire

1- Point de vue de l'infirmière

L'importance de lutter contre la sédentarité à domicile

La sédentarité est l'un des principaux dangers guettant les personnes du troisième âge. Car elle aide au développement ou à l'aggravation des maladies liées au vieillissement. D'où une absolue nécessité de la combattre !

Dans l'imaginaire collectif, vieillissement rime bien souvent avec maladie, perte d'autonomie et baisse d'activité. Avec l'âge, un individu est davantage susceptible de développer des pathologies (maladies neurodégénératives type Alzheimer ou Parkinson, maladies cardiovasculaires, dépression...) qui affecteront sa motricité, ses facultés physiques et donc son autonomie.

D'après la définition de l'OMS, la sédentarité est un « état dans lequel les mouvements sont réduits au minimum et la dépense énergétique proche de celle du repos ». Concrètement, elle désigne une faible dépense énergétique découlant d'une position assise ou semi-allongée prolongée.

Moins d'une demie-heure d'activité par jour, avec un sujet qui passe quasiment tout son temps assis devant un écran (télévision, ordinateur...), pourrait être considéré comme un comportement sédentaire. Chez la personne âgée, cela représente

un fléau qu'il faut absolument combattre, dans une démarche de prévention. En effet, la sédentarité représente un facteur de risque majeur dans le déclenchement et l'aggravation de nombreuses pathologies liées ou non au processus de vieillissement. Lutter contre la sédentarité de la personne âgée équivaut donc à préserver sa santé.

Dans tous les cas, que la personne présente une pathologie affectant ses capacités physiques ou pas, il est important pour elle de préserver une certaine mobilité autant que possible. Il faut donc l'encourager à poursuivre une activité physique afin d'optimiser son autonomie. Cela permet le ralentissement du processus dégénératif lié à sa pathologie, mais aussi de prévenir les complications qui y sont liées.

À domicile, la personne âgée évolue dans son environnement et dispose de tout le confort possible. Aussi, il lui est facile de s'installer dans son fauteuil devant la télévision, surtout si cela fait partie de ses habitudes. Nous avons tendance à penser qu'une personne âgée se fatigue facilement, qu'elle doit souvent s'allonger pour se reposer et que la télévision lui évite l'ennui. Mais lorsque cela devient une habitude, par exemple que le sujet passe la majeure partie de la journée assis dans un fauteuil, sans pratiquer d'activité physique, on se retrouve face à situation de sédentarité.

Toutefois, lutter contre la sédentarité d'une personne âgée, qui a tendance à « se laisser aller », demande du temps et de l'énergie. Il faut stimuler la personne, l'encourager à bouger et lui proposer des activités qui imposent de se mettre en mouvement et qui vont solliciter son intellect.

Les activités pouvant être proposées aux personnes âgées sont nombreuses. Il y a d'abord



le jardinage et la cuisine, mais aussi la promenade, le vélo, la marche et la natation. Les tâches ménagères constituent également une activité bénéfique, tout comme certains jeux, qui ont aussi un aspect ludique. L'idéal est de pratiquer au minimum 30 minutes d'activité physique par jour.

Évidemment, l'activité devra être adaptée à l'état de santé et au niveau d'autonomie de la personne âgée. Par exemple, un patient qui vient de subir une chirurgie de la hanche ne pourra pas faire du vélo. Toutefois, il est important de proposer des activités aux personnes âgées dépendantes ou semi-dépendantes. Ce n'est pas parce qu'elle est en fauteuil roulant qu'elle ne peut pas s'adonner à une activité physique. Dans ce cas, on lui proposera une activité faisant appel à la mobilisation de ses membres supérieurs (cuisine, petits travaux manuels...).

Il est également important de faire participer la personne âgée à certaines tâches ménagères dans la maison. Ce faisant, on l'aide non seulement à lutter contre la sédentarité et ses complications, mais elle a un sentiment d'utilité et gardant un certain statut social au sein de la famille et du foyer. Une façon de lutter contre les complications physiques de la sédentarité, mais aussi les

complications psychologiques, telles que la dépression.

Tact et douceur

Lorsqu'on encourage une personne âgée à pratiquer une activité physique, il faut s'y prendre avec de la douceur et du tact. Il ne faut en aucun cas la brusquer ou la forcer. Si elle refuse, il faut respecter son choix et réitérer la proposition un peu plus tard. L'activité physique doit avant tout lui procurer du plaisir et lui permettre de resserrer les liens avec son accompagnant.

Exemples d'activités/exercices physiques à proposer

Liens utiles:

- Recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/

- L'activité physique, clé du bien-vieillir, Cap Retraite : <https://www.capretraite.fr/l-activite-physique-cle-du-bien-vieillir/>

Julie Inard-Armoogum
Infirmière diplômée d'État

Niveau de dépendance	Activités
Personne autonome : se déplace et peut effectuer les actes de la vie de tous les jours.	Sports : course, vélo, marche, natation, pétanque... Activités de groupe : yoga, danse de salon, ménage, jardinage.
Personne semi-autonome : se déplace avec un(e) déambulateur/canne/ et qui a besoin d'aide pour certains actes	Marche avec une aide, jardinage, couture, tâches ménagères... Gymnastique douce, Jeux de société, cartes, dominos... Activités créatives : dessin, poterie...
Personne dépendante : alitée et/ou en fauteuil roulant.	Cuisine avec aide (pâtisserie), jeux de société, loisirs créatifs, tricot... Mobilisation active des membres inférieurs et supérieurs / exercices de rééducation (consulter un kinésithérapeute si besoin).
Le lien entre activité physique et le cognitif 19	

Le rôle de l'exercice physique contre la démence

Il est admis, aujourd'hui, que la pratique régulière d'activité physique est l'une des meilleures habitudes que l'on puisse prendre pour protéger notre santé. Cela vaut aussi et surtout pour nos aînés.

L'activité physique influence le métabolisme cérébral. Elle stabilise le niveau de choline dans le corps. La choline est une protéine appartenant à la catégorie des vitamines B. Elle contribue à rehausser la capacité de mémorisation et d'attention ainsi qu'à une bonne santé mentale. Cette protéine, qui ralentirait la progression de la maladie d'Alzheimer, doit être maintenue à un certain niveau. L'exercice physique permet justement d'avoir un taux de choline stable, ce qui augmente l'efficacité cardiaque tout en protégeant les cellules.



souvent confinés à domicile, de peur de chuter ou de s'égarer ou encore parce que souffrant d'apathie. Paradoxalement, elles auraient tant à gagner de bouger un tant soit peu.

Prenons le cas de Madame X, 85 ans, qui fréquente l'Association Alzheimer depuis 4 ans. C'est en 2014 qu'elle a appris qu'elle souffre d'Alzheimer. Les bilans neuropsychologiques ont d'abord indiqué un déclin de ses capacités cognitives. Il y a eu, chez Madame X, une stabilisation après un temps d'adaptation dans notre centre. En même temps, la patiente investissait la sphère sociale. Le fait de fréquenter le centre deux fois par semaine a semblé bénéficier à Madame X d'un point de vue général.

Une étude réalisée en 2005 a montré des effets bénéfiques de la pratique physique volontaire chez des souris vivant avec la maladie d'Alzheimer. Cependant, à l'heure actuelle, on ne peut pas affirmer que ce soit le cas pour l'homme. Toutefois, plusieurs travaux suggèrent qu'une pratique physique régulière protège et retarde l'apparition des premiers troubles cognitifs.

L'étude du Dr J. Smith, par exemple, a démontré que qu'une activité physique régulière (30 minutes de marche 5 fois par semaine) a un effet bénéfique sur la mémoire et l'activité des neurones. Grâce à cet entraînement léger, le cerveau a moins d'effort pour récupérer des informations en mémoire. « Aucune étude n'a démontré qu'un médicament puisse avoir la même efficacité que l'exercice », avait même souligné le Dr Smith.

On connaît tous les bienfaits du sport. Toutefois,



L'Association Alzheimer (île Maurice) offre un service d'accueil de jour pour les personnes souffrant principalement de la maladie d'Alzheimer. Son centre propose diverses activités, telles le yoga, le Tai-chi, la marche et des exercices physiques avec l'aide d'une ergothérapeute.

Il est important que les personnes souffrant de démence pratiquent une activité physique, car elles sont très souvent sédentaires. Elles sont

Le lien entre la santé cérébrale et le sport n'a pas encore été établi de manière claire et indiscutable. Pour l'activité sportive améliore les fonctions cognitives et régule certaines émotions. De plus, les effets bénéfiques du sport dans ce cas de la maladie d'Alzheimer n'ont pas encore été prouvés. En revanche, on sait que l'exercice physique prévient le déclin cognitif et l'entrée dans la maladie d'Alzheimer.

Alors, ne perdons plus une seule seconde, bougeons et mangeons équilibré !

Safia Adamjee et Laurence Kisorbo
Psychologues
Association Alzheimer (île Maurice)

Bibliographie

Adlard, P., Perreau, V. et Pop, V. (2005). Voluntary Exercise Decreases Amyloid Load in a Transgenic Model of Alzheimer's Disease. *The Journal of Neuroscience*, 25(17), 4217- 4221.

Matura, S., Fleckenstein, J., Deichmann, R., Engeroff, T., Füzéki, E., Hattingen, E., ... & Tesky, V. A. (2017). Effects of aerobic exercise on brain metabolism and grey matter volume in older adults: results of the randomised controlled SMART trial. *Translational psychiatry*, 7(7), e1172.



Smith JC et al. Interactive effects of physical activity and APOE-e4 on BOLD semantic memory activation in healthy elders. *NeuroImage*, 2011; 54 (1): 635.

3 - Le rôle de l'orthophoniste

L'activité physique et la parole

L'orthophoniste peut exercer dans divers milieux, du cabinet à l'école en passant par le domicile et le centre de rééducation. Ses champs d'action sont tout aussi divers.

L'orthophoniste agit au niveau de la parole, de la communication et de la déglutition. Concernant son accompagnement des personnes du 3e, voire du 4e âge, ce professionnel paramédical intervient essentiellement pour des plaintes de presbyphonie, de dysarthrie, d'aphasie et de dysphagie faisant suite au vieillissement normal ou à un traumatisme, ou encore la présence d'une maladie dégénérative.

Cette démarche s'insère fréquemment dans un accompagnement pluridisciplinaire où



l'orthophoniste va travailler de pair avec ses collègues (psychologues/neuropsychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, personnel médical, etc.) pour améliorer le quotidien de la personne affectée.

Pour ce qui de l'approche thérapeutique, l'orthophoniste propose différents types d'exercices selon les capacités cognitives et physiques de la personne qu'elle accompagne. En effet, face à un trouble vocal, l'orthophoniste peut utiliser des méthodes dites directes ou indirectes selon si elles agissent sur le fonctionnement vocal via la fonction respiratoire ou non.

Selon Remacle et al (2016), il existe plusieurs méthodes 'directes', dont le Lee Silverman Voice Treatment (LSVT), les Vocal Function Exercises (VFE) ou la Semi-occluded Vocal Tract Method. Selon la technique choisie, le patient sera notamment amené à faire des vocalises, à parler fort, à adapter sa respiration et à travailler avec une paille. Il devient l'acteur de sa prise en charge.

L'efficacité de ces exercices ont été l'objet de plusieurs recherches. Prenons le cas du LSVT. Il s'agit d'une méthode utilisée essentiellement auprès de patients souffrant de la maladie de Parkinson. Ces derniers doivent faire une série d'exercices vocaux à raison de quatre fois la semaine sur environ quatre semaines. Plusieurs études montrent que malgré la charge que cela pourrait représenter pour le patient, cette méthode a des effets significatifs {Ziegler et al. (2014), Sackley et al (2018)}. Par ailleurs, bien que les méthodologies diffèrent, les chercheurs observent de manière générale qu'il y a une amélioration quand le patient devient l'acteur de sa prise en charge (Herd et al. (2012), Ziegler et al. (2014)).

Le suivi orthophonique peut être associé à des activités physiques. Il n'est pas rare que l'orthophoniste s'associe au kinésithérapeute et/ou à l'ergothérapeute. L'objectif est de remettre la personne affectée dans un contexte écologique. Par exemple, dans le cas de l'aphasie, nous constatons certains patients qui se retrouvent dans un milieu où ils doivent s'exercer arrivent à avoir un meilleur accès au mot voulu contrairement aux traditionnels exercices en séance. Nous retrouvons cela aussi lors de la prise en charge de la démence (Olanrewaju et al., 2015).

En somme, pour permettre le maintien des capacités de la personne atteinte, et ce quelle que soit sa maladie, l'activité physique comme support

aux exercices langagiers semble être une bonne approche.



Sandra Gungurum
Orthophoniste

Bibliographie

Benigas, J. E., & Bourgeois, M. (2016). Using spaced retrieval with external aids to improve use of compensatory strategies during eating for persons with dementia. *American journal of speech-language pathology*, 25(3), 321-334.

Craig, J., Tomlinson, C., Stevens, K., Kotagal, K., Fornadley, J., Jacobson, B., ... & Francis, D. O. (2015). Combining voice therapy and physical therapy: a novel approach to treating muscle tension dysphonia. *Journal of communication disorders*, 58, 169-178.

Gentil, C., Esnault, A. L., Danaila, T., Broussolle, E., & Thobois, S. (2016). L'intervention orthophonique dans la maladie de Parkinson. *Pratique Neurologique-FMC*, 7(4), 256-265.

Herd, C. P., Tomlinson, C. L., Deane, K., Brady, M. C., Smith, C. H., Sackley, C. M., & Clarke, C. E. (2012). Speech and language therapy versus placebo or no intervention for speech problems in Parkinson's disease. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 8, CD002812.

Olanrewaju, O., Clare, L., Barnes, L., & Brayne, C. (2015). A multimodal approach to dementia prevention: A report from the Cambridge Institute of Public Health. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 1(3), 151-156.

Remacle, A., Boughabi, L., & Morsomme, D. (2016). L'apport du biofeedback dans le traitement des troubles de la voix. *Actes des XVIèmes Rencontres internationales d'orthophonie: Orthophonie et technologies innovantes*, 333-353.

Remacle, M., Zaarour, S., Soh-Ping, E., & Morsomme, D. (2006). La presbyphonie-Le vieillissement de la voix. *Voix parlée et chantée*, 475.

Roze, E. (2012). Quelles thérapeutiques proposer dans

la maladie de Parkinson du sujet âgé? What are the therapeutic options for Parkinson's disease in elderly?. Les cahiers de l'année gériologique, 4(2), 50-55.

Sackley, C. M., Smith, C. H., Rick, C. E., Brady, M. C., Ives, N., Patel, S., ... & Jowett, S. (2018). Lee Silverman Voice Treatment versus standard speech and language therapy versus control in Parkinson's disease: a pilot randomised controlled trial (PD COMM pilot). *Pilot and feasibility studies*, 4(1), 30.

Schols, J., & Kardol, T. (2017). Dementia Care in Nursing Homes Requires a Multidisciplinary Approach. In

Dementia in Nursing Homes (pp. 203-217). Springer, Cham.

Swan, K., Hopper, M., Wenke, R., Jackson, C., Till, T., & Conway, E. (2018). Speech-Language Pathologist Interventions for Communication in Moderate-Severe Dementia: A Systematic Review. *American journal of speech-language pathology*, 27(2), 836-852.

Ziegler, A., Verdolini Abbott, K., Johns, M., Klein, A., & Hapner, E. R. (2014). Preliminary data on two voice therapy interventions in the treatment of presbyphonia. *The Laryngoscope*, 124(8), 1869-1876.

4 - La prise en charge kinésithérapeutique

L'option de l'auto-rééducation

Le phénomène de polypathologie, en gériatrie, exige souvent d'effectuer plusieurs séances de rééducation par semaine. Celles-ci visent à conserver ou récupérer les capacités motrices de la personne âgée, ainsi que son autonomie dans le but de diminuer ou de ralentir les séquelles de sa maladie.

Un contexte social et financier limité fait qu'il est difficile au patient de bénéficier de séances quotidiennes. Il arrive aussi que sa perte d'autonomie l'empêche de se rendre régulièrement dans un institut médical. Dans ce contexte, la mise en place d'un protocole d'auto-rééducation à domicile permet de diminuer la dépendance du patient.

Dans cet article, nous allons évoquer le traitement kinésithérapeutique de Monsieur A.. Cet homme de 68 ans a fait un accident vasculaire cérébral (AVC) en 2010, qui affecte toute la partie droite de son corps. De plus, depuis septembre 2017, il porte une prothèse à la hanche gauche.

L'évaluation

Un bilan kinésithérapeutique permet d'évaluer les capacités du patient, notamment ses amplitudes articulaires, ses facultés cognitives, sa force musculaire, son équilibre et ses capacités de transfert et de marche, afin d'établir un protocole personnalisé.

En février 2018, lors de la première séance, Monsieur A. s'est retrouvé dans

l'incapacité de faire les transferts allongé-assis et assis-debout sans aide. Même la marche avec aide lui était impossible. Le patient présentait aussi une hypercyphose dorsale avec perte lordose cervicale, ainsi qu'un flessum du genou gauche avec attitude en rotation interne de hanche.

Le traitement kiné à domicile

Le traitement est personnalisé en fonction de la prescription du médecin, du bilan initial, des pathologies et des attentes du patient. Le kinésithérapeute choisit de privilégier la conservation ou l'amélioration des éléments limitant l'autonomie du patient.

La mobilisation articulaire se fait en actif aidé, ce qui permet d'associer le travail articulaire à un échauffement musculaire. Le travail actif permet de relâcher les muscles antagonistes grâce au principe de l'innervation réciproque de Sherrington.

Le renforcement musculaire s'effectue selon le principe de Kabat, par multiples stimuli sensoriels. On demande au patient d'effectuer une triple



flexion et une extension des membres inférieurs et supérieurs en décubitus dorsal. On augmente progressivement la difficulté en accroissant les répétitions, la vitesse ou la résistance.

L'équilibre et la marche sont sollicités à travers le transfert de la position assise à debout. Elle se fait au début à l'aide d'une aide humaine et un déambulateur. Monsieur A. doit au fur et à mesure arriver à se tenir sans aide humaine et effectuer ses exercices de triple flexion debout.

L'auto-rééducation

L'éducation de la personne âgée est essentielle. Il en est de même pour son entourage, qu'il faut impliquer dans le processus de rééducation mais aussi pour qu'un environnement sécurisé puisse être créé pour le patient. C'est la raison pour laquelle, en dehors des sessions hebdomadaires avec le kinésithérapeute, Monsieur A., aidé de son épouse, est appelé à faire quotidiennement des exercices visant à solliciter ses muscles et favoriser la récupération de son autonomie.

Par exemple, le patient doit faire des mouvements simples de flexion, d'extension et d'abduction des membres inférieurs et supérieurs depuis son lit, ainsi que dans son fauteuil roulant. Ces exercices sont répétés plusieurs fois durant le traitement afin de faciliter leur assimilation par le patient.

En fonction des améliorations notées, des éléments de résistance sont ajoutés au fur et à mesure. Monsieur A. peut être appelé à soulever des poids de 0,5 kg ou tirer sur un élastique de rééducation. L'aspect ludique peut aussi être incorporé. Par exemple, Monsieur A. peut jouer au ballon avec sa femme.

Le soutien de Madame A. est primordiale. Au début, elle va devoir aider son mari à faire ses activités quotidiennes. Puis, grâce à l'apprentissage des transferts et l'utilisation d'aides matériels, tels un déambulateur ou une barre d'appui dans la salle de bain, la patient aura de moins en moins recours à l'aide humaine. Le fait de solliciter quotidiennement ses muscles va accroître l'autonomie du patient.

Bilan après trois mois de rééducation

D'un score de 2/20 au Test Moteur Minimum en février 2018, Monsieur A. a décroché 10/20 trois mois du tard. Avant de démarrer le programme d'auto-rééducation, le patient était dans

l'incapacité d'effectuer les transferts sans aide humaine. Son épouse devait le porter du fauteuil à son lit. Même avec un déambulateur et une aide humaine, il lui était très difficile de se tenir debout en février dernier. La marche était totalement impossible.

En mai, Monsieur A. peut effectuer les transferts assis-allongé et assis-debout sans aide. La marche est possible avec rollateur et sous surveillance humaine. Le flessum du genou et la rotation interne de la hanche gauche ont diminué. La patient peut même, sans appui, se tenir debout en équilibre. Sa dépendance a diminué. Pour preuve, il peut de nouveau prendre son bain debout.

Les progrès effectués par Monsieur A. montrent qu'en gériatrie à domicile, l'auto-rééducation, avec l'encadrement d'un kinésithérapeute, peut être une solution à la conservation ou la récupération des capacités motrices et contribuer à l'autonomie de la personne âgée. L'implication et l'éducation de l'entourage du patient sont essentielles afin d'avoir de meilleurs résultats.

L'auto-rééducation n'est toutefois possible que si le kinésithérapeute arrive à mettre en place un environnement sécurisé à cette progression en termes d'autonomie. Mais pour établir ce protocole personnalisé, le thérapeute devra tenir compte des difficultés financières du patient, son entourage, sa motivation et les pathologies qui l'affectent.



Anaëlle Sakir
Kinésithérapeute



Soins Infirmiers à domicile



Votre médecin traitant vous a prescrit des soins ? Nos équipes d'infirmiers qualifiés se chargent de les effectuer à votre domicile...

Tel : 670 60 14

Nous intervenons sur toute l'île Maurice !

- pansements
- suivi des patients diabétiques
- injections / perfusions
- soins palliatifs
- permanences aide-soignants / garde-malades
- hospitalisation à domicile
- etc...

N.b. : Les assurances se sont montrées favorables au remboursement des frais liés aux soins à domicile.



L'importance de la stabilité podale

Afin de se maintenir en bonne forme et de rester autonome le plus longtemps possible, la personne âgée se doit de pratiquer une activité physique plus ou moins importante. Toute forme de douleurs aux pieds peut très rapidement se transformer en source d'instabilité. Il est alors primordial d'identifier tous les facteurs d'instabilité podale. Cet article se focalise sur un seul facteur : le pied.

Il y a cinq causes majeures d'instabilité podale : les troubles morphostatiques (déformations des différentes parties du pied), les troubles trophiques (pathologies d'ongles et de peau), les pathologies musculo-tendineuses, les pathologies articulaires et enfin, le chaussage.

Le podologue aura recours à différents types de traitement en fonction de l'origine pathologique. Son but est d'éliminer la cause, lorsque cela est possible, et de prévenir son apparition sur le long terme en limitant ou corrigeant les facteurs de risques. Les différents traitements pouvant être prodigués sont :

***Les soins de pédicurie.** Ils concernent les troubles trophiques. Ils permettent de soulager rapidement la douleur, mais doivent être administrés fréquemment.

***Les semelles orthopédiques/orthèses plantaires.** Elles concernent les troubles morphostatiques, ainsi que les pathologies musculo-tendineuses et articulaires. Ce traitement assure une répartition harmonieuse des appuis plantaires en soulageant les zones douloureuses. Il permet aux pieds de trouver une position physiologique afin d'éviter l'apparition des troubles trophiques en lui apportant confort et stabilité. Ce qui favorisera également l'amélioration du retour veineux lors de la marche.

***L'orthonyxie.** Il s'agit d'un appareillage visant à redresser les hyper-courbures d'ongles, par exemple un ongle incarné. Il est posé sur l'ongle et y reste durant toute sa repousse ou jusqu'à ce que la courbure obtenue soit satisfaisante. Cet appareillage permet ainsi d'éviter les récurrences d'ongle incarné.



***L'orthoplastie.** C'est un appareillage visant à protéger une partie de l'orteil qui subit un frottement excessif avec un autre orteil ou la chaussure.

Il y a un autre aspect qui est primordial. Il s'agit de la prévention, qui aide à améliorer le confort et la stabilité du patient. Il est ainsi recommandé d'appliquer régulièrement de la crème hydratante pour pieds afin de ralentir l'apparition des hyperkératoses.

Il est aussi important d'effectuer un séchage méticuleux entre les orteils après la douche pour prévenir les macérations.

L'observation quotidienne des pieds est très importante afin de déceler au plus vite la moindre anomalie.

Pour terminer, la personne âgée devra avoir un chaussage adapté à ses activités et au but recherché. Par exemple, l'intérieur de la chaussure doit respecter le volume du pied. De plus, la semelle externe doit être suffisamment épaisse pour protéger la plante des pieds et en même temps assez souple pour lui permettre de marcher confortablement.

La tige (dessus de la chaussure) aussi doit être souple et dépourvue de couture ou de bride inextensible. Elle doit maintenir le pied lors de la marche. La chaussure doit être facile à enfiler et facile à entretenir.

Toutes ces précautions permettront à la personne âgée de profiter d'une activité physique tout en confort et stabilité.

Aurélié Thésée-Apaya
Podologue



6 - Lutter contre la démence

Exercer le cœur et les biceps pour prévenir la perte de cellules cérébrales

Les nouvelles sur un remède contre la démence en 2018 sont plutôt mauvaises. De nombreuses sociétés pharmaceutiques ont arrêté de financer les essais cliniques pour trouver un remède contre les maladies neurodégénératives, dont Alzheimer.

Étant donné que l'âge moyen du taux de mortalité augmente chaque année, le nombre de citoyens âgés de plus de 65 ans s'accroît aussi. Comment s'assurer alors que cette partie de notre population jouisse d'une qualité de vie digne, décente et robuste en vieillissant ?

Heureusement, les recherches sont de plus en plus nombreuses à montrer que la prévention est la meilleure façon de lutter contre la démence. Alors, que faire ? D'abord, il est important de comprendre la différence entre la démence et la maladie qui mène à la démence. Prenons l'exemple de la maladie d'Alzheimer. La plupart des gens pensent qu'une personne diagnostiquée avec la maladie d'Alzheimer est forcément atteinte de démence. Ce n'est pas vrai. Il y a la démence découlant d'Alzheimer et la maladie d'Alzheimer, même si la seconde mène à la première.

Bien qu'il n'y ait pas grand-chose à faire une fois

que la maladie a plongé le sujet dans la démence, il peut y avoir une façon de freiner la progression de la maladie avant qu'elle ne se transforme en démence. Ce qui fait que la prévention doit commencer à l'âge mûr.

En 2017, la commission Lancet a publié un modèle de parcours de vie pour sensibiliser sur les facteurs de risque pouvant, dès la naissance, conduire à la démence. Ceux-ci vont du risque génétique d'une personne à la naissance et du niveau d'éducation précoce jusqu'à la perte d'audition à l'âge moyen, en passant par l'hypertension, l'obésité, le tabagisme tardif, la dépression, l'inactivité physique, l'isolement social et le diabète (voir infographie). Ces facteurs de risque montrent que les décisions que nous prenons à l'âge adulte peuvent influencer sur nos chances de développer la démence et la rapidité avec laquelle notre condition se détériore.

Un autre point intéressant souligné par la Commission Lancet est que la santé cardiovasculaire peut stimuler la santé du cerveau en lui assurant de bons niveaux d'oxygène et un apport suffisant de nutriments. Plus simplement, ce que vous faites pour garder votre cœur en

bonne santé gardera aussi votre cerveau en bonne santé.

Outre les bons régimes alimentaires, ne pas abuser de l'alcool, ne pas fumer, contrôler son poids et faire des contrôles cardiaques réguliers, l'exercice physique est le meilleur moyen d'améliorer la santé cardiovasculaire. Ce faisant, on améliore aussi la santé de son cerveau. Les avantages de l'activité physique sont évidents lorsqu'on considère les autres facteurs associés au risque de développer la démence. Des études ont montré que les personnes qui font de l'exercice régulièrement sont moins susceptibles de souffrir de maladies cardiaques et d'attaques cérébrales, sans compter qu'elles réduisent les risques de développer l'hypertension artérielle, le diabète de type 2 et l'obésité, qui sont autant de facteurs de démence.

La revue médicale Journal of Alzheimer's Disease a publié récemment une étude faite par des chercheurs du South-Western Medical Center de l'Université du Texas indiquant que les personnes âgées avec un faible niveau de condition physique souffraient d'une plus grande détérioration de substance blanche dans leur cerveau. Les fibres de la substance blanche sont comme des autoroutes et permettent à diverses parties du cerveau d'interagir les unes avec les autres. Si ces « autoroutes » se détériorent, les voies de communication se détériorent, entraînant une stimulation moindre dans les zones du cerveau et un risque accru de démence.

En Australie, les acteurs de l'industrie de la santé ont établi des lignes directrices sur ce qui devrait constituer un niveau d'activité physique adéquate. D'abord, trois types d'activité devraient être inclus dans une routine régulière : des exercices soutenus d'aérobic, un entraînement musculaire, la musculation, les exercices de résistance et ceux augmentant la flexibilité et l'équilibre.

En outre, les lignes directrices encouragent les personnes à respecter les points suivants:

- être actif tous les jours et de toutes les manières possibles
- considérer le mouvement comme une

opportunité, pas un inconvénient

- intégrer le mouvement et l'activité dans votre routine quotidienne normale
- être actif avec un ami ou un proche
- si vous le pouvez, faites régulièrement des exercices intenses pour améliorer votre santé et votre forme physique
- choisissez les activités que vous aimez et respectez-les! Quelques suggestions incluent le jardinage, la marche, la natation, l'aquagym, le yoga et le Tai-chi
- En résumé, traitez votre cerveau comme vous traitez votre cœur ! Plus vous êtes en forme, meilleure sera votre qualité de vie en vieillissant. Il peut être utile de consulter un diététicien et un physiologiste de l'exercice pour discuter d'un plan nutritionnel et de conditionnement physique qui répondront à vos besoins spécifiques.

Gardez la santé!

Dr Vincent Oxenham
Neuropsychologue clinique
Nouvelles-Galles du Sud
Australie



Intéresser les aînés aux exercices physiques et aux jeux

L'activité physique et les jeux sont bénéfiques aux seniors sur les plans mental et émotionnel. Mais encore faut-il qu'ils soient adaptés aux aptitudes des personnes âgées et que ces dernières s'y intéressent. C'est la mission des ergothérapeutes.

Après la retraite, le niveau d'activité physique des aînés change. Leur motivation baisse et beaucoup préfèrent des activités plus douces pour entretenir le corps et la santé, mais aussi pour socialiser. Les exercices physiques dits doux requièrent cependant une endurance fondamentale. Il s'agit de l'équivalent d'un effort d'intensité modérée, c'est-à-dire 60 à 70 % de la fréquence cardiaque maximale. Une personne qui exécute une activité demandant une endurance fondamentale n'est pas essoufflée et peut tenir une conversation durant l'effort. Certes, sa respiration est rapide, mais il n'y a pas de sensation d'essoufflement.

À Maurice, les activités physiques préférées des personnes âgées sont la marche, les randonnées, le yoga, le tai-chi, la zumba, la pêche, la natation

et les jeux de boules. Avec l'âge, on observe une réduction dans le taux de participation à des activités physiques. Cela peut découler d'une baisse de motivation et d'intérêt, l'état de santé de la personne et une réduction de la prise de risques. La dépression, la maladie d'Alzheimer et la démence accentuent le manque d'intérêt et de motivation pour les activités physiques. De plus, les aînés cherchent à éviter tout risque de chute et de blessure.

L'ergothérapie est une des solutions pour aider les personnes âgées. Il s'agit d'une profession paramédicale qui évalue et accompagne les personnes afin de préserver et développer leur indépendance ainsi que leur autonomie dans leur vie quotidienne et d'améliorer la qualité de vie et le bien-être de la personne. L'ergothérapeute propose au patient des activités individuelles ou en groupe. Une séance d'ergothérapie est planifiée selon les besoins de la personne, en fonction de ses capacités/aptitudes et ses préférences.





L'ergothérapie est aussi connue comme l'art de l'activité humaine. Grâce à elle, les exercices/activités physiques deviennent plus intéressants, amusants et accessibles. En adaptant les activités physiques et les transformant en jeux, on peut augmenter l'attention et la concentration de la personne, sa motivation et son intérêt. Une personne âgée qui répète un exercice peut vite s'ennuyer, avoir des difficultés à réaliser l'activité souhaitée et même refuser de l'y faire. Cela est souvent le cas chez les seniors atteints d'Alzheimer, de démence ou de dépression.

C'est le rôle du thérapeute de trouver le moyen de capter l'attention de la personne et la soutenir au maximum dans la réalisation des activités/exercices physiques en question. Par exemple, une partie de bowling dans un Day Care Centre peut être très bénéfiques. Les participants peuvent travailler leur force musculaire (grâce aux flexions, torsions et étirements répétés), leur sens de la coordination, leur souplesse articulaire et leur équilibre tout en s'amusant. Car un jeu en groupe procure du plaisir et de la joie. Et le plaisir chasse l'ennui. Alors, adieu les exercices ennuyeux et bonjour aux activités amusantes pour les seniors qui veulent garder la forme et rester actifs pour prévenir les maladies chroniques.

On a coutume de dire que l'amusement allège le cœur. Cela est très important pour le bien-être de nos aînés. Les études soulignent les bienfaits des activités physiques et jeux amusants pour les petits comme les grands :

(i) Ils améliorent la fonction cognitive ainsi que la mémoire.

(ii) Ils aident à établir et maintenir les relations.

(iii) Ils améliorent la socialisation ainsi que le bien-être physique, mental et émotionnel.

(iv) Ils prolongent la vie et améliorent la vitalité physique.

L'ergothérapeute va aussi **adapter/modifier** les activités physiques en fonction des capacités, des aptitudes et l'état de santé de la personne âgée. Il/elle va tout faire pour permettre à une personne qui est dans l'incapacité de se mettre debout de participer à la partie de bowling en demeurant en position assise ou en utilisant une aide.

Participer aux activités physique et jeux permet aux personnes âgées de s'engager positivement, ce qui entraîne un 'flow' connu comme l'état psychologique optimal. Le 'flow' est l'état mental atteint par une personne lorsqu'elle est plongée totalement dans l'accomplissement d'une activité. C'est un état maximal de concentration, d'engagement et de satisfaction. Même le senior peut ressentir un sentiment de joie ou d'extase en participant à une activité. Ce qui lui est très bénéfique sur les plans mental et émotionnel. L'ergothérapeute veille à ce que ce 'flow' soit continu durant l'exécution des activités physiques.

Une variété d'exercices

L'ergothérapeute est toujours en train de créer des activités pour ses patients. Un Day Care Centre doit en proposer toute une variété. Chez l'Association Alzheimer de Maurice, par exemple, l'ergothérapeute utilise des bandes élastiques, toutes sortes de ballons (dont des Gym Ball) ainsi que des parcours moteurs pour créer des jeux et activités physiques amusants et motivants. Ils vont même jusqu'à inventer certains jeux, tels le ballon-bowling (le principe du bowling mais en utilisant des petites balles) et le golf (avec un morceau carré de polystyrène avec un trou au milieu et une petite balle).

Jennita Tanakadoo

Ergothérapeute



Watsu® : Comment optimiser le mouvement et améliorer les fonctions cognitives par l'eau

L'objectif de cet article est de faire découvrir le Watsu® qui s'insère d'avantage comme une thérapie aquatique intégrative, avec de nombreux bienfaits autant physiques que mentaux.

L'eau, liquide incolore et inodore formée d'hydrogène et d'oxygène, est essentielle à toute vie. L'homo sapiens est en gestation dans un liquide amniotique pendant plus de 9 mois avant sa naissance. Qu'a-t-il réellement mémorisé et conservé, une fois adulte, de ce lien à l'eau ? Le Watsu® est une technique qui est basée sur cette relation. Elle a été élaborée au début des années 80 en Californie par Harold Dull⁽¹⁾, praticien en Zen Shiatsu.

Ce dernier était convaincu que travailler en eau chaude (32° à 35°) pourrait s'avérer extrêmement bénéfique à l'homme. Il était aussi persuadé qu'un travail en milieu aquatique libérerait le corps et le mental des tensions multiples. Et une fois cette libération obtenue, les fonctions cognitives du sujet seraient améliorées.

C'est ainsi que le Watsu® prit naissance dans les sources d'eaux chaudes à Harbin Hot Springs, en Californie. Au fil des années, cette approche fut suivie par divers professionnels en travail corporel (acupuncteurs, physiothérapeutes, ostéopathes, post-urologues...), puis enseignée et pratiquée à travers le monde. Et depuis 20 ans, sa crédibilité ne cesse d'augmenter dans le milieu médical grâce à des résultats satisfaisants et très encourageants obtenus auprès de nombreux

patients. Les conclusions des recherches sur des cas cliniques⁽²⁾ sont également positives.

Une séance de Watsu® se pratique dans une piscine chauffée entre 30° et 35° et dure de 45 à 60 minutes. Elle permet une connexion avec l'essence de soi. Le sujet peut avoir à porter des flotteurs aux deux jambes afin d'assurer une meilleure flottabilité. Le terme Watsu® est une synthèse des mots 'Water' et 'Shiatsu'. Il s'agit d'une technique qui comprend un enchaînement de mouvements lents et plus rapides, de bercements, de flexions, d'étirements et de pressions d'acupuncture.

Tout cela se fait dans le respect d'un corps libre de se mouvoir selon ses envies. Là est toute la richesse de ce soin personnalisé, où la respiration, la cohérence cardiaque et l'écoute occupent tout l'espace. La pression de la gravité étant supprimée autour des articulations dans le milieu aquatique, et le sujet soumis à la poussée d'Archimède, c'est avec plus de légèreté qu'il est porté par l'eau chaude et propulsé au plus profond de son ressenti corporel pendant la séance.

Peggy Schoedinger⁽²⁾, physiothérapeute et formatrice senior en Watsu®, explique que pour cas cliniques, le travail physiothérapeutique se base essentiellement sur le 'faire'. Or, souligne-t-elle, la beauté du Watsu® est qu'il est axé sur la notion de l' 'être'...

Ainsi, 'être' à l'écoute de ce corps en mouvement dans l'eau et l'accompagner dans sa fluidité demeurent l'essence de cette thérapie. Il est





évident que dans l'accompagnement de patients avec des besoins cliniques, un travail plus spécifique sera inclus durant la séance.

Divers études cliniques ont démontrées^(2,3) que cette thérapie améliore les fonctions cognitives et la coordination, tout en réduisant les contractures musculaires et l'hyper-tonicité en cas de paralysie cérébrale et d'autisme. De plus, en calmant le système nerveux sympathique, il agit sur le stress, l'anxiété, la dépression, l'insomnie et la fatigue. D'autres études ont souligné son aptitude à améliorer la mobilité, l'humeur et les fonctions motrices chez le patient parkinsonien. Le travail en eau chaude améliore la mobilité ostéo-articulaire et restitue le mouvement dans des situations d'arthrose, de spondylarthrite ankylosante, de douleurs dorsales et de douleurs post-opératoires.

Pour conclure, malgré le fait que l'activité physique reste plutôt passive en Watsu®, car le sujet est allongé et porté par le praticien, cette thérapie permet à celui qui la reçoit d'entrer en contact avec les éléments sacrés de l'eau pour en recevoir les bénéfiques. C'est cette résonance avec l'eau qui facilite le travail sur le corps, les émotions, le mental et l'esprit.

Ariane Tursan d'Espagne

Praticienne en Santé-Bien-être

Praticienne certifiée en Watsu® (Waba, USA)

Fondatrice et directrice de l'École Mauricienne du Bien-être (www.embe-formation.com)

« Soft as petals, your arms allow old memories, old frustrations and pains to dissolve in the water as the fears from the past become, through the power of love, the joyful recognition of the wholeness of the being...»

Alma Flor Ada⁽⁴⁾

Bibliographie

1. Watsu® Freeing the body in water- Harold Dull - Oct 1997
2. Adapted Watsu® for people with special needs – Peggy Schoedinger
3. Watsu® Therapeutic Wonders - Caroline Robertson 05-04-2016
4. Alma Flor Ada – receveuse de Watsu®



La Situation à la Réunion

Troubles de la marche, chutes et cognition

« Montre-moi comment tu bouges et je te dirai comment tu penses »

En gérontologie, l'activité physique recommandée se doit d'être adaptée aux différents âges physiologiques auxquels elle s'adresse. D'où le terme APA (Activité Physique Adaptée).

En gériatrie, incluant la pathologie, cette activité physique commence par la marche qui est un indicateur de robustesse, tant en rapidité que qualité, et un gage de persistance en meilleure santé possible. Quand la marche est touchée, la mobilité s'altère et l'autonomie avec.

Si les effets de l'activité physique sur le risque de développer une pathologie démentielle ne sont pas très clairs, les liens entre cognition et la marche, donc l'exercice physique, sont nombreux. En voici quelques approches.

Les pathologies cognitives sont parfois génératrices de troubles de la locomotion, entravant l'exercice physique :

(i) Le syndrome dysexécutif, que l'on retrouve dans les troubles vasculo-dégénératifs ou syndromes frontaux, empêche le patient de se projeter dans l'action, d'anticiper et donc prévoir comment et pourquoi faire telle ou telle action, comment se chausser ou conduire sa voiture pour se rendre à tel ou tel endroit. Des fois, il n'arrive tout simplement pas à se mouvoir et se met alors en danger.

(ii) L'agnosie engendrée par la maladie d'Alzheimer aura les mêmes retentissements, en plus des troubles mnésiques, invalidants en eux-mêmes.

(iii) L'instabilité psychomotrice découlant des formes évoluées de cette même maladie d'Alzheimer, ou encore de la dégénérescence fronto-temporale, entraîne des déambulations immotivées, véritables errances sans but raisonnable, entraînant une fatigue progressive (avec amaigrissement par déperdition énergétique)



et de l'épuisement et surtout aboutissant à des chutes fréquentes et une progressive grabatisation.

(iv) La dépression à elle seule, avec le retrait sur soi, a fortiori chez le sujet âgé, où elle est sous-diagnostiquée car souvent atypique, entraîne une altération des stimulations cognitives par démotivation, aboulie et anhédonie.

Les troubles de la marche et les chutes constituent un des symptômes cardinaux de certaines pathologies cognitives. Par exemple, la fameuse marche à petits pas défini, au sein de la triade de Hakim et Adams, avec le syndrome démentiel et les troubles sphinctériens, l'hydrocéphalie chronique de l'adulte (anciennement nommée hydrocéphalie à pression normale ou HPN) ; celle de la démence vasculaire vient compliquer les multiples accidents vasculaires neurologiques, la leucoaraïose ou les microbleeds. Et enfin, on décrit également une marche à petits pas des syndromes parkinsoniens, dont la maladie de Parkinson (PKS), qui peut se compliquer de démence en fin d'évolution.

Un autre syndrome parkinsonien se retrouve dans la Démence à Corps de Lewy (DCL), où les chutes sont un symptôme majeur devant faire évoquer le diagnostic, surtout si elle survient avant

l'apparition du PKS et de la démence, ou qu'elles surviennent de façon fluctuante.

Conséquences des chutes qui touchent la cognition

Une chute même bénigne en apparence, avec trauma crânien parfois passé inaperçu, pourra être responsable d'un déclin cognitif insidieux, témoin d'une confusion croissante en lien avec un saignement intracrânien lent et progressif (hématome sous dural chronique), parfois plus violent avec de possibles signes de localisation neurologiques ou des convulsions (hémorragies méningées, contusions intra-parenchymateuses voire inondation ventriculaire).

Le syndrome de régression psycho-motrice (ou désadaptation psycho-motrice), que l'on décrit en post-chute, mais parfois après une simple phase de clinophilie prolongée, entraîne une véritable sidération des réflexes vitaux de mobilité, confinant le patient au fauteuil et parfois au lit. Il peut, dans ce cas, mimer une dépression, voire un syndrome de glissement, nécessitant une prise en soins rapide et intensive. Au cas contraire, il risque de ne jamais se rétablir.

La iatrogénie des médicaments de la démence

Les troubles psycho-comportementaux perturbateurs, requérant la prescription de traitements médicamenteux ou non (confinement au fauteuil voire au lit), entraînent un déconditionnement et une désadaptation psychomotrice avec leur lot de chutes en conséquence.

Quand aux médicaments plus ou moins inappropriés chez le sujet âgé et le patient porteur d'une fragilité cognitive en particulier, aggravent le risque de trouble de la marche et de chutes.

Au décours du Parkinson évolué, pouvant se compliquer de démence, la dopa-thérapie potentialise les risques d'hypotension orthostatique déjà inhérente à la maladie, compliquant d'autant une marche extra-pyramidale déjà ralentie.

Les traitements médicamenteux trop souvent prescrits lorsque le déclin cognitif est au stade



de démence avec troubles du comportement, comme les neuroleptiques anti-productifs et plus ou moins sédatifs, qui génèrent fréquemment un syndrome extra-pyramidal ou des hypotensions orthostatiques entravant une marche sûre; ou encore les benzodiazépines et autres hypnotiques, entraînent un ralentissement idéomoteur avec un risque de majorer les chutes.

Les solutions possibles

- (i) Faire le diagnostic des pathologies cognitives le plus précocement possible afin de prévoir, anticiper voire devancer les conséquences en terme de locomotion et d'exercice physique, par un entraînement régulier et soutenu.*
- (ii) Ne pas laisser errer, mais distraire, canaliser les patients avec déclin cognitif, et savoir ne pas abuser des médicaments délétères.*
- (iii) Proposer l'APA aux seniors, avant même l'apparition éventuelle d'une pathologie neuropsychologique.*
- (iv) Faire de la marche qui, en elle-même, diminue le risque de dépression et augmente les stimulations cognitives prévenant leur potentiel déclin.*

Conclusion

Une connaissance clinique avisée des troubles cognitifs liés à l'âge, associée à un regard attentif sur l'activité motrice du senior, permettent à la fois de poser un diagnostic précis de son statut neurocognitif et de prévenir le déclin de l'exercice physique nécessaire à son maintien en bonne forme.

Dr Jean-Marc Eychène
Praticien hospitalier
Médecine polyvalente et gériatrie
CHU Réunion



Les bénéfiques pour la mémoire

L'activité physique compte de nombreux bienfaits. Cependant, on a tendance à négliger son rôle bénéfique sur le cerveau. Le point avec Pascale Savoye, animatrice ateliers mémoire, et Mylène Wong, médecin gériatologue.

Qu'est ce que l'activité physique ? Pour le Programme national nutrition santé (PNNS), « l'activité physique correspond à tous les mouvements de notre corps produits par la contraction des muscles, qui augmentent la dépense d'énergie. Elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, ceux effectués lors du temps de travail comme du temps de loisirs ».

L'activité physique fait partie des 11 alliés du mieux-vivre. Car la santé, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « est un état de complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». D'ailleurs, l'institution spécialisée considère que la sédentarité (manque d'activité physique) est le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (6%).



Une activité physique adaptée, régulière et soutenue est bénéfique à l'organisme dans son ensemble, y compris les fonctions cognitives. C'est un investissement sur le bien-être car l'activité physique diminue la survenue de plusieurs maladies en renforçant les défenses immunitaires.

De plus, l'activité physique favorise la mobilité, lutte contre l'ostéoporose, améliore les capacités

physiques et respiratoires, évite la fonte de la masse musculaire et prévient les chutes, entre autres. Sans compter qu'elle lutte contre les maladies cardio-vasculaires, diminue le risque d'accident vasculaire cérébral, assure une meilleure circulation sanguine, stabilise la tension artérielle, maintient le poids et aide à avoir un bon équilibre du cholestérol.

Enfin, l'activité physique joue un rôle essentiel dans le combat contre le diabète. Elle lutte contre l'apparition de la maladie, permet de mieux la contrôler lorsqu'elle est déjà présente et aide à éviter les complications en agissant sur la normalisation de la résistance à l'insuline.

Le mental

Sur le plan mental aussi, l'activité physique joue un rôle très important. Par exemple, elle facilite le sommeil, améliore l'estime de soi, augmente la créativité et aide à accroître le lien social.

En même temps, elle diminue le stress, l'anxiété et la dépression. Sur ce plan, son efficacité surpasse généralement celle des antidépresseurs qui peuvent, de surcroît, entraîner de graves effets secondaires. Les dépressions sévères et prolongées sont un facteur de risque au niveau cognitif. Une enquête récente a montré que des femmes qui ne pratiquent aucune activité physique ont 99% de risques en plus de tomber en dépression que celles qui sont actives.

En outre, l'activité physique favorise le développement des hormones naturelles du bien-être, ainsi que des neurotransmetteurs associés au contrôle de l'humeur (endorphines, sérotonine, dopamine, glutamate et GABA).

L'activité physique lutte également contre les facteurs de risque pour notre cerveau. Rappelons qu'une bonne santé cognitive dépend d'une bonne santé en général. Ce qui est bon pour le cerveau et le corps l'est aussi pour la mémoire.

D'ailleurs, les psychiatres et neurologues de l'Université de Californie sont arrivés à

la conclusion que l'apparition de la maladie d'Alzheimer pourrait être prévenue chez 1 à 3 millions de personnes à l'échelle mondiale rien qu'en réduisant de 10 à 25% la prévalence de sept facteurs de risque de la démence. Ceux-ci sont : un faible niveau d'éducation, le tabagisme, la sédentarité, la dépression, l'obésité, l'hypertension artérielle et le diabète sucré.



Action directe sur le cerveau

Les scientifiques ont établi, depuis de nombreuses années déjà, les effets positifs importants du sport sur les fonctions cognitives et pour prévenir l'entrée dans la démence. Pour le Dr Erik Erickson, professeur au département de psychologie de Pittsburgh, le sport « est l'un des traitements non médicamenteux les plus prometteurs pour améliorer la santé du cerveau ». Une méta-analyse de Sofi et Al sur 33 816 seniors a d'ailleurs montré que les sujets actifs avaient 38% de risque en

moins de développer des troubles cognitifs que les sédentaires.

L'exercice physique accroît l'efficacité du cerveau et augmente sa « plasticité », c'est-à-dire sa capacité à remodeler ses connexions en fonction de l'environnement et des expériences vécues et à s'adapter. De ce fait, les fonctions exécutives du cerveau qui analysent et régulent le comportement par rapport à l'information reçue à chaque instant sont améliorées.

Ces fonctions exécutives sont indispensables pour effectuer les activités quotidiennes, telles que la planification, l'organisation, l'élaboration de stratégies, être attentif, se rappeler des détails et gérer le temps et l'espace. La pratique régulière d'une activité physique améliore la réactivité, la concentration et la mémorisation. En même temps, elle réduit le risque de déclin cognitif en apportant du glucose et des nutriments transportés par le sang à nos neurones, qui en ont besoin pour leur fonctionnement, et en assurant une meilleure oxygénation du cerveau.

Plusieurs études scientifiques démontrent les effets remarquables du sport sur la régénération des cellules cérébrales. Parmi, on note celles du 18 décembre 2016 en Angleterre et du 9 septembre 2016 aux États-Unis. Le Dr Joseph Michael Mercola, qui faisait partie de l'équipe scientifique américaine, soulignait que le sport « favorise un processus que appelé la neurogenèse, c'est-à-dire



la capacité du cerveau à s'adapter et à fabriquer de nouvelles cellules, indépendamment de l'âge ».

Il précisait aussi que le sport « stimule la production du facteur neurotrophique issu du cerveau (BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor) ainsi que le Fibroblast growth factor-2 (FGF-2), qui aident à protéger les cellules existantes du cerveau et favorisent le développement de nouveaux neurones » Chez l'homme, une étude a montré une augmentation du volume de l'hippocampe après un programme d'exercice sur une année. L'hippocampe est le centre de la mémoire, qui est affecté par la maladie d'Alzheimer.

D'autre part, le sport a un effet anti-inflammatoire et anti-oxydatif. Des chercheurs suédois ont découvert que des muscles bien entraînés produisent une enzyme qui débarrasse le corps de substances nocives. Précisons que l'accumulation des déchets entre les neurones est une des causes de démence.

Quel type d'activité physique ?

Il n'est jamais trop tard pour démarrer une activité physique, peu importe laquelle. Il suffit simplement, dans certains cas, de les adapter à sa condition physique et à sa santé. Toute activité est recommandée dès lors qu'elle nécessite un effort faible ou modéré pendant un temps prolongé, sollicitant ainsi notre système cardio-vasculaire et notre système endocrinien (en nous faisant respirer un peu plus vite, mais sans nous empêcher de parler).

La marche rapide (à allure soutenue) est l'activité physique de base recommandée que l'on peut pratiquer partout. Le PNNS conseille l'équivalent d'au moins 30 minutes par jour (ou au moins 150 minutes par semaine). Mais si on peut faire plus, c'est encore mieux. La bicyclette à vitesse moyenne (15 km/h), la danse ou le jardinage sont aussi indiqués.

Toutefois, certaines précautions sont d'usage. Par exemple, il faut être bien équipé (bonnes chaussures, chapeau, eau...) et choisir le bon moment pour s'exercer (de préférence pas durant les heures où la chaleur bat son plein). De plus, avant de commencer une nouvelle activité



physique, il faut penser à faire un bilan de santé, à démarrer lentement et accélérer de manière progressive.

Mylène Wong

médecin gériatologue

Pascal Savoye

animatrice ateliers mémoire

Bibliographie

INPES livret « la santé vient en bougeant » le guide nutrition pour tous 2004 www.mangerbouger.fr

Erickson, KI, Voss MW, Prakash, RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, Kim JS, Heo S, Alves H, White SM, Wojcivicki TR, Mailey E, Vieira V J, Martin SA, Pence BD, Woods JA, McAuley E, Kramer AF, Exercice training increases size of hippocampus and improves memory ; Proc Natl Acad ci USA 2011 Feb 15 ;108(7) :3017-22

Sofi F , Valecchi D, bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Macchi C Physical activity and risk of cognitive decline : a meta-analysis of prospective studies . J Intern Med 32011 jan; 269(1):107-17.

Tan ZS, Spartano NL, Beiser AS, DeCarli C, Auerbach SH, Vasan RS, Seshadri S. Physical Activity, Brain Volume, and Dementia Risk: The Framingham Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017 Jun 1;72(6):789-795. doi: 10.1093/gerona/glw130.

S Mature, J Fleckenstein, RDeichmann, T Engeroff ; E Füséki; E Hattingen, R Hellweg, B Liennerth, U Pilatus, S Schwarz, VA Tesky, L Vogt, W Banzer and J Pantel Effects of aerobic exercise on brain metabolism and grey matter volume in older adults : results of the randomized controlled SMART trial Trans Psychiatry (2017) , e1172; doi:10.1038/tp.2017.135 .

La Situation en France

Prévention

Vers un projet éducatif alliant activité physique et nutrition

L'avancée en âge s'accompagne d'une baisse des capacités physiques, notamment une perte de souplesse, d'endurance (avec baisse de la vitesse de marche), de tonicité, d'équilibre, de force musculaire et de capacité à se lever d'une chaise ou à monter des escaliers. Et ce, même en l'absence de toute pathologie^(1,2) ou de dénutrition⁽³⁾.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « on vieillit mieux en restant actif ! » En France, une politique de santé publique spécifique aux personnes âgées, à travers le plan national « Bien vieillir »^(4,5) a été mise en place depuis 2003.

L'activité physique adaptée (APA) correspond à la « pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisirs, de sports ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes, et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires » (décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016⁽⁶⁾).

L'APA et la lutte contre la sédentarité sont au cœur des politiques de santé publique pour un vieillissement réussi. Leurs objectifs sont, d'une part, de prévenir les pathologies chroniques, en diminuant les facteurs de risque, et d'autre part, de réduire la perte d'autonomie en ralentissant les effets du vieillissement et en augmentant la qualité de vie. Cela, en générant un bien-être physique et mental.

En France, le coût direct de l'inactivité physique est estimé à plus de 850 millions d'euros⁽⁷⁾.

Malgré le slogan de santé publique « Mangez, Bougez ! », la pratique d'une activité physique (AP) régulière est un conseil peu suivi. D'ailleurs, 78% des Français ne sont pas assez actifs, échouant



à parcourir les 10 000 pas recommandés chaque jour⁽⁸⁾.

La prescription d'APA est possible depuis le 1er mars 2017⁽⁹⁾. Cela devrait aider au changement comportemental de la personne âgée. Car il n'est pas toujours évident d'inciter un large public vieillissant longtemps sédentaire à adopter une pratique sportive.

Des questions d'ordre professionnel persistent pour le médecin traitant. Va-t-il opter pour une consultation dédiée avec formulaire type de prescription ? L'orientation serait-elle plus appropriée ? Est-il préférable de préconiser l'accompagnement vers des structures adaptées, disposant d'un nombre suffisant de professionnels compétents en pratique physique adaptée⁽¹⁰⁾ ?

L'AP nécessite enfin un accompagnement nutritionnel ! Chez les personnes âgées, l'exercice physique est davantage coûteux en termes d'énergie que chez les plus jeunes. Cette dépense doit être compensée par un apport énergétique adéquat pour ne pas dégrader le statut nutritionnel de base.

Plusieurs études sont actuellement en cours pour déterminer l'intérêt d'associer un programme d'AP à une prise en charge nutritionnelle chez les personnes âgées dénutries⁽¹¹⁾.

La mise en œuvre de l'APA, dispositif de santé publique innovant, reste néanmoins problématique en France.

L'APA et le prise en charge nutritionnelle s'inscrivent dans un projet éducatif de prévention de la personne âgée, où le rapport du malade à son corps se transforme avec le déclenchement de nouvelles sensations.

La prescription d'APA, ainsi que celle d'une intervention nutritionnelle, pourraient contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et de territoire car elles touchent les plus vulnérables via une médecine de proximité.



Dr Sandrine GALLERON

Praticien hospitalier, gériatre
Hôpital Bretonneau, Paris 18^{ème}
France
sandrine.galleron@aphp.fr

Bibliographie

1-BOUAZIZ W., LANG P.O., SCMITT E., KATTENBACH G., GENY B., VOGEL T.

Pratique de l'activité physique. Quels bénéfices chez les personnes âgées? Repères en gériatrie, nov 2017, vol. 19, numéro 169, 213-216

2-INSERM Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Paris : les éditions Inserm ; 2015 [https://www.inserm.fr/mediatheque/infr.grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/synthese-ec-activite-physique-et-prevention-des-chutes-chez-les-personnes-agees,5008p.]

3- WRIGHT J., BALDWIN C.

Oral nutritional support with or without exercise in the management of malnutrition in nutritionally vulnerable older people. A systematic review and meta-analysis.

Clin. Nutri. 2017 sep9. S0261-5614(17)30319-9

4-ESCALON H., BECK F., VUILLEMIN A.

L'activité physique de 55 à 75 ans, analyse.

Soins gérontologie, n°95, mai/juin 2012, 38-41

5-Ministère de la Santé et des Solidarités, ministère délégué à la Sécurité sociale aux Personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, ministère de la Jeunesse, des sports et de la vie associative. Plan national « Bien vieillir » 2007-2009. Paris. 2007.

6-ANON. Décret relatif aux conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 ; 2016 [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/AFSP1637993D/jo/texte].

7- FAROCQ WA, PARKINSON KN, ADAMSAON AJ, et al.

Timing of the decline in physical activity in childhood and adolescence: gateshead millennium cohort study.

Br J Sports Med 2017; 0. 1-6.

8-santé publique 2017

Santé publique France, Activité physique et sédentarité. In : Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN) 2014-2016 ; 2017 [Volet nutrition, http://invs.santepubliquefrance.fr/content/doxlead/version/6/file/rapport_etude_sante_environnement_biosurveillance_activite_physique_nutrition_chapitre_activite_physique.pdf].

9-BATH N., et al

La prescription de l'activité physique adaptée chez le sujet âgé : de l'intention à la réalité.

NPG (2017), https://dci.org/10.1016/j.npg.2017.10.002

10-ANON. Instruction ministérielle N°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 03 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-5 du code de santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée ; 2017 [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf].

11-HUGO C., ISENRING E., MILLER M., MARSHALL S.

Cost-effectiveness of food, supplement and environmental interventions to address malnutrition in residential aged care: a systematic review. Age Ageing. 2018; 47:356-66.

Message de la Finlande

L'évaluation de la douleur chez les séniors

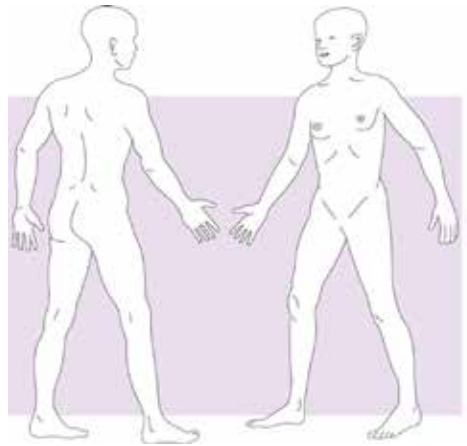
Un facteur limitant l'activité physique

L'activité physique aide à améliorer les capacités cognitifs. Mais avant d'en faire, certains sujets âgés doivent d'abord éliminer l'obstacle qu'est la douleur. Comment faire une bonne évaluation afin d'administrer un traitement efficace ? Susanna Rapo-Pylkkö, médecin gériatre finlandaise, nous en dit plus.

La douleur chronique est assez courante dans l'ensemble de la population et sa prévalence augmente avec l'âge⁽¹⁾. Elle provoque l'immobilité, la souffrance et l'invalidité chez de nombreux patients. Sans compter qu'elle représente un grave problème de santé publique. Pour pouvoir prescrire les médicaments efficaces contre la douleur ou recommandé des traitements non-pharmacologiques, il est primordial de reconnaître la douleur en question. Il est nécessaire d'établir des traitements faciles à utiliser dans le domaine de la clinique et la recherche médicale.

L'évaluation de la douleur peut être un défi chez les personnes âgées, qui ont du mal à comprendre les traitements en question. Sans compter que les problèmes cognitifs et les maladies affectant la mémoire peuvent compliquer tout le processus.

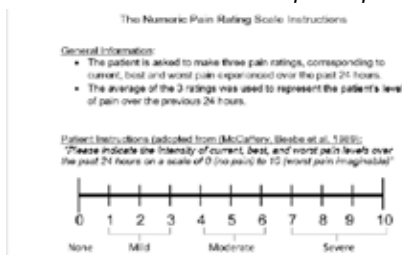
L'utilisation de dessins en utilisant un schéma corporel pour évaluer la douleur peut s'avérer efficace et primordial. Ce genre d'outils, simples à utiliser et unidimensionnels permettent aux personnes concernées d'indiquer là où se trouve la douleur. Ils constituent une part importante de

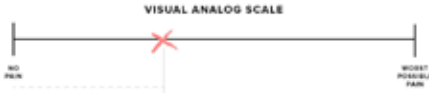


l'évaluation de l'intensité de la douleur⁽²⁾. Celle-ci peut être mesurée par une échelle de classement numérique de 11 points (où 0 représente l'absence de douleur et 10 une douleur insoutenable), une échelle analogue visuelle ou une échelle d'évaluation verbale. Les deux dernières sont recommandées dans la pratique quotidienne ainsi que les essais cliniques⁽³⁾. Elles sont considérées comme étant appropriées pour les sujets âgés dont la fonction cognitive est intacte et qui peuvent faire une auto-évaluation.

L'échelle de classement numérique serait plus facile à utiliser que l'échelle analogue visuelle par les seniors⁽³⁾. Elle serait aussi plus fiable que les deux autres outils pour évaluer les effets thérapeutiques en cas de douleurs chroniques⁽³⁾. De plus, elle peut même être utilisée par des patients atteints des formes légères à modérée de troubles cognitifs, c'est-à-dire un niveau de MMSE de 12-13/30.

Mais comment évaluer la douleur lorsque les mots manquent et que la maladie affectant la mémoire a atteint un stade avancé ? Pour ces situations, il existe des outils descriptifs d'évaluation de la





douleur. Puis, il est essentiel que les membres du personnel soignant ainsi que les proches du patients fassent l'évaluation.

Chez les adultes qui ne peuvent s'exprimer, les méthodes pour évaluer la douleur comprennent notamment l'observation du patient sur une période donnée dans des conditions contraignantes, son comportement lorsqu'il est en mouvement, la vérification de la douleur avant et après les interventions thérapeutiques et l'utilisation d'outils validés et largement acceptés ⁽⁴⁾.

Les outils les plus recommandés (et utilisés) sont : l'échelle d'évaluation de la douleur d'Abbey, approuvée par l'Australian Pain Society, le Dolopus 2 (originnaire de France), le NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument) et la PAINAD (Pain Assessment IN Advanced Dementia Scale). Dans une récente revue systématique, la PAINAD a été qualifiée d'instrument le plus commode à utiliser pour évaluer la douleur chez les patients en soins de longue durée ⁽⁵⁾.

En tout cas, les traitements les plus efficaces contre la douleur sont établis à partir d'une évaluation compréhensive du problème (la douleur) comprenant l'historique du trouble, les dessins et une échelle d'évaluation appropriée.



Dr Susanna Rapo-Pylkkö
Médecin gériatre
Espoo Hospital
Université d'Helsinki
Finlande

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale

Item*	0	1	2	Score
Awakening	Normal	Occasional slowed awakening, brief period of hyper-orientation	Never awakened to eating, lying, or other usual activities	
Verbalization	None	Occasional moan or groan. Loud and specific with a negative or complaining quality	Repetitive moaned calling out, loud moaning or groaning, crying	
Facial expression	Nothing or smiling or neutral	Not Frowns or Frowns	Facial grimacing	
Body language	Relaxed	tense, Unrelaxed posture, squinting	rigid, Flail, clenched, hands pulled up, flailing or jostling, arms flailing out	
Comprehensibility	Responds to voice	Responds but unresponsive by voice or touch	Unable to converse, distant or unresponsive	
				Total†

*This item observational tool, use the descriptor of each item below.
†Total score range from 0-10 based on a scale of 0 to 2 for each item, with a higher score indicating more severe pain (the lower part is 10+ score part).

- Awakening**
- Normal awakening is characterized by effortless, quick, fluid (conscious) awakenings.
 - Occasional slowed awakening is characterized by episodic periods of hyper-orientation.
 - Never awakened to eating is characterized by episodic or chronic, slow awakenings during a brief period of time.
 - Repetitive moaned calling out is characterized by negative sounding expressions on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, or whining. They appear intense or angry.
 - Facial grimacing is characterized by an excessive rise and drop of eyebrows leading a considerable time.
 - Upper limb responses are characterized by rhythmic waving and waving of hand/wing from very deep to shallow responses with periods of apnea (cessation of breathing).
- Negative vocalization**
- None is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.
 - Occasional moan or groan is characterized by infrequent moaning, sounds, wails or bemoans. Groaning is measured by louder than usual moaning intensity, sounds after stimuli, heaving and crying.
 - Loud and specific with a negative or complaining quality is characterized by making moaning, whining, grunting, or moaning in a low volume with a complaining, negative, or angry tone.
 - Repetitive moaned calling out is characterized by persistent or episodic being called out over and over or a low that

Bibliographie:

- Gibson DJ, Lussier D. Prevalence and relevance of pain in older persons. *Pain Med.* 2012;13:23-26.
- Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin.Geriatr.Med.* 2001, 17, 3, 457-78.
- Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, Kerns RD, Stucki G, Allen RR, Bellamy N, Carr DB, Chandler J, Cowan P, Dionne R, Galer BS, Hertz S, Jadad AR, Kramer LD, Manning DC, Martin S, McCormick CG, McDermott MP, McGrath P, Quessy S, Rappaport BA, Robbins W, Robinson JP, Rothman M, Royal MA, Simon L, Stauffer JW, Stein W, Tollett J, Wernicke J, Witter J; IMMPACT. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2005;113:9-19.
- Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin K, Craig K, Gibson IS, Lukas A, Smith J. Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol* 2014; 13:1216-27.
- Ellis-Smith C, Evans C, Bone A, Henson L, Dzingina M, Kane P, Higginson I, Daveson B and on behalf of BuildCARE. Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care settings: a systematic review. *BMC Medicine* 2016;14(38):1-12.

Message d'Espagne

Chez les personnes âgées

Le lien entre exercice physique et cognition expliqué

L'effet positif de l'exercice physique sur la fonction cognitive a été décrit ces dernières années. Un des premiers écrits, Pahor et al⁽¹⁾, décrit dans l'étude LIFE que l'exercice est important, car non seulement il retarde la survenue de la fragilité, mais il contribue aussi à l'aspect cognitif et au réseau social.

Ainsi, une étude clinique randomisée⁽²⁾ montre qu'après 6 mois d'exercice physique à multiples composantes, les participants du groupe d'intervention ont augmenté leurs scores MMSE de 9% en comparaison à ceux du groupe contrôlé, $p=0,025$, renversant le syndrome de fragilité avec un nombre à traiter de 3 pour 2.

L'exercice physique améliore la cognition en réduisant l'activité inflammatoire. C'est connu que les taux élevés de C-reactive protéine (CRP) sont associés à une faible performance cognitive. La relation entre faible performance cognitive et qualité musculaire est aussi médiée par la CRP chez les femmes, mais cela n'a pas été démontré chez les hommes^(3,4). Chez les femmes, les taux de CRP sont liés à l'incidence et à la progression du syndrome de fragilité. De la même façon, le déclin cognitif et la moindre activité physique sont en interrelation. Une étude montre que les participants ayant une atteinte cognitive légère ou une démence sont associés à un plus grand déclin physique comparé aux personnes âgées ayant une fonction cognitive normale⁽⁵⁾. L'activité physique réduit le parcours inflammatoire et a démontré une réduction dans les taux plasmatiques de CRP.

Par ailleurs, le facteur dérivé neurotrophique du cerveau (BDNF = Brain-derived neurotrophic factor) promeut la plasticité cérébrale. En combinant les effets synergiques de la fonction cognitive et de l'exercice physique, cela génère un bénéfice cérébral plus important que l'exercice cognitif et l'exercice

physique pris isolément. Une étude montre que la double tâche, cognitive et physique, augmente chez les participants le taux plasmatique de BDNF et la performance cognitive⁽⁶⁾. Cet effet peut être apporté par la relation positive entre exercice physique et réduction des facteurs de risque



cardiovasculaires⁽⁷⁾. Par ce mécanisme bénéfique, le facteur de croissance insuline-like (IGF-1) induit la synthèse de BDNF et facilite la plasticité cérébrale et améliore la neurovascularisation dans les régions sélectives du cerveau incluant l'hippocampe⁽⁸⁾. Ces effets protecteurs améliorent la fonction cognitive du cerveau vieillissant. Le BDNF joue un rôle dans la régulation et le maintien de la croissance et pour la survie des neurones du cerveau adulte et ses taux plasmatiques augmentent après l'exercice physique^(9,10,11). De même, une étude décrit l'association entre activité physique et volume de matière grise uniquement détecté chez les hommes âgés de plus de 60 ans et ceci dans les 2 régions (droite et gauche) du volume hippocampique. Les auteurs concluent que l'activité physique joue un rôle de prévention des maladies neurodégénératives⁽¹²⁾. Les études de la magnétoencéphalographie (MEG) montrent l'évidence de la connectivité fonctionnelle, que

l'exercice physique influence la topologie du réseau neuronal⁽¹³⁾. La MEG est une mesure directe de l'activité neuronale et combine une bonne orientation spatiale et un haut niveau de résolution temporelle. Les bénéfices de l'exercice physique sont aussi démontrés chez les individus à risque de développer une maladie d'Alzheimer.

L'exercice physique promeut des changements positifs de la fonction cognitive, réduisant de façon importante l'inflammation et les marqueurs de fragilité et augmentant les indicateurs positifs tels que l'IGF-1 et le BDNF, et augmentent le volume hippocampique. Les différents membres de l'équipe médicale devraient conseiller l'exercice physique aux individus de tous âges en promouvant des modes de vie sains et en prévenant l'apparition de maladies, incluant les maladies neurodégénératives.



Dr Francisco José Tarazona Santabalbina

Consultant gériatre

Bibliographie

- 1.- Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, Espeland MA, Fielding RA, Gill TM, Groessl EJ, King AC, Kritchevsky SB, Manini TM, McDermott MM, Miller ME, Newman AB, Rejeski WJ, Sink KM & Williamson JD. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE Study randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 311: 2387–2396.
- 2.- Tarazona-Santabalbina FJ, Gómez-Cabrera MC, Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM, Cabo H, Tsaparas K, Salvador-Pascual A, Rodríguez-Mañás L, Viña J. A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(5):426-33.
- 3.- Canon, M.E., Crimmins, E.M.. Sex differences in the association between muscle quality, inflammatory markers, and cognitive decline. *J. Nutr. Health Aging*. 2011; 15 (8), 695–698.
- 4.- Gale, C.R., Baylis, D., Cooper, C., Sayer, A.A.. Inflammatory markers and incident frailty in men and women: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age (Dordr.)* 2013; 35 (6), 2493–2501.
- 5.- Taylor ME, Boripuntakul S, Toson B, Close JCT, Lord SR, Kochan NA, Sachdev PS, Brodaty H, Delbaere K. The role of cognitive function and physical decline in older adults across the cognitive spectrum. *Aging Ment Health*. 2018 May 25:1-9.
- 6.- Miyamoto T, Hashimoto S, Yanamoto H, Ikawa M, Nakano Y, Sekiyama T, Kou K, Kashiwamura SI, Takeda C, Fujioka H. Response of brain-derived neurotrophic factor to combining cognitive and physical exercise. *Eur J Sport Sci*. 2018 May 29:1-9.
- 7.- Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, et al; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41(7):1510–1530.
- 8.- Vaynman S, Gomez-Pinilla F. License to run: exercise impacts functional plasticity in the intact and injured central nervous system by using neurotrophins. *Neurorehabil Neural Repair*. 2005;19(4):283–295.
- 9.- Seifert T, Brassard P, Wissenberg M, et al. Endurance training enhances BDNF release from the human brain. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2010;298(2):R372–R377.
- 10.- Cotman CW, Berchtold NC. Exercise: A behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends Neurosci*. 2002;25(6): 295–301.
- 11.- Ahlsgog JE, Geda YE, Graff-Radford NR, Petersen RC. Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clin Proc*. 2011;86(9):876–884.
- 12.- Hamer M, Sharma N, Batty GD. Association of objectively measured physical activity with brain structure: UK Biobank study. *J Intern Med*. 2018 May 18.
- 13.- Foster, P. P. Role of physical and mental training in brain network configuration. *Front. Aging Neurosci*. 2015;7:117.

Qui sommes-nous ?

Créée en 2005 par le Dr Daniel Noël (pédiatre), Home Nursing Care Ltd a pour vocation d'offrir une prise en charge paramédicale à domicile, en donnant aux patients le choix et la possibilité de se faire soigner chez eux. Le contact familial et social est ainsi préservé, et le patient bénéficie de la même qualité de soins que dans une structure médicale, dans le confort et la sécurité de son foyer.



Notre expérience

Depuis plus de dix ans, Home Nursing Care Ltd est intervenue de nombreuses fois auprès des patients sur le territoire mauricien, que ce soit pour un soin unique ou pour un suivi à long terme.

L'expérience acquise au fil de ces années et de ces prises en charge a permis à la compagnie d'être reconnue pour la qualité de ses soins et des prises en charges individualisées.



13 rue Couvent de Lorette, Curepipe
Site web : www.homenursingcareltd.com

Physiopathologie, mode de présentation et prise en charge

Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) est un concept gériatrique anciennement appelé « syndrome de régression psychomotrice »¹ et dont la dénomination actuelle date de 1999.² Les praticiens y sont fréquemment confrontés, notamment dans sa forme aiguë : le syndrome post-chute.^{3,4}

Il affecte 20% des sujets âgés victimes d'une chute.⁵ L'évolution de ces syndromes vers une régression motrice, cognitive et psychologique majeure impose une prise en charge pluridisciplinaire urgente.^{5,6}

Le SDPM est lié à une altération des structures sous-corticofrontales^{3,6} par des facteurs cumulatifs selon le modèle de Bouchon⁷ : le vieillissement, les maladies chroniques (maladies neurodégénératives par exemple) et les facteurs aigus de décompensation altérant la perfusion cérébrale.⁶ Lorsque le facteur de décompensation aiguë est une chute, on parle de syndrome post-chute.^{4,5,6}

Cliniquement, le SDPM associe des anomalies motrices et psychocomportementales.^{2,3,6} La rétropulsion est l'élément sémiologique principal dans le trouble postural^{2,3,5,6} ; ainsi, la station debout est souvent impossible sans aide.⁸ Les anomalies de la marche comprennent notamment des petits pas glissés et un retard de l'initiation de la marche (freezing).^{2,3,5,6,8} Les anomalies neurologiques comprennent une hypertonie oppositionnelle et une disparition des réflexes d'équilibre.^{2,3,5,6,8}

Les manifestations psychologiques permettent de différencier la forme aiguë de la forme chronique du SDPM selon la vitesse d'installation du tableau clinique.⁶ Dans la forme chronique d'installation lente, les signes psycho-comportementaux sont au premier plan avec des troubles exécutifs, une indifférence, une apathie, une aboulie et une démotivation.^{5,6} Dans la forme aiguë, souvent secondaire à une chute, ce sont les troubles psychologiques de l'équilibre et de la marche

qui prédominent.^{5,6} Ils comprennent une peur de tomber (toujours présente), une phobie de la marche, une anxiété majeure conduisant à une phobie de la verticalisation associée à un sentiment d'insécurité, de dévalorisation et un repli sur soi.^{5,6,8}

Ces syndromes sont de mauvais pronostic avec un risque évolutif important vers la perte fonctionnelle de la marche et une perte d'indépendance.^{5,6,8} Cela provoque, chez des sujets déjà fragilisés, un risque de chute permanent.^{5,6,8} La survenue d'une chute est un événement grave, multipliant dans l'année le risque de décès par quatre et le risque de récurrence par 20 et entraînant une perte d'autonomie dans 30% des cas.⁸ Cette dernière peut conduire à une institutionnalisation avec toutes les répercussions psychologiques et sociales qu'elle comporte.^{5,6,8}

Il est essentiel de savoir rapidement reconnaître et prendre en charge un cas de SDPM. Son diagnostic précoce chez les sujets à risque consiste à repérer un état de fragilité des automatismes moteurs (diminution de la vitesse de marche <1 m/s par exemple).^{6,9} Le praticien peut s'aider du Test Moteur Minimum (TMM) élaboré pour le suivi des patients atteints de SDPM.^{6,9} Composé de 20 items, ce test évalue la mobilité en décubitus, la position assise et la station debout dans différentes conditions, l'équilibre, la marche et l'existence d'une rétropulsion.^{6,9}

Ces syndromes sont des urgences gériatriques qui imposent une hospitalisation.^{5,6,8} Leur prise en charge doit être rapide et pluridisciplinaire et ne garantit malheureusement pas toujours une récupération fonctionnelle.^{5,6,8} Le traitement repose avant tout sur une physiothérapie axée sur un travail initial de retournement et passage en position assise au bord du lit, de lutte contre la rétropulsion, de réactivation des stratégies de posture et de l'apprentissage du relever du sol.^{5,6} Il faut par ailleurs stimuler le patient en le mobilisant selon des schémas moteurs identiques répétés plusieurs fois par jour.⁶

Une thérapie cognitivo-comportementale peut être utilisée contre la phobie de la verticalisation et de la marche.^{6,10} Une stimulation sur le plan psychique est nécessaire pour combattre la désafférentation et le ralentissement.⁶ Sur le plan médical, les maladies chroniques doivent être stabilisées et les facteurs de décompensation aiguë traités.⁶ L'ergothérapie participe aussi à la récupération et au maintien de l'autonomie du patient.^{5,6}

Ainsi, le SDPM et le syndrome post-chute sont à l'origine d'un déclin physiologique, moteur, cognitif et psychologique.^{5,6} La perte d'autonomie qui en résulte peut être le point de départ d'une cascade dramatique pour le patient sur les plans vital, fonctionnel et social.^{5,6} La prise en charge centrée sur une rééducation fonctionnelle adaptée et une psychothérapie spécifique est donc urgente et indispensable.



Emma Perrier
Étudiante en médecine

Bibliographie

1. Gaudet M, Tavernier B, Mourey F, et al. Le syndrome de régression psychomotrice du vieillard. *Med Hyg* 1986;44:1332-6.
2. Pfitzenmeyer P, Mourey F, Tavernier B, Camus A. Psychomotor desadaptation syndrome. *Arch Gerontol Geriatr* 1999;28:217-25.
3. Pfitzenmeyer P, Mourey F, Manckoundia P, Tavernier-Vidal B. La désadaptation psychomotrice. *Rev Geriatr* 2003;28:597-600.
4. Murphy J, Isaacs B. The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology* 1982;28:265-70.
5. Morisod J, Coutaz M. Le syndrome post-chute : comment le reconnaître et le traiter. *Rev Med Suisse* 2007;3(132):2531-2, 2534, 2536.
6. Manckoundia P, Mourey F, Tavernier-Vidal B, Pfitzenmeyer P, Psychomotor disadaptation syndrome. *Rev Med Int* 2007;28:79-85.
7. Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie? *Rev Prat* 1984;34:888-92.
8. Collège national des enseignants de gériatrie (CNEG). Masson, 2014, 3ème édition.
9. Mourey F, Camus A, d'Athis P, Blanchon MA, Martin-Hunyadi C, de Rekeneire N, et al. Mini motor test: a clinical test for rehabilitation of patients showing psychomotor disadaptation syndrome (PDS). *Arch Gerontol Geriatr* 2005;40:201-11.
10. Manckoundia P, Gerbault N, Mourey F, d'Athis P, Nourdin C, Monin MP, et al. Multidisciplinary management in geriatric day hospital is beneficial for elderly fallers: a prospective study of 28 cases. *Arch Gerontol Geriatr* 2007 Jan-Feb;44(1):61-70



Université du 3e âge Maurice

Des activités pour rester actifs

Souvent, nous entendons que garder le cerveau actif, que ce soit par des activités physiques ou cognitives, a un effet positif sur l'esprit vieillissant. Le Journal de l'Association for Psychological Science soutient même que l'apprentissage de nouvelles compétences aide à garder l'esprit vif.

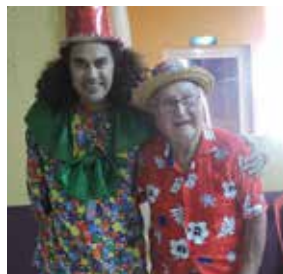
Dans cette optique qu'a été créée l'Université du 3e âge Maurice (U3AM). Ses objectifs sont d'encourager les personnes âgées et retraitées à rester ou apprendre à être actifs. Les membres de l'U3AM se rencontrent régulièrement dans l'un des différents centres de l'organisme à travers l'île et suivent des cours d'art, de fitness ou même l'apprentissage de nouvelles langues.

L'U3AM a ouvert ses portes officiellement ouvert aux 'étudiants' de 55 ans et plus en 2014. Elle compte aujourd'hui plus de 500 membres actifs. Zumba, yoga, thérapie du rire, natation, danse en ligne et danse de salon font partie des nombreux cours proposés chaque semaine. Ces activités sur-mesure aident les membres à se débarrasser du stress. M. Santosh, infirmier à la retraite et membre de l'U3AM depuis 2017, explique que les mouvements de Zumba, par exemple, libèrent des endorphines qui améliorent l'humeur. Lorsqu'on est transporté par la musique, on sent fondre ses inquiétudes.

Vindya Ramloll enseigne l'anglais au centre de l'U3AM de Petit Raffray. Elle dit avoir remarqué que la confiance en soi de ses élèves a augmenté. Grâce aux cours d'anglais, ils sont devenus plus indépendants dans certaines activités, comme la lecture des journaux ou des documents bancaires. Par ricochet, cela a boosté leur estime de soi.

Un autre avantage que procure l'U3AM est la socialisation. Les étudiants rencontrent de nouveaux amis et membres chaque mois! La dynamique Mme Rose, vice-présidente de l'U3AM, organise régulièrement des excursions pour les membres dans notre belle île, ainsi qu'à Rodrigues.

À l'U3AM, nous pensons qu'il n'est jamais trop tard pour commencer quelque chose de nouveau!



Zoya Janabadi
Ergothérapeute

NUTRICIA Fortimel Powder

Nutrition Médicale Orale
Hyper Protidique, complet avec
vitamines et minéraux

Dénutrition et Risque de Dénutrition Manque de concentration Post - Hospitalisation



NUTRICIA Fortimel Protein 200 ml



La gamme adaptée aux besoins de chaque patient dénutri

- Patient dénutri âgé fragile
 - Fatigue
 - Difficultés à se déplacer
 - Perte de poids involontaire
- Patient dénutri atteint de cancer
- Patient dénutri atteint d'une pathologie chronique (dépression, Alzheimer...)
- Patient en convalescence



NUTRICIA Fortimel DiaCare 200 ml



Dénutrition et Diabète

Compléments Nutritionnels Oraux

Les nombreux bénéfices de la kinésithérapie

La pratique du sport a toujours été bénéfique pour l'être humain. Des chercheurs ont mis en lumière les bienfaits de l'activité physique sur l'activité intellectuelle, dont la capacité de la mémorisation et d'apprentissage.

Lorsqu'on est en excellente forme, sur le plan cardiovasculaire, notre mémoire et nos facultés cognitives sont favorisées. Cela pourrait être dû au fait que certaines parties du cerveau se développent en même temps que la condition physique chez les enfants et les adultes.

L'effet de l'activité physique sur la mémoire ne se produit pas qu'à moyen/long-terme, mais peut aussi être ponctuel. Des chercheurs allemands ont en effet montré que l'activité physique pendant l'apprentissage aide à mémoriser. Pour que cela fonctionne, il faut néanmoins que l'exercice soit d'intensité modérée, par exemple, de la marche ou du vélo.

De plus, le traitement de l'information de manière générale est meilleur durant une activité physique modérée. Si l'activité est trop intense, on n'a plus de "place" pour se concentrer sur une autre chose.

L'activité physique peut se pratiquer sous de

nombreuses formes. De manière générale, tout ce qui est bon pour votre cœur l'est aussi pour votre cerveau. Mais pour faire un choix judicieux, voici quelques éléments pouvant être d'une certaine aide :

Les exercices d'aérobie (endurance) sont bons pour le cerveau et le corps et permettent la régénération des cellules cérébrales.

- Faire du sport en début de journée augmente l'activité cérébrale, prépare au stress de la journée, permet de mieux retenir de nouvelles informations et de mieux réagir face à des situations complexes.
- Pratiquer une activité physique en cours de journée permet de se remobiliser et d'éviter la fatigue.
- Intégrer des activités qui travaillent la coordination en même temps que le cardio (danse, arts martiaux...) est aussi très bénéfique.
- En salle de sport ou en solitaire, l'entraînement au circuit est intéressant car il augmente rapidement le rythme cardiaque.





Sans compter que le sujet doit rester vigilant et réorienter son attention régulièrement.

- *La musculation est également bonne pour le cerveau. Les activités purement cardio ne sont pas les seuls dignes d'intérêt. N'hésitez donc pas à varier les plaisirs.*
- *Trouvez des activités qui vous stimulent et changez votre routine régulièrement pour briser l'ennui afin de rester motivé(e) et de continuer à améliorer sa condition physique.*
- *Préparez à l'avance des activités physiques pour les moments où vous allez ressentir de l'épuisement mentale ou lorsque vous allez bloquer sur un problème.*

Éric Bienvenu

*Directeur
Christian Care Homes (Mauritius)*

PRÉSENTATION

Eric Bienvenu est né le 6 août 1963 à St Paul Phoenix. Après ses études secondaires, il a travaillé quelques années comme "surveyor" dans le port. Puis, il s'est rendu en Angleterre pour se former. À son retour, il a pris la direction du Christian Care Homes (Mtius), St Paul's House, située à l'avenue Dupouy, Quatre Bornes.

Cette maison de retraite, qui a ouvert ses portes en novembre 2008, emploie une trentaine de personnes (staff administratif, 'carers', agents d'entretien et ceux qui gèrent la restauration et la cuisine). Christian Care Homes compte

actuellement 49 résidents, des deux sexes et d'âge divers.

Les événements importants, tels les anniversaires, sont célébrés en groupe et chacun y apporte sa joie et sa bonne humeur. Christian Care Homes (Mtius) organise souvent des sorties pour ses résidents et œuvre en partenariat avec d'autres organisations, telles le Groupement FIAPA.

La maison de retraite bénéficie des services d'une physiothérapeute. Les services qu'elle propose visent à prévenir les effets du vieillissement ou à traiter les problèmes liés au vieillissement afin de permettre à ses résidents de maintenir les activités quotidiennes et ainsi conserver/améliorer leur qualité de vie.

La physiothérapie peut atténuer les impacts du vieillissement sur la vie d'une personne. Elle vise à prévenir une perte de capacité et d'autonomie.

Parmi ses attributions, le/la physiothérapeute :

- *évalue la condition générale d'un sujet et assure un suivi personnalisé.*
- *évalue sa marche et recommande, au besoin, l'utilisation d'une aide technique.*
- *évalue son milieu de vie et recommande, au besoin, des adaptations, au besoin.*
- *l'outille correctement afin qu'il puisse maintenir la santé et la forme physique.*
- *le conseille pour qu'il conserve/améliore sa qualité de vie.*
- *lui propose un programme d'exercices personnalisé.*

Les membres du Groupement FIAPA



L'ONG Groupement FIAPA, enregistrée en 2010, se compose de membres individuels, de maisons de retraite affiliées, d'associations et institutions. Elle représente la région Océan Indien auprès de FIAPA internationale.

Le Groupement FIAPA a pour objectifs de :

(1) promouvoir le bien-être de ses membres en les réunissant toutes les semaines au siège de l'association avec différentes activités récréationnelles et des ateliers de travail

(2) créer un Réseau de professionnels en gériatrie et gérontologie pour partager et diffuser les connaissances

(3) célébrer la journée internationale des personnes âgées avec de nombreuses activités.

Pascale DINAN

