

## FORTIMEL, redonne force et vitalité



Chez les personnes fragiles ou malades, bien s'alimenter peut devenir difficile. Pour favoriser la guérison et maintenir l'autonomie, il est primordial de les aider à reprendre du poids.

Fragilité, les signes qui peuvent alerter :

- Perte de poids, d'appétit, de muscles
- Vêtements trop grands
- Marche lente
- Fatigué récurrente
- Joues creuses
- Os saillants au niveau des omoplates, du dos et des hanches



Les compléments nutritionnels :

- Ils n'ont pas vocation à remplacer l'alimentation habituelle, mais viennent la compléter en apportant PROTÉINES, ÉNERGIE, VITAMINES et MINÉRAUX.
- Il existe différentes saveurs et textures: boissons lactées, crèmes desserts; goût vanille, chocolat, café, neutre...



Pensez à encourager la personne à bouger tous les jours : une petite marche ou quelques exercices simples aident à conserver une certaine autonomie et ouvrent l'appétit!

### Donner la parole et partager le vécu

Un des fondamentaux de l'ONG Groupement FIAPA est de rassembler des professionnels et diffuser les connaissances selon les compétences regroupées.

La 5e édition de la revue du Groupement FIAPA rassemble des articles variés et intervient dans un contexte de pandémie. Il était donc essentiel que les textes reflètent cela afin que, par exemple, nos membres soient entendus sur leur vécu durant le confinement national à partir des questionnaires mis à disposition par FIAPA France.

Il était aussi important de donner la parole aux journalistes qui ont fait entendre la voix des professionnels sur l'adaptation de nos seniors face aux bouleversements de vie provoqués par ce virus, de faire entendre la voix du psychologue qui nous instruit sur leurs capacités de résilience dans des situations complexes. Il était aussi primordial d'informer sur les capacités d'adapanimateurs des séances tation des hebdomadaires à poursuivre les cours de bien-être de la FIAPA en ligne et le défi technologique que cela représente.

Le partage d'expérience d'une collègue gériatre en Europe sur les capacités adaptatives de toute une équipe médicale sur l'unité cognitivo-comportementale qu'elle dirige est très instructif.

Dans cette 5e édition, comme pour les précédentes, nous accueillons de nouveaux arrivants. Diététicien, nutritionniste, kinésithérapeutes, dermatologue, cardiologue interventionniste, rhumatologue, urgentiste, gériatres, pédicure-podologue, neuropsychologues, infirmier palliatologue, orthophonistes... ils partagent leurs savoirs sur des sujets liés à la gérontologie et la gériatrie selon leur domaine de compétence.

Tout cela vient démontrer que du moment où l'on place le patient au centre de la prise en soins, la force d'une équipe réside dans sa pluralité et la capacité des membres à communiquer entre eux et avec les autres.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

Dr Pascale Dinan Présidente de FIAPA Océan Indien



### Message d'Alain Koskas, président de la FIAPA

Mesdames et messieurs.

Chers amis et partenaires de la liberté des aînés,

Cette année, la COVID-19 a généré, voire révélé des effets loupe, des grands questionnements, des révoltes éthiques, des incertitudes et des ambivalences sur les actions entreprises et celles à entreprendre.

En effet, tant au niveau des pouvoirs publics que des familles, des professionnels et surtout des intéressés euxmêmes, les anciens, que l'on a eu trop souvent l'idée, la tendance, l'habitude de mettre sous cloche, l'heure a d'abord été celle du repli, du huis clos et celle d'une impuissance stérile.

Pourtant, les témoignages des adhérents nous parvenant des cinq continents nous ont parlé certes d'inquiétude, de chagrin, de peur mais aussi de leurs expériences et souvenirs riches de capacités de résilience et, à nouveau, en promesse de résilience qui peut s'étendre si nous le voulons, à toutes les générations et particulièrement à celle des aidants et des petits enfants.

Le fléau silencieux que représente l'âgisme s'est pourtant épanoui et s'est largement exprimé à tous les niveaux, celui de nos spécialistes et de nos gouvernants, celui des média, celui des familles culpabilisées et déroutées par des informations, des conseils souvent contradictoires et pourtant érigés en dogme. Ah ! que n'at-t-on pas écouté les aînés, leurs conseils et attentes au sein du tumulte ambiant. Là aussi, il a fallu que la fédération agisse sans délai et avec force à tous les niveaux de gouvernance qu'ils soient nationaux ou internationaux pour faire taire le concert des discriminations...



Ces harcèlements ont baissé, voire cessé. Il est vrai que l'inquiétude était reine et souvent le repli sur soi a paru la seule initiative possible face ce qui s'apparentait à un présent et à un destin tragique et indéfinissable.

Les proches aidants souffraient de ne savoir quoi faire pour garder, respecter, réparer ce lien ténu qui les relie à leurs parents en domicile comme en établissement social ou médico-social. Mais plus les portes s'ouvrent aujourd'hui, plus ils découvrent avec stupéfaction que ce lien est resté fort et peut être même renforcé et que des nouvelles et bonnes pratiques sont en train d'émerger.

Je ne veux certes pas passer sur l'éthique empêchée dans les relations et sur les deuils impossibles.

Mais, il semble important aujourd'hui de se mettre en capacité d'anticiper non sans avoir au préalable parlé de ce qui s'est passé, sans avoir écouté aussi ce que l'expérience vécue dans cette pandémie peut apporter. Bref, comme nous l'avons toujours plaidé, il faut surtout aider le capacitaire à prendre le pas sur le déficitaire et non chercher comme souvent un ou plusieurs boucs émissaires, ce qui est commode lorsqu'on a été surpris par l'ampleur d'un évènement traumatisant et inattendu.

Car en plus des difficultés quotidiennes de l'accompagnement en care, les emprises et activités prédatrices se sont aussi multipliées pendant cette période trouble. L'isolement et la solitude envahissant bien souvent nos vies ont créé ainsi un espace favorable aux abus en tout genre. Les prédations ont semblé sans limite tant la crise a développé d'ingéniosité et d'adaptabilité chez les «professionnels» des emprises et des maltraitances.

On ne compte plus le nombre d'escroqueries, de faits de dépouillement, de maltraitances financières les plus diverses et parfois même les plus sophistiquées alors que l'idée même de solitude durable voire imposée ouvrait à bien d'opportunités.

Dans ce domaine, il faut craindre d'ailleurs que ces actions continuent après même la pandémie car elles ont permis d'identifier plus de victimes potentielles et plus de chemins d'accès à ces victimes.

#### ET POURTANT Expérience - résilience

Plus d'une fois, dans les messages qui nous sont arrivés des cinq continents, nous avons découvert combien les histoires de vie et leurs expositions à des situations que nous qualifieront aujourd'hui d'urgences gérontologiques ont permis et permet aux aînés de traverser la COVID-19 avec la force de ceux qui ont vécu, qui ont intégré des réflexes et une stratégie matérielle et mentale de gestion d'évènements graves.

Alors, en prenant connaissance des questionnaires individualisés que nous avons décidé de conduire en direction des personnes âgées de tout pays, nous avons été interpellés de découvrir comment elles étaient décidées à garder intacte toute leur citoyenneté et même d'élargir leur participation aux besoins de leur communauté et de leurs pays.

Nous avons notamment découvert la force et l'énergie des expériences de vie et, si douloureuse qu'elles aient été, combien elles leur servaient aujourd'hui, en plein COVID-19 comme en pandémie suspendue. Ils avaient déjà vécu la guerre, les pandémies, l'isolement, la peur mais aussi la joie de la libération et de fin de catastrophes, celles de l'expérience acquise et qui profite aux lendemains.



Pour aller de l'avant, la plupart d'entre eux, même si tout cela n'est pas totalement généralisable, oui, s'avancent résolument vers un avenir qu'ils veulent plein d'émotions, plein d'autonomie, plein d'envies et qu'ils souhaitent anticiper et bâtir assez rapidement et ...peut être autrement du passé proche...

Nos adhérents, inclus la FIAPA Océan indien, nous ont appris et fait remonter les bonnes pratiques, les bons comportements observés d'ici et de là. Les anciens se sont montrés particulièrement désireux, innovants et créateurs dès lors qu'il s'agissait de protéger activement la famille comme les professionnels qui œuvrent auprès d'eux. Et ceci, alors que tous ces aidants avaient surtout peur pour eux et pensaient fermement que leur

mission ou leur service étaient surtout de les protéger, persuadés qu'ils n'étaient que fragilité. Particulièrement les actions de formation et d'information menées régulièrement et actualisées au sein de l'île Maurice et ouvertes aux territoires voisins, autant d'étayage que la FIAPA a été honorée d'exposer et de diffuser dans son rapport d'activité 2020.

Malgré tout, ce que cette pandémie nous a apporté en termes d'inquiétudes, de honte, de chagrin ou de tristesse, c'est l'absolue nécessité de remettre au centre de nos préoccupations la citoyenneté des aînés et leurs expériences de vie qui est une vraie chance pour construire aujourd'hui et notre avenir.

Mobilisons-nous afin qu'ils puissent nous aider à regarder avec intelligence le monde d'aujourd'hui afin d'anticiper avec eux le monde de demain. La réponse devra être participative et inclusive à tous les échelons, de la réflexion à la législation et à l'exécution.

Plus que jamais, cette crise a démontré que l'engagement de la FIAPA vers une convention internationale des droits des personnes âgées avec ses effets contraignants permettra, issue des expériences des aînés, d'avoir une participation active et efficace intégrant toutes les générations.

Ainsi, ce changement de paradigme qui était un enfant chancelant pourra enfin passer à une démarche adulte de citoyenneté pour tous et nous permettre ensemble d'éviter toute fracture intergénérationnelle.

Puisse tout cela nous permettre une lutte accrue contre toutes les formes de maltraitances apparentes ou silencieuses individuelles ou sociétales. Ce plaidoyer, celui laissé par nos fondateurs, ne doit jamais cesser de nous animer, bien au contraire. Plus encore, il nous faudra l'amplifier, en lui donnant plus qu'avant force et vigueur car le changement de paradigme auquel nous aspirons est à ce prix et il semble en voie d'accessibilité.

C'est ainsi que nous fêterons symboliquement les 40 ans de notre fédération, un anniversaire marqué par ses origines de défense des droits fondamentaux aujourd'hui plus actuels que jamais.



Alain Koskas Président de la FIAPA FRANCE





#### Location/ Vente Matériel médical Maintient à Domicile

- Lit Médicalisé Matelas prévention d'escarres
- Table de lit · Lève personne · Aide au transfert
- Fauteuil roulant Déambulation Pied porte sérum · Equipement salle de bain et toilettes
  - · Chaussures médicales

#### Location/Vente Matériel Médical Respiratoire

- Aspirateur de mucosité Aérosol et accessoires
- · Oxygénothérapie (concentrateur 5I et 10I et portable) • CPAP (apnée du sommeil) • Bi PAP et ces consommables . Ventillation . Moniteur /
  - vasculaire de la face





















### La pandémie de COVID-19 : une expérience difficile transformée en opportunité pour une unité cognitivo-comportementale

« .. on admettra sans peine que rien ne pouvait faire espérer à nos concitoyens les incidents qui se produisirent au printemps de cette année-là et qui furent, nous le comprîmes ensuite, comme les premiers signes de la série des graves événements dont on s'est proposé de faire ici la chronique. Ces faits paraitront bien naturels à certains et, à d'autres, invraisemblables au contraire...»

#### La Peste, Albert Camus

J'ai choisi de partager mon expérience de la pandémie de Covid-19, la crise vécue dans mon unité et la lecture que j'en ai faite, avec l'accompagnement de Mme Jeanine KARABI, coach professionnelle - Certifiée en Neurosciences Cognitives, à travers son outil des étapes de la transformation collective, inspiré par les travaux du Dr Elisabeth Kubler Ross. J'espère que cet article fera écho à votre expérience et permettra d'ouvrir des perspectives dans la pratique des soignants.

#### LE CHOC

Notre UCC, située à Paris, permet d'accueillir 15 patients. Leurs principales pathologies sont des troubles neurocognitifs majeurs, des maladies psychiatriques et des situations de décompensation comportementale à domicile ou en Ehpad.

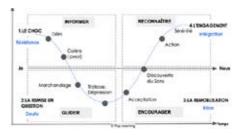
« La première vague fut vécue comme un tsunami » selon nos secrétaires. Ce fut la sidération.

Dès l'instauration de la crise sanitaire, une cellule de crise fut constituée ; elle définissait la politique et l'organisation de la prise en charge de la Covid sur notre site.

Le premier questionnement auquel nous avons été confrontés a été de choisir notre statut Covid+ ou Covid négatif.

En choisissant le statut Covid négatif,

puis post-Covid, nous faisions le choix de perdre temporairement notre fonctionnement comme UCC. N'étaient plus proposées nos alternatives thérapeutiques comportementales basées sur la libre circulation des patients à l'étage, les activités thérapeutiques non médicamenteuses. En revanche, notre capacité d'adaptation organisationnelle permettaient aux autres unités de soigner des patients Covid.



Dans l'urgence d'une semaine, par une mobilisation médico-sociale extraordinaire, il a fallu vider l'unité des patients, c'est-à-dire organiser des retours à domicile, auprès d'aidants potentiellement fragiles ou épuisés, mais aussi gérer des admissions en EHPAD au risque que ces EHPAD deviennent secondairement Covid.

Plus tard, des réunions d'information furent organisées en urgence auprès des soignants travaillant plus spécifiquement dans les unités Covid. Les équipes furent rapidement scindées, entre les professionnels dédiés aux unités Covid et les autres. Ceux travaillant dans les unités Covid free, faisant le lien avec les services logistiques et la pharmacie, pour leurs unités comme pour celles Covid. Les membres de la cellule de crise se réunissaient une fois la semaine. Des comptes-rendus étaient diffusés aux référents médicaux de chaque unité de soins et à l'ensemble des cadres de santé de notre site hospitalier.

#### LA REMISE EN QUESTION

Dans notre site hospitalier, l'hôpital de jour et certaines unités de SSR ont fermé, leurs personnels ont été mis à disposition sur d'autres unités ou d'autres hôpitaux de notre groupe hospitalier.

La psychogériatrie est devenue une spécialité « non urgente ». Le raisonnement analytique neuropsychogériatrique à la recherche de réponses thérapeutiques holistiques était subitement suspendu pour une durée indéterminée. Nous avons ainsi perdu le sens de notre unité.

Transformée en unité de soins infectieux, « seul comptait le suivi des constantes vitales, de l'état nutritionnel, immunitaire, infectieux des patients ». Certains soignants ont ressenti, en remplissant assidûment, jusqu'à 8 fois par jour de nouvelles fiches, que désormais on ne soignait que « des corps sans esprit ». Les patients aussi subissaient cette situation.

Alors qu'en court séjour, le surnombre de soignants et l'euphorie d'aider en situation exceptionnelle permettaient une émulation d'entraide mutuelle et un temps dédié aux soins relationnels. Chez nous en SSR, régnait une atmosphère de « front en attente » :

• en attente de moyens logistiques (le matériel de protection, la désinfection de chambre, la gestion des transferts de patient, ...);

- en attente silencieuse dans des parties communes désormais vides, les patients étant exclusivement dans leur chambre, les ateliers neurocognitifs stoppés et les visites familiales présentielles suspendues, le passage limité des rééducateurs:
- en attente de directives réactualisées quotidiennement induisant une perte de sens pour les soignants dédiés de l'unité, chacun selon son métier étant sollicité pour d'autres rôles plus ou moins spécifiques.

C'est ainsi que l'organisation médicale de l'unité monocéphale est devenue tricéphale, avec un encadrement paramédical en perpétuelle recomposition du fait des absences.

Au terme de la première vague, nous profitons de notre période d'accalmie pour déménager. L'équipe, quant à elle, en ressort amputée de nombreux membres ayant quitté leurs postes pour cause de mutation ou réorientation professionnelle. D'autres ayant des formes de Covid long étant en arrêt maladie ou en mi-temps thérapeutique.

Lors de la deuxième vague, les membres restants sont à nouveau sollicités. Et ce, sans réelle reconstitution de l'équipe de base. La lassitude pandémique commence à s'installer.

En pratique, la seconde vague se prolonge rapidement par une 3ème vague en raison d'une succession de clusters, et on peut dire que l'ensemble des stigmates de la lassitude pandémique sont présents car au-delà d'être soignants, nous sommes également des femmes et des hommes avec une vie privée à gérer :

• État de fatigue mentale entretenu par l'incertitude sanitaire, économique

et sociale avec pour effets à long terme : ennui, démotivation, dépression, insomnies, anxiété, troubles de la concentration....

#### VERS LA REMOBILISATION ET l'ENGAGEMENT

Très rapidement, grâce aux partages d'expérience en temps réel avec d'autres services, il s'avère indispensable, pour survivre, d'organiser des groupes de parole pour les soignants qui travaillent plus spécifiquement dans les unités Covid.

Les équipes respectives s'autostimulent, par exemple en comparant les techniques de prise en soins ou la mortalité différentielle des patients selon les unités.

Malgré le contexte interne et externe, nous nous remobilisons et sommes heureux d'avoir 95% des patients atteints de COVID encore en vie!!

Rétrospectivement les actions qui nous ont permis de tenir sont les suivantes :

#### 1. Établissement d'une routine :

- Transmissions pluriquotidiennes et les synthèses hebdomadaires en adaptant les lieux de réunion
- Organisation des RDV visio puis par la reprise des rdv familiaux en présentiel
- Écoute des soignants de manière formelle en groupes de parole dédiés ou informelle par un système de maraudes proposé par l'équipe de psychologues, psychiatres

- 2. Définitions d'objectifs avec des indicateurs de résultat permettant de mesurer les progrès et évolutions positives :
  - Maintien de la qualité de vie des soignants (binômes, pauses ritualisées...)
  - Compliance des patients et de leurs proches et de nombreux professionnels à la vaccination
  - Dépistage systématique hebdomadaire sur site proposé au personnel par tests salivaires moins contraignants que des PCR
  - Renforcement du protocole de l'isolement dès l'admission du patient afin de limiter le risque de survenue de nouveaux clusters
  - Éducation permanente aux gestes barrières pour le personnel, les visiteurs
    - Optimisation de la visibilité des consignes sanitaires
  - Réorganisation de la priorisation des bilans complémentaires avec anticipation du report des rdv non obligatoires
  - Mise en place de cellules éthiques pluridisciplinaires inter services d'aide à la décision des soins et d'indication éventuelle de réanimation et optimisation des protocoles de soins thérapeutiques spécifiques
  - Formation continue des soignants aux gestes d'urgence.

### 3. Gestion de notre écologie personnelle :

- Partage de temps de détentes animés par les rééducateurs
  - Temps de parole en commun
- Rester à l'écoute de mes besoins personnels pour être plus au service de mon équipe et de mes patients

#### CONCLUSION

Notre activité cognitivo-comportementale a été localement une variable d'ajustement à la gestion des contraintes sanitaires. Cette crise sanitaire de 15 mois a été vécue comme une crise professionnelle. Avec un renouvellement de 95% de son équipe fonctionnelle et une rénovation de ses anciens locaux, l'UCC est désormais à nouveau opérationnelle.

En définitive, cette relecture de la crise, et des étapes de transformation, nous a fait prendre conscience :

- de l'importance du partage transversal d'information entre toutes les équipes,
- d'instaurer des moments de régulation émotionnelle formels et informels au sein du groupe
- Que c'est la cohésion de notre équipe qui a permis notre efficacité dans la gestion de cette crise.

Je vous propose de repartager notre expérience dans 15 mois !



Dr Sandrine
GALLERON,
service de
psychogériatrie,
Hôpital
Bretonneau
APHP Paris Nord.
75018 Paris



Jeanine Karabi, coach professionnelle - certifiée en neurosciences cognitives

Bibliographie:

1.Encephale. 2020 Jun; 46(3): S3–S13, Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. [Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review] A. Chevance, D. Gourion, N. Hoertel, P.-M. Llorca, P. Thomas,

A. Chevance, D. Gourion, N. Hoertel, P.-M. Llorca, P. Thomas, R. Bocher, M.-R. Moro, V. Laprévote, A. Benyamina, P. Fossati, M. Masson, F. Leaune, M. Lebover, et R. Gaillard

M. Masson, E. Leaune, M. Leboyer, et R. Gaillard.
2. Int J Environ Res Public Health v.17(21); 2020 Nov, COVID-19-Related mental Health Effects in the Workplace: A narrative review

Gabriele Giorgi, Luigi Isaia Lecca, Federico Alessio, Georgia Libera Finstad, Giorgia Bondanini, Lucrezia Ginevra Lulli, Giulio Arcangeli, and Nicola Mucci

3. Int Psychogeriatr. 2020 Apr 24: 1–4., Effect of COVID-19 on the mental health care of older people in Canada.

Alastair J. Flint, Kathleen S. Bingham, and Andrea laboni 4. Health Care Manag Sci. 2021 Apr 11;1-19. An integer programming model to assign patients based on mental health impact for tele-psychotherapy intervention during the Covid-19 emergency.

Andrés Miniguano-Trujillo, Fernanda Salazar, Ramiro Torres, Patricio Arias, Koraima Sotomayor

Patricio Arias, Koraima Sotomayor 5. Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19. OMS 2020

6. Int Nur Rev. 2020 Jun ; 67(2) : 164-167, Challenging times : ethics, nursing and the CVOVID-19 pandemic.

Sue Turale, Chutima Meechamnan, Wipada Kunaviktikul.

7. JAMA. 2020;324(22):2253-2254. doi:10.1001/ jama.2020.21753 , Older Adults and the Mental Health Effects of COVID-19

Ipsit V. Vahia MD; Dilip V. Jeste, MD; Charles F. Reynolds III, MD

8. Psychogeriatrics 2020; 20:918-919. Psychological intervention with elderly people during the COVID-19 pan-demic: the experience of a nursing home in Italy.

Alessia Renzi, Walter Verrusio, Maurizio Messina, Fabio Gaj 9. JMIR Aging . 2021 Apr 12;4(2);e26474. Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic out-break . Sonia Mukhtar

10. Int Psychogeriatr . 2020 Oct;32(10):1097-1099. Coronavirus, social distancing, and global geriatric mental health crisis: opportunities for promoting wisdom and resilience amid a pandemic

Dilip V Jeste

### Les personnes âgées face à la Covid-19

FIAPA France a élaboré des questionnaires pour évaluer comment les pays membres ont vécu les épisodes de confinement national à travers les témoignages des seniors. Le texte qui suit est une synthèse des réponses fournies par trois membres du Groupement FIAPA Maurice, Marylyn Ramiah, Jacqueline Rozar et Régine Creigh.

#### Un nouveau quotidien

Nous avons vécu cette pandémie de façon différente. Pour certains, c'était une occasion de revoir leur façon de vivre et de changer leur routine. Le confinement auquel nous avons tous dû faire face nous a donné la possibilité de faire ce que nous n'aurions pas fait en temps normal.

Une bonne planification nous a aidés à bien gérer notre temps et avoir un bon équilibre entre les responsabilités familiales, sociales et religieuses, sans toutefois négliger notre bien-être.

Nous avons dû nous adapter aux interdits sans pour autant nous priver de l'essentiel, qui rend la vie agréable. Les sorties étant limitées, nous avons dû organiser minutieusement nos journées, en gardant une bonne hygiène de vie et de la discipline dans nos achats.

Pour que la solitude ne pèse pas trop, certains se sont adonnés à la lecture, ont écouté de la musique et ont regardé la télé, pendant que d'autres ont découvert ou redécouvert leurs talents de jardinier, pâtissier, cuisinier, artiste, bricoleur...

Le confinement nous a aidés à acquérir une autonomie alimentaire. Nous avons appris à vivre sans boulangerie, sans le marché aux légumes et sans les supermarchés. Nous avons appris à faire notre propre pain et à conserver nos légumes.

Pour garder le contact avec les proches, c'est-à-dire les enfants, petits-enfants et amis, beaucoup de personnes âgées ont dû s'initier à l'informatique. Il leur a fallu aussi se connecter pour faire des recherches afin d'en savoir plus sur la pandémie Covid-19.

Les relations familiales se sont intensifiées pour une majorité de personnes. Il y a eu davantage de communication avec les parents et amis, mais aussi des sessions régulières avec les petits-enfants via Whatsapp afin de maintenir le contact.

#### Les relations intergénérationnelles

Pour certains, cela a été une excellente occasion de passer plus de temps avec les petits-enfants. Ils en ont profité pour leur inculquer certaines valeurs, telles le respect et le sens de la famille.

Pour diversifier les activités des enfants, les grands-parents, malgré leur âge, n'ont pas hésité à faire la course à pied et jouer à cache-cache avec les petits, qui étaient enchantés. Nous avons aussi eu le temps de travailler avec les petits, les aider dans leurs travaux scolaires et les intéresser à la lecture.

#### Un nouveau regard sur la vie

Cette pandémie a été comme un coup de poing au monde qui nous a fait prendre conscience de la précarité de la vie et la nécessité de remettre en question notre mode de vie. Nous avons compris qu'il nous faut, autant que possible, être autonome. Certes, être vieux n'est pas une fatalité mais un état d'esprit. Néanmoins, il faut être fort et courageux et ne pas baisser les bras.

Ces expériences nous ont permis de porter un regard nouveau sur nous-mêmes. Elles nous ont permis de réaliser à quel point la vie est belle et qu'elle vaut la peine d'être vécue.

Nous avons compris qu'il faut vivre simplement, qu'il faut communiquer et privilégier la famille et qu'il faut avoir de l'empathie envers les autres. Il faut aussi protéger l'environnement et réduire le gaspillage.

Malgré tout ce que nous avons appris ou pu faire de nouveau durant le confinement, on ressent tous ce grand besoin de retrouver sa famille et ses amis, de passer une journée à la mer, d'être plus présent pour les autres et même de voyager.

Il est primordial de se protéger et de protéger les autres en respectant les mesures sanitaires, mais il ne faut pas avoir peur du virus et devenir son esclave au point de refuser de venir en aide aux personnes âgées. Il faut toujours, pour ceux qui en sont capables, être prêts à faire un pas vers l'autre, en lui faisant l'honneur d'une visite ou d'un repas.

Les aînés doivent saisir chaque occasion pour partager leurs expériences de vie avec les jeunes, leur parler et les sensibiliser sur les valeurs, comme le respect et l'honnêteté. Il faut inviter les jeunes à participer dans des actions pour et avec les personnes âgées.

Il y a eu un élan de solidarité durant la crise. Cela a permis de nouer des liens d'amitié avec les voisins ou de renforcer les liens familiaux et amicaux. Il ne faut pas que cet élan envers les seniors s'arrête une fois la pandémie derrière nous.



Marylyn Ramiah



Jacqueline Rozar



Régine Creigh



### Les bienfaits du Tai Chi



La Fédération de Tai Chi Chuan de Maurice est fière d'aider nos aînés en leur proposant une activité récréative mais qui comporte bien d'autres avantages et bienfaits.

Le Tai Chi est un art martial, dit interne, apparu il y a 600 ou 700 ans suite à l'observation de combats d'animaux dans la nature par un ermite. Cet art travaille sur l'énergie vitale QI et consiste en l'exécution de mouvements lents mais continus.

Il a été prouvé que sa pratique régulière comporte de nombreux bienfaits à différents niveaux :

- Sur le psychique, par exemple, elle agit sur les problèmes du sommeil, de l'anxiété et du stress qui sont des troubles touchant beaucoup au sein de notre société;
- Elle améliore la concentration et la mémoire grâce à l'exécution des enchaînements;
  - Elle améliore le physique aussi



bien que le travail de l'équilibre en tonifiantles muscles, assouplissant nos articulations et détendant notre dos.

• Elle comporte aussi des avantages sur le plan cardiaque et pulmonaire car la respiration y est essentielle.

Le Tai Chi peut être pratiqué à tout âge, peu importe son état physique. Car l'objectif est d'arriver à une harmonie entre le corps et l'esprit. Des adaptations en position assise peuvent être faites pour des personnes à mobilité très réduite.

Les membres du Groupement FIAPA Maurice est un bon exemple. Le groupe ne cesse d'augmenter en effectif depuis la mise en place de cette activité, il y a un an et demi. De plus, les membres se sont beaucoup améliorés dans la pratique. D'ailleurs, les progrès à différents niveaux sont réels. La joie qu'ils ont de se retrouver chaque semaine en est la preuve. Nos aînés, en plus d'être volontaires, sont « IN » car un cap important va être passé cette année avec la pratique à distance par Zoom.



Marie-Christine Fin Enseignante et coach de Tai Chi Chuan en lien avec le Mauritius Sports Council

## En période de pandémie : Comment rétablir la communication avec nos aînés ?

La télévision, la radio et internet sont aujourd'hui nos meilleurs outils de communication, les rencontres en associations étant interdites. Cette pandémie a donc pénaliser les plus vulnérables.

Nos seniors qui étaient en pleine phase d'épanouissement avec des loisirs, des activités et même des voyages sont contraints à porter des masques et à se tenir à distance les uns des autres... et surtout à faire face à l'interdiction de se retrouver en groupe. Plus d'échange, plus de partage et plus de jeux ensemble.

Il faut dire qu'à l'annonce du deuxième confinement, la station nationale a réagi très vite. La décision a été prise de continuer à donner à nos aînés leur émission hebdomadaire en passant par la plateforme vidéoconférence ZOOM.



Des mini-reportages ont été effectués à l'aide de smartphone et on a eu recours à nos archives.

Des professionnels de la santé sont intervenus, par exemple des psychologues, des orthophonistes et des gériatres afin de rassurer ceux qui ne pouvaient sortir de chez eux. Je souhaite remercier le Dr Pascale Dinan pour ses interventions sur Zoom. Elle a rassuré et éclairé nos aînés dans un langage clair sur la nécessité de se faire vacciner car la vaccination est la solution pour atteindre l'immunité collective. Elle nous a aussi éclairés sur les risques liés à la vaccination pour ceux

souffrant de morbidités. Elle a longuement évoqué la campagne de vaccination anti-grippe qui est venue chevaucher celle de la Covid-19.

La relance des réunions de FIAPA, à travers ZOOM, n'a pas manqué de motiver les troupes que sont les plus de 850 Senior Citizens Association à Maurice, Rodrigues et Agalega.

Je voulais vous apporter ce témoignage, car au-delà des nécessités de la vie, il s'agit de reconnaître ce qui est bon pour nous, grâce à un arrêt sur soi, une prise de conscience.

Merci Pascale. Oui, tout passe par les médias, tu l'auras compris. Que ce soit la presse écrite, la télé, les radios et Zoom.

Ainsi, nous pourrons aider au mieux. Car chaque citoyen a une responsabilité sociale, dont celle de veiller à la protection de nos aînés. Car il s'agit "in fine" de se donner les moyens de bien vieillir.

Ainsi, nous pourrons mieux que jamais profiter des années et des décennies à venir. Je ne remercierai jamais assez ceux qui apportent leur contribution de manière efficace et bénévole pour le bien-être de nos seniors

Sans vous, **l'émission Nou Rasinn** ne pourrait continuer dans sa vocation, c'est-à-dire d'être le reflet de la vie d'antan et d'en assurer la transmission aux jeunes générations.



Anita Lalanne Réalisatrice MBC

## Point de vue du rhumatologue : Le pied dégénératif du sujet âgé

Le pied vieillit avec l'âge, aussi bien la peau et les phanères, que l'appareil locomoteur et le système nerveux. Il faut savoir que près de 50% des seniors de plus de 75 ans présentent des problèmes podologiques(1).

Le risque de chute, de douleurs, d'ulcérations par troubles de la statique du pied nécessite donc un œil attentif du médecin traitant, aidé du rhumatologue et du podologue.

Selon une revue de la littérature de 2010 de Stolt et Al., regroupant 35 études(2), les déformations les plus fréquentes du pied du sujet âgé sont :

1. l'hallux valgus(9 à 74% des patients) à prédominance féminine avec un passé souvent de port de chaussures à talons. Il peut être responsable de bursite externe douloureuse et surtout rend difficile le chaussage.



2. les orteils déformés (9 à 69% des patients ) responsable de douleurs par cors dorsal ou durillons plantaires avec difficulté au chaussage.



3. Le pied creux (5 à 19% des patients)qui se définit par une exagération de la concavité plantaire est souvent bien toléré au début jusqu'à la survenue de modifications des points d'appui, de déformations des orteils ou d'arthropathie du mediopied qui rendent la marche très douloureuse.





4. Le pied plat (6 à 19% des patients) conséquence d'une hypotonie des muscles de soutien de la voûte plantaire qui aboutit à un affaissement de l'arche interne,un pied valgus et un metatarsus varus.



5. L'angulation du 5e rayon ou bunionette qui est la conséquence de l'écartement entre le 4e et le 5e orteil avec l'apparition d'une exostose externe douloureuse.





6. Les hyperkératoses douloureuses : cors, œil de perdrix, durillons, callosités conséquences de pieds mal chaussés, de surcharge pondérale, des déformations ou désaxations des orteils, de mauvaise répartition des pressions par trouble de la statique du pied sont responsables d'inconfort et de gêne à la marche.





L'examen du pied doit être attentif, systématique et consiste donc en le dépistage précoce de ces troubles fonctionnels d'autant plus que près de 30 % des plus de 75 ans ne sont plus capables d'assurer seuls les soins d'hygiène, de se couper les ongles ou de vérifier l'état cutané de leur pied.

#### Le traitement repose sur :

- 1. le traitement des comorbidités (diabète, pathologies vasculaires de type artériopathie chronique des membres inférieurs et insuffisance veineuse, traitement des affections rhumatismales de type polyarthrite rhumatoïde)
- 2. l'intervention du podologue dans les soins de pédicurie et la confection d'orthèses plantaires , de conseils de chaussage adapté (cf article d'Aurélie Thésée, podologue)

#### 3. les séances de kinésithérapie

Ces dernières souvent oubliées et à mon avis pas assez prescrites, consistent en une rééducation à la marche, associée à un travail de posturologie et d'équilibre, de lutte contre l'enraidissement articulaire, d'assouplissement des articulations, de mobilisations activo-passives et d'apprentissage d'exercices quotidiens de renforcements musculaires visant le maintien d'une activité physique.

#### 4. la place de la chirurgie

Certaines situations nécessitent cette discussion chirurgicale en fonction des besoins réels des patients à savoir : autonomie, demande réelle, retour à domicile dans les suites opératoires qui sont de plus en plus ambulatoires.

Il faut évaluer la motivation du senior, ses besoins fonctionnels, faire un état vasculaire et neurologique et bien discuter les contraintes liées à l'intervention

(anesthésie, durée d'hospitalisation, rééducation prolongée ...)

#### Conclusion

La prise en charge des pieds des personnes âgées est primordiale et multidisciplinaire.

On sait que le recours spontané des patients aux professionnels de santé en cas de problème podologique est insuffisant.

L'examen clinique attentif du pied du senior doit faire partie de la consultation médicale et doit s'intégrer dans un programme de prévention de tout médecin traitant ou rhumatologue.

Des formations devraient même être proposées dans les maisons d'accueil des personnes âgées pour sensibiliser ces structures à la prophylaxie podologique en gériatrie.

Prendre soin de ce pied, c'est finalement garantir une indépendance fonctionnelle et maintenir une vie sociale.



Dr Hélène PETIT Rhumatologue

Bibliographie

- 1.le pied de la personne âgée:approche medicale et prise en charge en pédicurie-podologie -Actualisation.HAS 26 Novembre 2020
- 2. Stolt M, Suhonen R, Voutilainen P, Leino-Kilpi H. Foot health in older people and the nurses' role in foot health care--a review of literature. Scand J Caring Sci 2010;24(1):194-201.

### Les troubles du pied de la personne âgée

La personne âgée voit son corps changer avec le temps, et force est de constater que les pieds ne sont pas une exception à ce cheminement de la vie. Les changements peuvent survenir au niveau de la peau, des ongles, ou de la morphologie du pieds créant ainsi des gênes lors des mouvements, voire des douleurs. Dans cet article, je décrirais les exemples les plus fréquents que l'on retrouve sur notre île.

### Les changements constatés au niveau des ongles

Les personnes âgées se plaignent souvent de douleur « d'ongle qui rentrent dans la chair ». Ce sont soit des ongles incarnés (présence de pus au coin de l'ongle) ou d'ongle en volute.



Ces déformations d'ongle apparaissent car les ligaments au niveau de la matrice de l'ongle ont tendance à se rétracter donnant à l'ongle une forme de « cône » qui englobe la peau au bout de l'orteil et la pince. Le traitement podologique est simple et quasi-indolore. On effectue une coupe d'ongle et un fraisage de l'ongle afin de bien dégager la peau et nous appliquons une orthonyxie (petite barre discrète sur l'ongle qui vise à le redresser en agissant sur les ligaments de sa matrice).



ATTENTION:
Il n'y a pas lieu
d'arracher/ enlever
un ongle! Le traitement est purement
conservateur.

Autre trouble d'ongle que l'on retrouve auprès de 80% de la patientèle âgée, c'est l'ongle mycosé.

Ce problème atteint autant la gente féminine que masculine dû au fait que le climat chaud et humide de notre île favorise leur développement. Plus la mycose (champignon) progresse, plus elle changera l'aspect de l'ongle qui peut devenir jaunâtre, épais et être accompagné d'une consistance poudreuse à mauvaise odeur.

Le traitement d'une mycose de l'ongle est long et dépend du degré d'atteinte de l'ongle. Il requiert également une assiduité de la part de la personne âgée et son entourage. Il consiste en un soin podologique qui éliminera mécaniquement le maximum de mycose et sera suivi d'un traitement local par solution filmogel antifongique.

### Les changements constatés au niveau de la peau

Concernant les troubles de la peau, ils sont liés soit à un trouble morphostatique (changement dans la morphologie du pied), une atrophie du capiton plantaire ou à une maladie chronique comme le diabète, les rhumatisme, maladie neurologique...

Ceux qu'on retrouve le plus fréquemment sont les hyper-kératoses sous forme de cors et durillons. Ils sont situés en regard des zones d'appui ou de frottement souvent liés à la chaussure ou les positions de repos prolongées que prennent les personnes âgées.

Nous pouvons également retrouver des ulcères en cas de maladie chronique artério-veineuse ou neurologique.

Leur traitement podologique consistera en l'exérèse des hyper-kératoses, conseil d'un bon chaussage, et la correction de troubles morpho-statique par le biais d'orthèses plantaires.

En cas d'ulcères, la prise en charge de la maladie chronique et avant tout primordiale, et le podologue travaillera avec le médecin en charge du patient afin de lui procurer les soins les plus adaptés.

### Les changements au niveau de la morphologie du pied

Dû au vieillissement, on peut retrouver une altération des articulations du pied liée ou non à des maladies chroniques. Ceci entraîne une déformation du pied qui peuvent altérer la démarche du sujet âgé et la rendre inconfortable.

Les plus fréquentes au niveau de l'avant pied sont les griffes d'orteil, les métatarsalgies (douleurs à l'avant-pied), le névrome de Morton (douleur vasculo-nerveuse à la base de 2 orteils), et l'hallux valgus (déviation du premier métatarse et du gros orteil).

Au niveau du médio et arrière-pied, on retrouve un effondrement de la voute plantaire (le pied plat valgus), douleur de voûtes plantaires (aponévrosite plantaire) et talons (enthésopathie infra calcanéene/épine calcanéene) et douleur en interne de la cheville (le ligament glénoïdien/conflit tibio-talien interne).

Notre premier traitement à effectuer, c'est de s'assurer que la personne âgée a un entourage qui peut l'aider dans son hygiène des pieds en fonction de sa mobilité et de ses aptitudes. On discutera aussi de conseil de chaussage en respectant la morphologie du pied.

La chaussure devra être d'une matière souple mais à la fois suffisamment robuste pour protéger le pied (cuir souple/ tissus), avec une semelle externe amortissante et stable et ne présentant pas de zone conflictuelle avec le pied (couture interne/externe blessante, chaussure pas trop serrée ni trop large aux différentes parties du pied...). Les CHUT (CHaussures Thérapeutiques à Usage Temporaire) et les CHUP (Chaussures Thérapeutiques à Usage Prolongé) sont les types les plus adaptés à la personne âgée et peuvent s'acheter dans les magasins d'orthopédie, médicaux et certaines pharmacies.

Pour les traitements liés aux problèmes morphologiques du pied, une paire de semelles orthopédiques sera confectionnée sur mesure afin de corriger ces différents troubles et sera portée confortablement dans la chaussure du patient.

Des semelles de décharge en cas d'ulcère ou de confort en cas de peau sensible due à l'atrophie du capiton plantaire pourront également être faites.

En fonction des différents troubles constatés, un traitement en pluridisciplinarité médicale/paramédicale sera fait pour permettre un bien-être global et plus efficace possible à la personne âgée.



Aurélie Thésée-Apaya Podologue

## Bougez mieux, Vivez mieux : La relation entre votre posture et votre santé

Plusieurs d'entre nous avons entendu au moins une fois dans notre vie : « tiens-toi droit! », « assieds-toi convenablement! », « redresse ton dos !», le plus souvent accompagnés de justificatifs en quoi cela serait mieux pour nous. Certes, il y a du vrai dans toutes ces recommandations. Mais ce que nous devons comprendre. c'est pourquoi il est important de le faire et surtout, comment le faire correctement ? Comment réagit notre corps quand nous nous 'tenons droit'? Et auels sont les risques encourus si nous ne le faisons pas ? Ce qui suit vous aidera à mieux comprendre comment des changements au niveau de votre posture peuvent altérer votre façon de vous mouvoir, ainsi que l'impact que cela peut engendrer au quotidien.

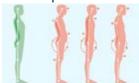
#### L'importance de la posture

La 'posture' peut être catégorisée en deux parties distinctes : la façon dont une personne se tient en restant figée, debout, assise ou allongée (posture statique) et la façon dont une personne bouge alors qu'elle s'affaire à ses activités quotidiennes (posture dynamique). La 'bonne posture' est celle qui demandera le moins d'efforts et engendrera le minimum de tensions sur tout ce qui soutient votre corps : nous parlons là de votre colonne vertébrale, vos muscles et leurs tendons, vos ligaments et autres surfaces articulaires sujettes à l'absorption du poids descendant.

Les bénéfices d'une bonne posture sont :

- Une réduction considérable des chances de développer des douleurs sur la surface vertébrale (cou, thorax ou lombaires).
- Une meilleure gestion musculaire qui réduira par conséquent les risques de tension musculaire dans le haut du dos et au cou

- Un amoindrissement de l'usure au niveau des jointures grâce à une meilleure distribution du poids à travers le corps.
- Plus de facilité à la respiration et donc, à l'oxygénation.
- Une stabilité accrue, par conséquent moins de risques de chutes.



**Inversement**, conserver une mauvaise posture sur le long terme peut engendrer certains désagréments :

- · Des douleurs de dos récurrentes.
- Un débalancement au niveau de la masse musculaire (certains muscles étant sous utilisés et d'autres trop utilisés).
- Une réduction de la flexibilité des muscles et de l'amplitude de mouvement au niveau de certaines jointures.
- Une usure des structures de la colonne vertébrale, comme la surface des vertèbres ou l'intégrité des disques.
- Un impact négatif potentiel sur la digestion.

#### La bataille entre le confort et l'utilité

Souvent, l'habitude entre en jeu dans notre façon de nous tenir, notre corps ayant tendance à adopter une posture que nous pensons être confortable. Mais ce que nous qualifions de confortable n'est pas forcément ce qu'il y a de plus efficace pour notre corps. Une 'bonne' posture demande de l'effort et de la concentration. Il nous incombe donc de nous prendre en main afin d'adopter les bons gestes et

d'activer les muscles nécessaires qui nous permettront de nous 'tenir' correctement.

#### Comment s'améliorer ?

La clé d'une bonne posture est de maintenir les courbes naturelles de notre colonne vertébrale (en forme de 'S') dans le cou, le haut et le bas du dos. La façon dont nous y arrivons dépend du mouvement que l'on exécute à un temps donné – je m'explique : ce que nous ferons pour corriger notre posture pendant que nous faisons du jardinage sera différent de ce que nous faisons quand nous sommes assis devant la télévision

Examinons certains de nos mouvements dans la vie de tous les jours et voyons comment nous pouvons mieux faire en termes de posture :

#### 1. Position assise

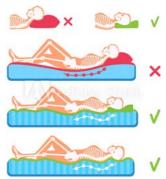
- Reposez votre dos. Mettez vous au 'fond' de la chaise/fauteuil et calez des coussins pas trop épais au niveau du bas du dos afin de vous offrir plus de support.
- Prenez soin de vos hanches et de vos cuisses. Évitez les assises dures, choisissez plutôt celles qui sont rembourrées. Attention il ne faudrait pas qu'elles soient trop 'molles' non plus.
- Gardez vos genoux en dessous du niveau de vos hanches (ne les posez pas devant vous sur un tabouret trop haut par exemple)
- Faites de façon à ce que vos pieds touchent le sol, ou qu'ils soient sur un repose-pied. De plus, ne croisez pas les jambes.
- Relâchez vos épaules tout en les gardant aussi droites que possible.
- Gardez vos coudes près de votre corps. Afin de ne pas exercer une tension additionnelle au niveau des épaules.
- Ne restez pas assis trop longtemps.

Prenez le temps de marcher un peu toutes les heures. Si cela n'est pas possible, faites quelques mouvements sur votre chaise pour activer vos muscles du dos, des abdominaux et des jambes.



#### 2. Position allongée

- Autant que possible, évitez de vous allonger sur votre ventre. Cela augmente la pression sur vos viscères et votre cou est mis à rude épreuve (puisqu'il doit être 'tordu' d'un côté ou de l'autre pendant une période prolongée)
- Utilisez des oreillers quand vous adoptez une position sur le côté.
   Placez l'oreiller entre les jambes et assurez-vous que votre cou et votre corps sont alignés
- Choisissez le bon oreiller. Votre cou ne devrait pas être ni au-dessus de votre torse ni trop bas (en position d'extension).
- Choisissez le meilleur matelas. Un matelas ferme est souvent considéré comme la meilleure option mais cette fois, votre confort prime.



### Soulever des objets et les porter d'un point A à un point B

- Ayez une base d'appui ferme entre vos pieds.
- Soulevez avec la force de vos jambes et non pas avec votre dos. Quand vous soulevez un objet qui se trouve en dessous de votre taille, pliez les genoux et gardez le dos droit. Ne vous penchez pas pour attraper l'objet et ne le levez pas en gardant les jambes droites.
- Évitez tous mouvements brusques et tous mouvements de torsions quand vous soulevez un objet.
- Évitez de soulever des objets sur lesquels vous n'avez pas de prises de mains.
- Gardez les muscles abdominaux contractés. Éviter de vous pencher en avant ou d'avoir une inclinaison antérieure de vos épaules.
- Faites glisser les objets sur votre poitrine lorsque vous devez les soulever d'une table ou du coffre de votre voiture. Ramenez l'objet aussi près que possible de votre poitrine en vous aidant de vos bras, et soulevez-le en utilisant la force de vos jambes, comme expliqué plus haut.

#### Entrer dans une voiture et en sortir Entrer dans la voiture

- Reculez jusqu'à ce que vous sentiez les sièges de la voiture contre vos iambes.
- Placez l'une de vos mains sur votre siège et l'autre sur votre tableau de bord.
- En douceur, courbez les genoux et laisser vous glisser dans votre fauteuil.
- Entrez les jambes l'une après l'autre dans la voiture.
- Faites de façon que votre dos soit bien calé, en reculant vos hanches.

#### Sortir de la voiture

- Reculer votre siège de voiture si vous sentez que vos jambes n'ont pas suffisamment d'espace pour se mouvoir.
- Sortez vos jambes l'une après l'autre en prenant soin de bouger également vos hanches et vos épaules afin d'éviter toute rotation excessive de votre colonne vertébrale.
- Aidez-vous de vos mains en plaçant l'une sur votre siège et l'autre sur votre tableau de bord.
- Utilisez la force de vos jambes pour vous mettre debout.

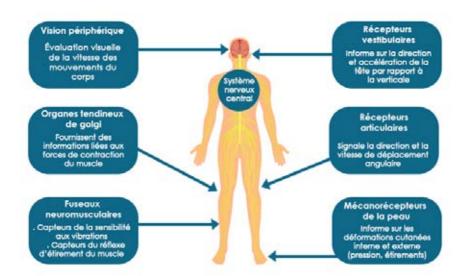
#### Pour résumer

Notre corps est une mécanique complexe, et comme toute machine, il a besoin d'être entretenu régulièrement si nous voulons aller loin. Donc, respectons certains paramètres afin de conserver nos fonctions à leurs capacités optimales. Nous y arriverons avec de bons conseils, de la vigilance, et de l'huile de coude.



Julien Bancilhon Kinésithérapeute

# Pourquoi la détérioration de la proprioception est un facteur de troubles de la marche chez la personne âgée?



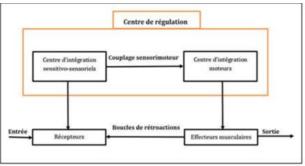
La prévalence des troubles de la marche augmente en fonction de l'âge et de l'état de santé. Ils peuvent entraîner des chutes et chutes répétées qui, selon les différentes études, peuvent varier de 15% chez les personnes de plus de 65 ans à 50% chez les plus de 80 ans.

Ces troubles sont liés à de multiples facteurs environnementaux (tapis, escalier, etc), comportementaux (l'hypoactivité liée à la sédentarité) et intrinsèques, tels les maladies spécifiques (Parkinson, accident vasculaire cérébral,etc) ou la modification de la proprioception et de l'équilibre

#### Qu'est-ce que la proprioception ?

La proprioception (du latin « proprius » propre - et « recipere » - recevoir) se définit par notre capacité à connaître de manière consciente et inconsciente la position de chacun des membres de notre corps, les uns par rapport aux autres, dans l'espace. Elle permet les ajustements posturaux en utilisant les informations fournies par les capteurs capsulo-musculo-ligamentaires aidés par les récepteurs à distance, notamment visuels et vestibulaires, afin de déterminer le mouvement de la tête par rapport au reste du corps.

Le système nerveux central (SNC) régule en permanence les activités posturales en assurant l'organisation sensorimotrice en deux étapes. Le système d'intégration sensitivo-sensoriel traite les informations obtenues par les récepteurs sensoriels. Elles sont ensuite envoyées par les voix afférentes au SNC. Après analyse de ces données, le système d'intégration motrice envoie les commandes par les voix efférentes pour corriger la posture.



### Comment la proprioception se détériore avec l'âge ?

Avec le temps, ces multiples facteurs sensorimoteurs se détériorent et affectent les capacités d'équilibre postural de la personne âgée.

La diminution de l'acuité visuelle (cataracte, vieillissement rétinien...) et de la réflectivité des labyrinthes vestibulaires (vertiges positionnels...) ont une incidence sur les déséquilibres liés aux vertiges et à une évaluation visuelle environnementale erronée.

Quant à la diminution des capteurs sensitifs profonds et cutanés, elle affecte la capacité d'adaptation posturale lorsqu'il y a une modification brusque des pressions et mouvements.

Le ralentissement de la conduction nerveuse et la diminution des réflexes myotatiques (réflexes d'étirements) provoquent une augmentation du temps d'intégration et de réaction à une tache.

La diminution de la force musculaire (sarcopénie) et de l'amplitude articulaire (arthrose) diminue la capacité de modifier la posture en utilisant l'angle et la force nécessaire au mouvement.

La qualité de l'équilibre dynamique de la personne âgée se retrouve ainsi affecté par l'atteinte des multiples facteurs qui contribuent à une bonne proprioception. Cela augmente alors les troubles de la marche amplifiant les risques de chutes.

#### La rééducation

Compte tenu des multiples facteurs engagés dans la proprioception pour favoriser ou conserver une bonne qualité de marche chez le sujet âgé, il est nécessaire de faire des examens cliniques sur les différents plans sensorimoteurs auprès de différents spécialistes, afin de diagnostiquer globalement les éléments pouvant affecter les capacités fonctionnelles.

Le kinésithérapeute peut utiliser différents tests pour évaluer la proprioception du patient comprenant le bilan de la qualité de la marche (Tinetti, Times Up and Go, Get Up and Go), une évaluation de la force musculaire (testing), de l'amplitude articulaire (goniométrie), de la sensibilité superficielle et profonde, un bilan de l'équilibre (BBS) et des tests vestibulaires (HST, ERI, Fukuda). Ce bilan permet ainsi d'évaluer le niveau fonctionnel du patient et d'apprécier son évolution mesurée.

La rééducation se doit d'être globale et ciblée en fonction du bilan effectué, de l'âge et des pathologies associées.

Le travail des amplitudes articulaires par mobilisation passive permet de conserver ou récupérer une angulation nécessaire à certaines tâches.

Le renforcement musculaire ciblé sur les muscles de la marche et de maintien de l'équilibre antéro-postérieur et médio-latéral permet au sujet âgé de conserver la force nécessaire pour se stabiliser en statique et dynamique.

La variation des exercices d'équilibre, du bipodal à l'unipodal et de statique à dynamique, favorisent l'adaptation du sujet âgé face aux risques de déséquilibre environnemental. Les exercices d'équilibre en double tâche utilisent les sollicitations cognitives pour améliorer l'automatisme du contrôle postural.

La rééducation sensitive permet de diminuer les stimuli nociceptifs et favoriser le ressenti des pressions plantaires.

Quant à la prise en charge vestibulaire (protocole de Cawthorne-Cooksey) et aux stimulations optocinétiques, elles permettent de réduire les risques de chutes par la création de mécanismes de compensation.

Évidemment, le suivi avec le médecin traitant, l'ophtalmologue, l'ORL et le podologue est essentiel pour une prise en charge pluridisciplinaire favorisant une action globale du traitement des troubles proprioceptifs.

#### Conclusion

La proprioception est un système complexe composé de nombreux récepteurs sensorimoteurs qui, sous la gestion du système nerveux central, permet de contrôler la posture du corps en statique et dynamique. Les différents facteurs de ce système se détériorent avec le temps affectant la qualité et vitesse de marche de la personne âgée. Une prise en charge pluridisciplinaire et globale, grâce à une évaluation des facteurs ciblés, permet d'agir sur les capacités fonctionnelles du sujet âgé, de réduire ses risques de chute et d'augmenter son autonomie à la marche.



Anaëlle Sakir

#### Bibliographie

- HAS. Vertiges positionnels paroxystiques bénins : manœuvres diagnostiques et thérapeutiques, 2017
- Waël Maktouf. Caractérisation des troubles de l'équilibre et effets d'un programme d'activités physiques adaptées chez les personnes âgées obèses. Physiologie [q-bio.TO]. Université du Maine, 2019.
- Auvinet, B. et al. Chute de la personne âgée : de la nécessité d'un travail en réseau. Revue médicale de l'assurance maladie, 2002.
- Berg, K.O. et al. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Canadian journal of public health = Revue canadienne de santé publique. 1992.
- HAS. Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention, 2012.
- France Mourey. Troubles de la marche et rééducation chez le sujet agé. KS n529, 2012.
- Jean-Charles Lamy. Bases neurophysiologiques de la proprioception. KS n472, 2006.
- HAS. Evaluation de la prise en charge des personnes agées faisant des chutes répetés, argumentaire, 2009.
- R.Amoretti, X. Bigard, H. Monod, D.Rivière, P. Rochcongar, J. Rodineau. Médecine du sport : pour le praticien, 2020.

### Iatrogénie médicamenteuse en gériatrie



Il existe une majoration du risque des effets indésirables médicamenteux chez les personnes âgées avec 40% des seniors en communauté et 75% de ceux en institution prenant plus de 5 médicaments. La complexité de la prescription médicamenteuse et le nombre de médicaments sont les facteurs de risque majeurs des admissions hospitalières non planifiées. La majorité des interactions médicamenteuses peut être prévenue.

#### **Définitions**

Les effets indésirables médicamenteux (EIM) sont très fréquents en gériatrie. L'OMS les définit comme une réaction nocive et non souhaitée à un médicament survenant à des doses utilisées pour la prévention, le diagnostic ou le traitement.

Les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) sont la conséquence d'un mésusage d'un médicament soit au décours d'un acte volontaire de prescription d'un médicament hors AMM ou d'une non prise intentionnelle par le malade.

L'erreur médicamenteuse relève de la responsabilité du prescripteur ou du malade. C'est un mésusage du médicament non adapté à la pathologie ou au malade (misuse) ou une prescription excessive du médicament dont l'efficacité

et le service médical rendu est inférieur au coût (overuse) ou la non prescription d'un médicament potentiellement approprié (underuse).

La révision de l'ordonnance est essentielle en gériatrie pour tout nouveau patient et toute nouvelle consultation en prenant en compte l'état de santé du patient, ses conditions de vie et l'automédication.

Il s'agit d'optimiser l'utilisation des médicaments et de prévenir la survenue d'effets indésirables. La société américaine de gériatrie indique dans les indicateurs de qualité de prise en charge des personnes âgées vulnérables (ACOVE) qu'elles doivent avoir une révision annuelle des médicaments. Il ne s'agit pas d'allonger la liste des médicaments à chaque nouveau symptôme mais d'avoir un regard d'ensemble en gériatrie.

En 1991, sont publiés les critères de Beers (USA) par un groupe d'experts définissant la liste de médicaments inappropriés en gériatrie. La liste est régulièrement révisée, la dernière ayant eu lieu en 2019. En 2008, **Gallagher et al**. introduisent les <u>critères START</u> (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) pour inciter les médecins à prescrire les traitements utiles pour le patient. Les deux stratégies d'optimisation des traitements médicaux seront de dé-prescrire et d'ajouter les médicaments utiles

Les spécificités gériatriques sont la modification des propriétés pharmacocinétiques et dynamiques des médicaments avec l'âge. Les EIM en gériatrie sont fréquents, sévères et sous-estimés et non diagnostiqués. Ils peuvent entraîner des décompensations en cascade, par exemple un état confusionnel aigu et un déconditionnement physique en lien avec

la consommation de plusieurs psychotropes entraînant une perte d'indépendance fonctionnelle progressive. Le diagnostic est souvent tardif et la symptomatologie atypique, telle qu'une chute en lien avec un contexte de sédation chronique générée par la prise d'un hypnotique. Les EIM peuvent être favorisés par une canicule et la poursuite d'un diurétique dans un contexte de diarrhée aiguë et de déshydratation pouvant entraîner une insuffisance rénale aiguë.

Le réflexe iatrogénique du praticien est de détecter systématiquement des EIM dans toute modification brutale de l'état de santé qui reste inexpliqué par une cause somatique évidente. Les EIM sont évitables si une bonne pratique de prescription est respectée. La prévention des EIM se fait par l'utilisation de l'outil STOP (screening Tool of older person's prescription) /START (screening tool to alert doctors to right treatment) pour évaluer de façon objective la pertinence des médicaments chez les patients seniors. Cet outil permet de détecter et corriger les PMI, de réduire la polypharmacie et ne permet pas d'étudier l'adhésion au traitement qui relève de la responsabilité du malade. La prévention secondaire des EIM se fait au malade par l'éducation thérapeutique et au médecin par des programmes de formation médicale continue.

L'éducation thérapeutique est une démarche centrée sur les patients qui se fait en partenariat avec l'aidant principal et les professionnels de santé, pour optimiser les soins thérapeutiques dans l'initiation d'un traitement, son suivi, sa réévaluation. Elle est essentielle pour les pathologies chroniques. Il faut une bonne compréhension des prescriptions médicamenteuses pour une bonne adhérence au traitement. Il existe des difficultés de compréhension et de mémoire majorées par les troubles cognitifs fréquents. Les piluliers et calen-

driers pour la répartition temporelle des doses de médicaments par jour sont utiles. Il faut limiter le nombre de prescripteurs et de pharmacies et augmenter la fréquence de passage en consultation. L'évaluation gériatrique standardisée permet de bien définir le plan de soins du malade.

Le Centre de pharmacovigilance permettra au praticien la déclaration des évènements indésirables médicamenteux. Elle a pour rôle la surveillance, l'enregistrement et l'évaluation des critères d'imputabilité des EIM. Le parcours de déclaration des évènements indésirables médicamenteux doit être connu de tout praticien prescripteur.



Dr. Pascale Dinan Médecin gériatre

#### Bibliographie

- Laroche ML, Eur J Clin Pharmacology 2007; 63: 725-31
- 2. Laroche ML, Rev Med Interne 2009; 30: 592-601
- 3. Rev Med Suisse 2015: 11: 2115-23
- Beers Expert Panel, J Am Geriatr Soc 2015; 63(11): 2227-46

### L'isolement de la personne âgée



La retraite est un moment attendu par de nombreuses personnes. Cette période offre de multiples possibilités : voyages, temps en famille ou encore l'occasion de se consacrer à une passion longtemps négligée faute d'obligations professionnelles.

Cependant, cette période implique également un changement au niveau du mode de vie et du rythme au quotidien. Cela sous-entend aussi l'entrée dans le troisième âge avec les éventuelles difficultés pouvant l'accompagner : diminution de l'autonomie, déficiences physiques ou cognitives.

Selon Van Rompaey (2003), il faut considérer que plus on avance en âge et plus le risque d'être isolé socialement devient important.

L'isolement social peut se définir par « un manque objectif de contacts sociaux significatifs et soutenus ». De multiples facteurs peuvent expliquer cela, notamment la diminution des rencontres avec les collègues, les amis qui s'éloignent, la peur de demander de l'aide, ou encore les différentes incapacités qui cumulent avec l'âge, telles les difficultés de déplacement, de la vue, de l'ouïe et de la mémoire (Van Rompaey, 2003). Ces dernières pouvant compliquer les interactions sociales.

Cardinal & col (2007) ont permis de mettre en lumière plusieurs éléments pouvant être considérés comme des facteurs de risque d'isolement social. Il s'agit plus précisément du cumul de plusieurs de ces éléments qui en augmenterait le risque.

Ainsi, disposer de faibles revenus financiers, être sans enfants ou encore vivre seul seraient des facteurs de risques liés aux personnes âgées elles-mêmes. De plus, des facteurs liés environnement, comme par exemple un appartement sans ascenseur ou une infrastructure permettant ne pas déplacement en fauteuil roulant, contribuent également à l'isolement.

Les conséquences de cet isolement sont multiples avec notamment des risques accrus de stress, d'anxiété ou encore de dépression. Ils peuvent ainsi augmenter la situation d'isolement. Cardinal & col (2017) proposent de regrouper ces conséquences en trois grandes catégories :

- Conséquences sur la santé et l'utilisation des services : espérance de vie diminuée, troubles cardiovasculaires, dénutrition ou malnutrition ou encore des troubles anxieux et des troubles du sommeil.
- Conséquences sur le sentiment de bien-être : sentiment de solitude, dévalorisation, désespoir ou idées suicidaires.
- Conséquences sur les comportements de santé, le recours aux services et aux ressources : faible demande à caractère préventif (dépistage) ; diminution des contacts et des échanges et une diminution des comportements favorables à la santé les activités sportives par exemple.

### Que pouvons-nous faire pour limiter cette situation d'isolement ?

Voici quelques recommandations simples :

- Leur rendre visite : passer prendre une tasse de thé ou un appel téléphonique régulier peut aider à se sentir moins seul !
- Faire appel à une association proposant des activités
- S'inscrire à des cours (sport, art, langues étrangères)
- · Adopter un animal de compagnie
- · Avoir recours à l'aide à domicile

Nous avons pu constater que l'isolement de la personne âgée reste un problème récurrent dans notre société, et qui va être amené à s'accroître de par l'augmentation de la durée de vie. Une intervention précoce et régulière semble donc indispensable afin d'améliorer la qualité de vie de nos aînés... surtout en ces temps compliqués, liés à la crise sanitaire découlant de la COVID-19, où la distanciation sociale est de mise. Favorisons les gestes barrières, mais gardons contact avec nos proches qui sont davantage à risque d'isolement.



Armelle Staub-Pouilles
Neuropsychologue

#### Bibliographie

- Van Rompaey, C. (2003). Solitude et vieillissement. Pensée plurielle, 2(2), 31-40.
- Bureau, G., Cardinal, L., Côté, M., Gagnon, É., Maurice, A., Paquet, S., Rose-Maltais, J., & Tourigny, A. (2017). Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes aînées isolées socialement: Une trousse d'accompagnement. Outil 1 – L'isolement social des aînés en bref. Québec: FADOQ – Régions de Québec et Chaudière-Appalaches (FADOQ – RQCA)
- État des connaissances sur l'isolement social et la solitudes des parents, de la grosses à la fin de la petite enfance : définitions, instruments de mesure, ampleur et facteurs associés (inspq.qc.ca)
- COVID-19: Quelles solutions contre l'isolement des personnes âgées ? (solutions-seniors-habitats.fr)

### L'anamnèse : la clé d'une prise en charge réussie



L'accompagnement à long terme d'une personne présentant un trouble chronique et/ou un trouble neurodégénératif implique que le professionnel ((para)médical) ait une bonne connaissance du parcours de vie, de l'histoire, des habitudes et du projet de vie de l'individu concerné.

Si le début de la prise en charge est souvent axé sur les besoins en urgence, l'accompagnement, au fil du temps, vise à stabiliser les compétences/acquis et/ou à prévenir tout déclin afin d'assurer la meilleure qualité de vie possible.

Il est primordial de connaître le patient dans son parcours afin de mieux répondre aux questions suivantes :

- 1. Qui est-il?
- 2. D'où vient-il?
- Où va-t-il?

Il est important pour le professionnel de connaître les antécédents familiaux, les éléments de l'histoire personnelle, comme les traumatismes vécus durant l'enfance, les carences affectives ou éducatives, la présence d'un milieu familial violent, une inadaptation durant la jeunesse, des antécédents judiciaires, le cursus et les projets scolaires et/ou professionnels, les ambitions passées, ainsi que les attentes et/ou les rêves. Avoir un recueil d'informations sur le parcours/projet de vie d'une personne permet donc au professionnel d'avoir des objectifs à court, moyen et long termes qui soient pertinents pour son patient.

Ces informations doivent provenir de sources sûres (c'est-à-dire du patient luimême, de son entourage, des médecins traitants et/ou des autres professionnels de santé). Le professionnel se doit aussi de rassurer son patient sur le respect du secret professionnel et de la confidentialité des informations recueillies et partagées avec l'équipe qui l'accompagnera tout au long de la maladie. Cette anamnèse peut se faire par une équipe ou par un seul professionnel qui les communiquera par la suite à ses collègues.

La transmission de certaines informations entre la famille (englobant les aidants familiaux tels les parents, la fratrie ou le/ la conjoint/e) et l'équipe soignante est vitale pour une meilleure prise en charge. Un partenariat basé sur la confiance aidera les professionnels sur la durée.

Ce recueil anamnestique permet également, en cas de changement de lieu de vie ou d'accompagnants, d'avoir rapidement un aperçu de l'historique et du projet de vie de la personne concernée et ce, sans avoir à repasser par la case entretien. Il constitue le fil conducteur de la prise en charge, des attentes et des directives du patient surtout si son état se dégrade et qu'il n'est plus en mesure de faire part de ses volontés.

Lors de notre passage au sein de l'association Alzheimer Maurice, nous (Laurence Kisnorbo, Safia Adamjee et Sandra Gungurum) avions réalisé que, pour avoir un meilleur accompagnement des bénéficiaires et de leurs familles, il était impératif d'avoir ce type de recueil. Nous avons donc mis au point un carnet baptisé « Ma vie en mots ».

Ce carnet d'anamnèse reprend les informations générales de la personne (nom, âge, etc), son parcours de vie (enfance, jeune adulte, carrière), ses habitudes au quotidien, ses succès et ses échecs, ses rêves et ses attentes. Chaque bénéficiaire, ainsi que sa famille, était invité à partager son histoire en toute confidentialité. Ces rencontres nous ont permis de proposer des activités personnalisées et de comprendre leurs angoisses et leurs joies. Nous avons ainsi été en mesure de partager au sein de l'équipe les informations importantes concernant les bénéficiaires et de mieux accompagner les familles au fil des mois et années.

Cet outil étant d'une grande aide, nous voudrions désormais l'améliorer et le proposer à un plus large public Nous travaillons actuellement à son adaptation et espérons pouvoir le proposer à nos collaborateurs dans un proche avenir.



Safia Adamjee Neuropsychologue



Sandra Gungurum Orthophoniste

#### Bibliographie

- https://www.has-sante.fr/jcms/p\_3193048/ fr/services-d-aide-et-de-soins-a-domicile-accompagnement-des-personnes-atteintes-de-maladie-neurodegenerative
- https://www.has-sante.fr/jcms/p\_3217902/ fr/maladies-neurodegeneratives-adapter-ses-pratiques-pour-accompagner-les-personnes-a-domicile

### Vieillissement et capacité de résilience



Trop fréquemment, on associe le vieillissement uniquement à la question de perte et de fragilité. Alors que souvent, les personnes âgées ont acquis au cours de leur vie des capacités à faire face et à se développer.

Nous allons tout d'abord définir la résilience, puis les traumatismes propres à cette tranche d'âge et finalement les facteurs influençant la résilience et le rôle du psychologue dans l'accompagnement.

#### La résilience quésaco?

Il y a depuis quelque temps un effet de mode sur ce concept. On en entend beaucoup parler dans les médias et on le porte comme modèle à suivre. Mais qu'en est-il exactement?

Au sens étymologique, résilier vient du verbe latin resilio, qui signifie « sauter en arrière, rebondir, résister ». La psychologie, elle, s'inspire de la définition utilisée en métallurgie : la capacité d'un matériau à absorber l'énergie d'un choc en se déformant. Je vous épargne les définitions au niveau de l'urbanisme, de la politique, etc.

Ainsi, en psychologie, dépendant de l'axe de travail, la résilience peut être définie comme 1) un trait de personnalité, 2) un processus dynamique fluide non pérenne et 3) finalement un résultat de ce processus dynamique. M.Péruchon (2013), qui fait souvent le parallèle entre le travail du deuil et le travail de résilience, fait ressortir au'il existe différents degrés de résilience. ainsi on n'est pas dans le tout ou rien.

Concept à double tranchant : Beaucoup d'entre nous ont entendu ou ont dit cette phrase populaire que l'on doit à Nietzsche (1883) « ce qui ne me tue pas me rend plus fort ». Pourtant Nietzsche déjà, considérait que cela relevait de l'exception et que toutes les adversités ne sont pas profitables à un développement.

Ainsi, du fait de sa médiatisation, la résilience peut être perçue comme une injonction sociale, c'est-à-dire que la société peut attendre d'une personne ayant vécu un trauma « qu'elle se prenne en main, qu'elle fasse un effort ». La résilience devient alors un idéal à atteindre. et toute personne échouant à être résiliente peut être perçue comme faible. Ce concept devient alors culpabilisant et néfaste pour ces personnes déjà en situation de vulnérabilité. Alors que non, tout le monde n'a pas les moyens et la capacité d'être résilient. On comprend alors que l'empathie et la bienveillance restent de rigueur afin d'accompagner la personne là où elle se trouve dans son cheminement.

lci, nous allons nous baser sur la définition de B.Cyrulnik (2001). Il définit la résilience comme la « capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'« événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères ».

Cette définition nous donne à voir deux aspects du traumatisme : le trauma en tant qu'événement soudain et massif et le trauma découlant d'une accumulation d'événements déstabilisants qui se répètent dans le temps. Le trauma peut venir menacer l'intégrité autant psychique que physique et sociale de la personne (G. Ribes, 2014).

### Le traumatisme propre à la personne âgée

Au-delà du trauma soudain et massif. La vieillesse peut être un temps de vulnérabilité et de pertes qui viennent se cumuler. Ces pertes sont au niveau du trauma narcissique – qui affecte l'estime de soi. Pour les auteurs Ferrey et Le Goués (2000). la perte dans le vieillissement peut se jouer sur trois registres : la perte de l'objet investi (deuil, éloignement, cercle social qui se restreint). la perte de la fonction (la retraite pour fonction sociale et valorisante, ralentissement psychomoteur...) et perte de soi (baisse de l'estime de soi). La crise sanitaire actuelle, parce qu'elle isole et met à mal les capacités d'adaptation. peut être vécue comme un événement traumatisant pour certains (Amieva, 2020).



#### Facteurs influençant le travail de bien vieillir et de résilience face aux traumatismes

Quoi qu'on puisse en dire, il n'y a malheureusement pas de recette miracle en 5 étapes pour surmonter un traumatisme. Mais il existe des facteurs déterminants dans ce travail. Ces facteurs de protection ou de risque sont propres à la personne et à son environnement. Cela va d'ailleurs venir expliquer les différentes capacités d'adaptation de chacun face à un traumatisme. Ces facteurs sont tout autant individuel que familial et social.

Pour Erikson (1980), à partir de 65 ans la personne se trouve dans une résolution de conflit entre l'intégrité personnelle et le désespoir. C'est la période du bilan de vie, période où la personne va tenter de donner un sens à son histoire. Une personne qui a pu donner sens sera plus à même de faire face à un trauma. Du fait de ses expériences de vie, elle peut avoir une meilleure compréhension de ses émotions et donc un meilleur contrôle de ces dernières. Elle peut alors éventuellement puiser dans son passé des ressources et les réactiver face aux traumas. Elle peut également mieux relativiser et prendre de la distance.

G.Vaillant (2014), dans son étude « Triomphe de l'expérience », met en avant l'importance de l'utilisation inconsciente des mécanismes de défenses, dits matures – plus les mécanismes sont matures plus ils permettent une adaptation optimale face aux facteurs de stress. Mécanismes tels que la sublimation, l'humour, l'anticipation et l'altruisme.

Le bénévolat peut être un exemple d'altruisme, il permet à la personne de retrouver une socialisation — souvent perdue lors de la retraite —, de retrouver également une fonction sociale, une gratification et une revalorisation de son estime. D'autres mécanismes de défenses moins matures, comme le déni, ne permettent pas une prise de conscience de l'événement stressant. Ce déni qu'on retrouve parfois de façon transitoire dans le deuil par exemple.

Pour M.Delage (2004), le sentiment d'appartenance est un élément primordial de la résilience chez la personne âgée, il fait le lien avec la dimension identitaire et relationnelle. Appartenance familiale, communautaire, religieuse et générationnelle, entre autres. Ce sentiment d'appartenance vient consolider une sociabilité et une estime de soi.

#### Et le psychologue dans tout ça?

Au travers d'un travail psychothérapeutique, il se crée une alliance thérapeutique qui va permettre au patient de trouver dans le psychologue un tuteur de résilience. C'est-à-dire un support externe qui va l'aider à l'élaboration et à l'aiustement émotionnel. Le psychologue vient faciliter par la parole et ses actes l'apaisement des angoisses. Il a une fonction contenante et participe à la reprise de la continuité de la personne, à son intégrité. Ce travail va tenter de stimuler ou développer des modes de protection en se basant sur des capacités individuelles déjà existantes ou à développer. L'objectif peut être par exemple d'accompagner l'apparition d'attitudes positives pour faire face à des obstacles et les surmonter.

Dans le cas de maladies neurodégénératives, l'objectif va être de travailler sur la subjectivité du patient. L'aider à le réinscrire dans son histoire à l'aide de différents outils tels que la musicothérapie, la réminiscence entre autres. On comprend donc que le rôle du psy est d'accompagner la personne là où elle se trouve dans son cheminement.

J'aimerais conclure par cette citation de L.Ploton (2014), qui met l'accent sur ce qui reste primordial dans le vieillissement, le lien social. « La résilience âgée s'oppose au préjugé de la dégradation inexorable. Les pertes dues à l'âge sont aménageables et compensables grâce au tissage de nouveaux liens. »



Marie Elizabeth Planel Psychologue clinicienne spécialisée en gérontologie

#### Bibliographie

- 1. Achenbaum, W. A. (2014). George E. Vaillant. Triumphs of Experience: The Men of the Harvard Grant Study.
- Amieva, H. & Pech, M. (2020). Les personnes âgées face au confinement et à la crise de la Covid-19: entre fragilité et résilience. Revue de neuropsychologie, 2(2), 155-157.
   CYRULNIK, B. (2001). MANIFESTE POUR LA RÉSILIENCE. SPIRALE, 18(2), 77.
- DELAGE, M. (2004). Vie familiale et processus démentiel. Quelques éléments de réflexion pour une résilience de l'âgé. Vieillissement et résilience, Marseille, Solal, p. 69-78. Erikson, E. H. (1980). IDENTITY AND THE LIFE CYCLE. W W Norton & Co
- 4. FERREY, G.; LE GOUÉS, G. 2000. Psychopathologie du sujet âgé, Paris, Masson.
- Jopp, D., Lampraki, C. & Meystre, C. (2018). Vulnérabilité et résilience chez les centenaires. Gérontologie et société, 3(3), 111-130.
- 6. Manciaux, M. (2001). La résilience: Un regard qui fait vivre. ÉTUDES, 10(10), 321-330.
- 7. Péruchon, M. (2013). Narcissisme, mentalisation et objet, fondement de la résilience Son devenir chez la personne âgée. Dans:, C. Bergeret-Amselek, L'avancée en âge, un art de vivre (pp. 75-111). Toulouse, France: Érès.
- 8. Ploton, L., & Cyrulnik, B. (2014). Résilience et personnes âgées (OJ.PSYCHOLOGIE) (French Edition). JACOB.
- Ribes, G., & Poussin, M. (2014). Les enjeux de la résilience chez les personnes âgées. Médecine des Maladies Métaboliques, 8(6), 592 598.
- 10. Thomas, P., Chandès, G., & Hazif-Thomas, C. (2017). Efficacité de la musicothérapie dans résilience dans la maladie d'Alzheimer. NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie, 17(101).

## Domaine de GRAND BAIE











Le Domaine de Grand Baie offre une nouvelle perspective de vie à tous ceux avides de découvertes et de liberté, et plus particulièrement aux retraités actifs.

Des studios aux penthouses avec deux suites, en passant par les appartements 1 à 2 chambres, le Domaine de Grand Baie propose 145 appartements modernes, ouverts à la location. Soit la solution rêvée pour profiter pleinement de sa retraite dans un environnement exotique, paisible et sécurisé. Garantissant ainsi un quotidien rassurant, épanouissant et propice au bien-être, quelle que soit la durée de séjour choisie – quelques semaines comme plusieurs mois, ou même tout au long de l'année.

Un séjour temporaire peut également permettre aux aidants comme aux aidés de s'offrir une parenthèse, une bulle d'air, un répit. Ce moment est idéal pour souffler et se ressourcer, profiter d'un temps retrouvé.

RESTAURANTS & BARS | PISCINES | SPA & GYM | CONCIERGERIE | GOLF

Dec.

### Le vieillissement de la voix : problèmes et solutions



Nous n'y portons pas beaucoup d'attention... pourtant, notre voix est une composante centrale de notre identité. De notre premier cri à la naissance, iusqu'à son utilisation quotidienne, notre voix est reconnaissable parmi des milliers d'autres. Nous pouvons reconnaître la voix de nos proches sans même les voir, c'est dire l'importance de cet outil de communication. La voix est le reflet de notre personnalité, de nos humeurs et de nos pensées. Elle traduit nos émotions : joie, peur, tristesse, colère... Elle est bien plus complexe que nous le pensons car elle est située au carrefour de notre corps et de notre esprit (Fontaa, 2013).

Après une vie d'utilisation, notre voix peut commencer à nous faire défaut. Tout comme nous parlons de presbytie pour le déclin de la vue et de presbyacoustie pour l'affaiblissement de l'audition, la presbyphonie, ou le vieillissement de la voix, accompagne le vieillissement général de la personne (Sauder, & Merati, 2018). Ce phénomène concerne généralement les personnes de plus de 60 à 70 ans. Nous avons alors l'impression d'une voix frêle, affaiblie et difficilement perceptible (Taylor, et al., 2020). La cause est une diminution au niveau du volume, de la souplesse et de l'élasticité du muscle des cordes vocales. Des changements au niveau du larynx ont bien sûr des effets conséquents sur la production de la voix (ossification du cartilage thyroïdien, atrophie des muscles laryngés,

...) (Galluzzi & Garavello, 2018). Il est important de différentier si les changements de voix sont liés uniquement à l'âge ou ont d'autres étiologies anatomiques et physiologiques car l'approche thérapeutique est alors différente.

Nous ne sommes pas tous égaux face à ce phénomène. La manière dont nous avons traité nos cordes vocales au cours de notre vie a une influence certaine sur leur fonction durant nos vieux jours. Par exemple, certains métiers et loisirs ont un impact significatif sur la santé de l'appareil phonatoire. Les enseignants, chanteurs amateurs ou professionnels, commerciaux, coachs sportifs, animateurs radio et comédiens, entre autres, présentent fréquemment des lésions aux cordes vocales dues à un effort vocal prolongé (Martin, Pereira, Hidalgo, & Tavares, 2014).

Des causes environnementales, telle une exposition constante à de la poussière sur des chantiers de construction ou à de l'air asséché dans des salles fortement climatisées sont des facteurs idéaux pour une mauvaise hygiène vocale (Portela, Granqvist, Ternström, & Södersten, 2018). Notre mode de vie joue aussi un rôle majeur dans le bon ou mauvais traitement de la voix. Une alimentation grasse, pimentée ou épicée, une consommation excessive de café et d'alcool, mais aussi le fait de fumer, agressent et assèchent les cordes vocales (Behlau, & Oliveira, 2009).

De plus, des allergies saisonnières non traitées, des infections laryngées à répétition et des lésions pathologiques peuvent laisser des traces qui affectent la phonation sur le long terme. Nous noterons également que les changements hormonaux dus à la ménopause peuvent également altérer le timbre de la voix.

Il existe des **solutions simples à intégrer à notre quotidien** pour prendre soin de notre voix, qu'elle soit jeune ou âgée :

- Boire de l'eau plate à température ambiante au courant de la journée pour hydrater nos cordes vocales en continu;
- Créer des espaces de silence afin de reposer nos cordes vocales, spécialement lorsque nous nous sentons fatigués;
- Éviter de crier, d'éternuer ou de tousser avec beaucoup de force car cela abîme nos cordes vocales;
- Réduire au maximum les raclements de gorge habituels;
- Reposer ses cordes vocales au maximum lors d'une grippe ou lorsque nous sommes enroués.

Une prise en charge en orthophonie est conseillée pour des presbyphonies car il a été démontré que la détérioration de la voix n'est pas inévitable (Ramig, et al., 2001). Pensez à vos chanteurs préférés d'un certain âge qui, eux, conservent leur identité vocale. Hormis l'hygiène vocale, le secret de leur longévité réside dans l'entraînement des muscles du larynx (Behrman & Kaskell, 2019). Alors, les séances d'orthophonie s'apparentent à du sport... mais vocal!

Des exercices et des stratégies adaptées ont un effet positif sur la production de la voix. Cela passe par la respiration, la posture mais aussi la projection de la voix qui, sur le long terme, éclaircit la voix, la rendant plus efficace comme outil de communication (Sauder, Roy, Tanner, Houtz, & Smith, 2010; Tay, Phyland, & Oates, 2012; Godoy, Silverio, & Brasolotto, 2018). La qualité de la voix de la personne âgée peut avoir un réel impact sur son psychique et son humeur au quotidien. Rappelons-nous que toutes nos paroles sont imprégnées du timbre et de l'intensité de notre voix que

nous sommes les premiers à entendre et que cela a un effet sur notre inconscient.

Alors, soyons attentifs et prenons soin de ces cordes délicates pour une meilleure qualité de vie.



Murielle Quevauvilliers Orthophoniste

#### **Bibliographie**

- Behlau, M., & Oliveira, G. (2009). Vocal hygiene for the voice professional. Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery, 17(3), 149-154.
- Behrman, A., & Haskell, J. (2019). Exercises for voice therapy. Plural Publishing.
- Galluzzi, F., & Garavello, W. (2018). The aging voice: a systematic review of presbyphonia. European Geriatric Medicine, 9(5), 559-570.
- Godoy J, Silverio K, & Brasolotto A. (2018). Effectiveness of vocal therapy for the elderly when applying conventional and intensive approaches: a randomized clinical trial. Journal of Voice. https://doi-org.ezproxy.uct. ac.za/10.1016/j.jvoice.2018.03.017
- Martins, R.H.G., Pereira, E.R.B.N., Hidalgo, C.B., & Tavares, E.L.M. (2014). Voice disorders in teachers. A review. Journal of voice, 28(6), 716-724.
- Portela, A. S., Granqvist, S., Ternström, S., & Södersten, M. (2018). Vocal behavior in environmental noise: Comparisons between work and leisure conditions in women with work-related voice disorders and matched controls. Journal of Voice, 32(1), 126-e23.
- Ramig, L. A. O., Gray, S., Baker, K., Corbin-Lewis, K., Buder, E., Luschei, E., Coon, H., & Smith, M. (2001). The aging voice: A review, treatment data and familial and genetic perspectives. Folia Phoniatrica et Logopaedica, 53(5), 252–265. https://doi.org/10.1159/000052680
- Sauder, C., & Merati, A. L. (2018). Presbyphonia. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 3(3), 19-26.
- Sauder C, Roy N, Tanner K, Houtz DR, & Smith ME. (2010). Vocal function exercises for presbylaryngis: a multidimensional assessment of treatment outcomes. Ann Otol Rhinol Laryngol. 119(7):460–467
- Taylor, S., Dromey, C., Nissen, S. L., Tanner, K., Eggett, D., & Corbin-Lewis, K. (2020). Age-Related Changes in Speech and Voice: Spectral and Cepstral Measures. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 63(3), 647-660.
- Tay EY, Phyland DJ, & Oates J. (2012). The effect of vocal function exercises on the voices of aging community choral singers. Journal of Voice. https://doi-org.ezproxy. uct.ac.za/10.1016/j.iyoice.2011.12.014

### La peau sénile - « dermatoporose »

Avec l'augmentation de l'espérance de vie. nous sommes confrontés à une nouvelle dimension du vieillissement cutané. qui n'est plus seulement d'ordre cosmétique, mais aussi fonctionnel. Au même titre que la dégénérescence osseuse est appelée ostéoporose, cette dégénérescence cutanée liée à la disparition progressive de l'acide hyaluronique avec les fibres de collagène est connue sous l'appellation « dermatoporose », où la peau perd ses propriétés mécaniques protectrices.

#### **Manifestations** cliniques de la dermatoporose

Ces manifestations comprennent les marqueurs morphologiques de fragilité, c'est-à-dire l'atrophie cutanée, le purpura sénile, les pseudo-cicatrices stellaires. ainsi que l'expression fonctionnelle de la fragilité cutanée, soit les lacérations cutanées, une mauvaise cicatrisation, des hémorragies sous-cutanées.

Les premiers signes apparaissent vers 60 ans, alors que la maladie proprement dite, avec les complications qui lui sont liées, sont observées entre 70 et 90 ans.

### Atrophie cutanée



L'atrophie cutanée est observée principalement dans les zones exposées au soleil, en particulier les avant-bras et les jambes. La peau est très fine, translucide et ridée.

Il y a une diminution de l'épaisseur de la peau d'environ 1,45 mm pour un sujet normal à environ 0,75 mm. Les principaux constituants du derme (collagène, fibres élastiques, mu-cine) sont moins abondants que dans la peau normale.

### Purpura sénile



Le purpura sénile est surtout localisé aux extrémités des membres. Il résulte de petites hémorragies au niveau du derme suite à des traumatismes mineurs (grattage, se cogner contre une porte, etc). Il concerne environ 10% de la population âgée de 70 à 90 ans, avec une prédominance chez les femmes, et est associé dans 90% des cas à des pseudo-cicatrices stellaires. Ces plaques purpuriques laissent ensuite la place à des taches pigmentées brunâtres dues au dépôt d'hémosidérine. Une carence en vitamine C. qui fragilise les petits vaisseaux sanguins, peut conduire à l'apparition d'hématomes dermiques, justifiant un traitement de substitution.

### Pseudo-cicatrices stellaires



C'est ainsi que l'on appelle des lacérations dermiques spontanées. On l'observe chez 20-40% de la population âgée de 70 à 90 ans, avec une prédominance chez les femmes. Ces lésions surviennent principalement sur le dos des mains et les avant-bras et s'accompagnent de purpura sénile chez 30 à 50% des patients.

### Retard de cicatrisation

Les lésions chroniques post-traumatiques constituent un réel problème chez les per-sonnes âgées et les mécanismes de leur guérison lente et retardée ne sont pas bien connus. Une diminution de la capacité de régénération des cellules est clairement impliquée dans ce processus.

### Facteurs de risque

Même si la raison primaire du développement de la dermatoporose est le vieillissement cutanée lié à l'âge : il existe aussi d'autres facteurs qui viennent aggraver ce phénomène notamment:

- L'exposition solaire : d'ailleurs, les endroits les plus touchés sont les zones exposées au soleil comme les bras, les jambes, le visage.
- 2. La génétique
- L'utilisation de médicaments tels la cortisone orale ou topique à long terme et les traitements anticoagulants
- 4. Carence nutritive
- 5. Insuffisance rénale chronique
- 6. Manque d'exercice physique

### L'impact de la dermatoporose

Les patients se plaignent surtout de l'aspect esthétique d'abord : peau fragile, mince, présence de taches brunes, hématome et cicatrices. Mais il y aussi d'autres effets de cette dermatoporose comme le prurit sénile : c'est-à-dire des démangeaisons en l'absence de maladie cutanée pure. Ce prurit peut être très invalidant. La personne atteinte peut se

gratter jusqu'au sang et ne pas arriver à dormir la nuit.

Les fonctions de la peau sont altérées et on voit une nette diminution de la production de vitamine D.

Le peau devient plus sèche également car les glandes sébacées fonctionnent moins. Aussi, la peau devient plus réactive à l'environnement et dans une certaine mesure une diminution de la perception sensorielle.

### Prise en charge de la peau sénile

Que la peau change avec le temps, cela est inévitable. Mais on peut limiter ces manifes-tations cutanées en prenant bien soin de notre peau dès le début/avant les symptômes.

Les bonnes habitudes à adopter sont les suivantes :

- Boire beaucoup d'eau et avoir une alimentation saine riche en fruits et légumes.
- Consommer plus d'aliments contenant la vitamine C.
- Se protéger du soleil : crèmes solaires ou protection vestimentaire (longues manches, pantalons).
- Utiliser un nettoyant sans savon pour se laver : huile surgras.
- Ne pas utiliser des gants de toilette abrasifs ou frotter vigoureusement la peau lors du séchage.
- Appliquer une crème hydratante systématiquement après la douche.
- Pratiquer de l'exercice.physique.

Dilshad Paurobally Dermatologue

# Cas clinique - Rétrécissement aortique de la personne âgée : la révolution du TAVI

Mme G, 90 ans, vivant seule à domicile, 4 enfants, sans antécédents particuliers. Le poids est de 54 kilos pour 1 m50. Elle est hospitalisée pour bilan d'insuffisance cardiaque itérative, sous furosémide 80 mg à domicile. Le bilan d'entrée montre un rétrécissement aortique serré calcifié, surface à 0.5 cm², gradient moyen à 66 mmHg, FEVG 45 % avec une hypokinésie globale.

Elle est transférée aux soins intensifs cardiaques pour un tableau brutal de détresse respiratoire aiguë avec désaturation à 83 % en air ambiant en rapport avec un œdème aigu pulmonaire, contemporain d'un passage en fibrillation atriale à cadence ventriculaire rapide à 160/mins. L'évolution est favorable sous diurétiques, ventilation non invasive et réduction de la fibrillation atriale sous amiodarone.

Après stabilisation hémodynamique et respiratoire, le bilan est poursuivi : la coronographie retrouve une sténose non significative de la coronaire droite ostiale ; le scanner cardiaque est compatible pour la mise en place d'une bioprothèse aortique percutané; à l'artériographie, les axes ilio fémoraux sont de bon calibre, permettant la voie d'abord fémoral

Après discussion collégiale, devant la sévérité du tableau initial chez une patiente certes de 90 ans, mais autonome sans trouble cognitif, le bilan montrant la faisabilité de remplacement valvulaire aortique percutané (trans aortic valve implantation, TAVI) par voie fémorale, il est décidé de réaliser la procédure en urgence.

Mise en place d'un TAVI Corevalve Evolut-R n°29 par voie fémorale gauche, avec apparition au décours d'un bloc de branche gauche 120 ms sans trouble de conduction de haut degré à la télémétrie. Absence par ailleurs de récidive de fibrillation atriale ou de complication au point de ponction.

L'échographie cardiaque de contrôle montre un bon fonctionnement de la bioprothèse aortique avec minime fuite paraprothétique, normalisation de la FEVG à 60 %.

Levée dès J1 de la procédure avec reprise de l'autonomie, permettant un retour chez sa fille à J8 de l'hospitalisation aux soins intensifs cardiaques avant retour à domicile.

La thérapeutique de sortie comprend Apixaban 2.5 mg X2, la patiente présentant au moins 2 critères sur 3 de risque hémorragique avec poids < 60 Kg, et âge ≥ 80 kg, amiodarone et pantoprazole 20 mg.

### 1. Le rétrécissement aortique

Le rétrécissement aortique est une pathologie fréquente chez le sujet âgé. La prévalence est de 1.3 -1.7 % chez les patients de plus de 65 ans, 3.4 % au-delà de 75 ans .

Il est défini par une surface valvulaire inférieure à 1cm² et un gradient moyen supérieur à 40 mmHg . Le pronostic est sombre dès que le patient devient symptomatique, avec une mortalité à 5 ans de 60 % après la première hospitalisation . La prise en charge spécifique permet de diminuer de manière significative la morbidité et la mortalité, notamment chez la personne âgée.

### 2. Le TAVI

L'étude PARTNER a mis en évidence une supériorité significative du TAVI par rapport au traitement médical conservateur, sans infériorité sur le traitement chirurgical. Ainsi le TAVI, notamment par voie fémorale, est privilégié chez les patients à haut risque chirurgical.

Le principe des ces bioprothèses est basé sur un feuillet péricardique tricuspide, monté sur une armature métallique, avec une jupe externe à la base pour diminuer les fuites paraprothétiques. Les bioprothèses aortiques les plus utilisées sont l'Edwards Sapien 3 et la Medtronic Corevalve EvolutR.

- axes vasculaires : détermination de la voie d'abord
- scanner de la valve aortique : permettant de déterminer le type de la prothèse aortique.

L'évaluation gériatrique multidimensionnelle évalue les comorbidités et identifie les patients à haut risque de morbi-mortalité (Figure 1). Elle permet d'optimiser la prise en charge péri-opératoire, d'améliorer le pronostic et le retour à domicile.

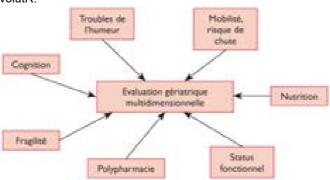


Figure 1. Différents aspects à prendre en compte lors de l'évaluation gériatrique

### 3. Évaluation avant TAVI

L'évaluation est réalisée au sein d'équipe pluridisciplinaire appelé « Heart Team », comprenant des cardiologues, chirurgiens cardiaques, anesthésistes et gériatres.

### Le bilan cardiologique comprend

- l'échographie cardiaque : sévérité du rétrécissement aortique, taille de l'aorte, la fonction ventriculaire gauche et recherche de valvulopathie associée;
- la coronarographie : recherche de coronaropathie associée;
- · L'angiographie ou un scanner des

### 4. Les complications liées au TAVI

La procédure de TAVI est actuellement maitrisée et les complications sont en régression . Les complications les plus fréquentes sont les troubles de conduction auriculo-ventriculaires (13,1 %), l'atteinte vasculaire (10,4 %) et l'insuffisance rénale aigüe (4,9%). L'implantation d'un stimulateur cardiaque est nécessaire dans 15,6 % des TAVI. L'accident vasculaire cérébral est plus rare, 3,3% à 30 jours .

La durabilité de la valve est actuellement satisfaisante et la surface valvulaire à 5 ans est supérieure dans le groupe TAVI par rapport à la chirurgie.

### 5. Thérapeutique post TAVI

En l'absence d'angioplastie coronaire, une double anti-agrégation plaquettaire par aspirine et clopidogrel est instaurée pendant 1 à 3 mois puis poursuite d'une monothérapie. Pour les patients à haut risque hémorragique, il est possible selon les recommandations de l'ESC de poursuivre une monothérapie anti-agrégante.

En cas d'indication au traitement anticoagulant, ce dernier est poursuivi et il est éventuellement possible d'associer un anti-agrégant selon le risque hémorragique.

### 6. Conclusion

Le TAVI est une alternative thérapeutique qui améliore la mortalité mais aussi la qualité de vie de patients âgés. La prise en charge collégiale permet d'identifier les comorbidités limitantes et les facteurs modifiables pour permettre de tirer le maximum des bénéfices de cette intervention dans cette population fragile.



Annabelle Dinan Magniez Cardiologue **Paris** 

Bibliographie

d'Arcy JL, Coffey S, Loudon MA, Kennedy A, Pearson-Stuttard J, BirksJ, et al. Large-scale community echocardiographic screening reveals amajor burden of undiagnosed valvular heart disease in older people: theOxVALVE Population Cohort Study. Eur Heart J 2016;37(47):3515-22.

- Baumgartner H. Falk V. Bax JJ. et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 2017;38(36):2739-2791.
- Berry C, Lloyd SM, Wang Y, Macdonald A, Ford I. The changing courseof aortic valve disease in Scotland: temporal trends in hospitalizations and mortality and prognostic importance of aortic stenosis. Eur Heart J2013;34(21):1538-47.
- Dunning J, Gao H, Chambers J, Moat N, Murphy G, Pagano D, Ray S, Roxburgh J. Bridgewater B. Aortic valve surgery: marked increases in volume and significant decreases in mechanical valve use-an analysis of 41,227 patients over 5 years from the Society for Cardiothoracic Surgery in Great Britain and Ireland National database. J Thorac Cardiovasc Surg 2011:142:776-782.
- Smith CR, Leon MB, Mack MJ, et al. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. N Engl J Med. 2011; 364(23):2187.
- Guggiari C, Locca D, Smith C, Monney P, Vogt P, Büla C. Evaluation gériatrique des patients agés candidats a un remplacement valvulaire aortique percutané [Geriatric assessment in old patients candidate to transcatheter aortic implantation]. Rev Med Suisse. 2013 Nov 6:9(405):2040-3. French. PMID: 24308140.
- Ellis G. Whitehead MA. Robinson D. O'Neill D et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2011:343.
- Eggebrecht H. Mehta RH. Haude M. Sack S, Mudra H, Hein R, Brachmann J, Gerckens U, Kuck KH, Zahn R, Sechtem U, Richardt G, Schneider S, Senges J. Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) by centres with and without an on-site cardiac surgery programme: preliminary experience from the German TAVI registry. EuroIntervention. 2014 Sep;10(5):602-8. doi: 10.4244/EIJV10I5A105. PMID: 25256201
- Khatri PJ, Webb JG, Rodés-Cabau J, et al. Adverse effects associated with Transcatheter Aortic Valve Implantation: A meta-analysis of contemporary studies. Ann Intern Med. 2013;158(1):35.
- 10. Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, et al. Transcatheter aortic-valve replacement with a balloonexpandable valve in low-risk patients. N Engl J Med. 2019;380(18):1695-1705.



# RENUTRYL

L'expertise de la nutrition clinique, le goût en plus!



Une gamme complète de compléments nutritionnels oraux enrichis en protéines.







SUN SECURE

LA 1 the Protection des Peaux sensibles QUI CIBLE 100% des Rayons. UVB+UVA+VISIBLE+IR.\*\*



SVR. LA DERMATOLOGIE REND BELLE

\*Chez SVR. \*\*L'Integral Secure Technology de SVR offre une protection contre les dommages oxydatifs dûs aux UVA, UVB, lumière visible et infrarouges

18N Frère Felix de Valois St. Port Louis © 210 8100



Disponible en Pharmacie

### Excès d'eau



Une patiente de 87 ans consulte en présence de sa fille pour un état confusionnel aigu.

HDM: Vaccinée contre la Covid-19 par le Covaxine puis 2 jours après l'apparition d'une éruption au milieu des jambes sans fièvre.

- Elle se fait examiner
- Prescription de piriton : 6 comprimés par jour
- Apparition rapide d'une altération des fonctions supérieures, toujours sans fièvre.

### Nouvelle consultation

- CT Scan cérébral normal
- Bilan biologique : "Déshydratée"
- Retour à domicile avec consigne de boire plus de 2 litres d'eau par jour

# En consultation à la clinique après 48 heures

- Consciente mais confuse.
- Pas de notion de traumatisme crânien ni de syndrome fébrile
- Ex: Neurologique normal

En regardant le résultat du bilan sanguin précédent,on constate un taux d'urée et de créatine normal mais un taux de sodium à 121 (Natrémie). En consultation,on formule l'hypothèse diagnostique d'une hyponatrémie aggravée par l'excès d'eau.

Le bilan du jour confirme une hyponatrémie à 119 et une fonction rénale normale.

Elle est admise en clinique pour une surveillance neurologique rapprochée et une restriction hydrique à 750 cc/24 h.

Son état s'améliore très lentement et elle a retrouvé toute sa lucidité au bout de 15 jours.



## Conclusion : Erreur à ne pas commettre

- Toujours chercher une cause à un état confusionnel aigu et ne pas tout prendre pour une démence (Alzheimer, etc).
- Règle d'or devant une hyponatrémie : restriction hydrique.
- Dose prescrite de piriton trop élevée; iatrogénie provoquée.

Dr Irshaad Vial Médecin généraliste

### Les seniors et l'alimentation

Une bonne alimentation est essentielle à la santé et au bien-être général. Pourtant, de nombreux seniors courent le risque d'une alimentation inadéquate en vieillissant, ainsi qu'une qualité de vie réduite et de mauvais résultats de santé. Alors qu'un excès de tissu adipeux et les comorbidités qui v sont associées constituent un facteur de risque important de déclin cognitif lié à l'âge, la plupart des gens sont plus susceptibles de perdre du poids en vieillissant. Cependant, la quantité perdue varie et ceux qui sont déjà maigres peuvent malheureusement aussi perdre du poids. Le problème de cette perte de poids est que ce n'est pas seulement le tissu adipeux indésirable qui est perdu mais aussi les muscles squelettiques, ce qui impacte davantage sur leur système immunitaire.

Cela s'explique par le fait que le vieillissement est lié à divers changements dans l'organisme, notamment la perte musculaire, l'amincissement de la peau et la diminution de l'acidite gastrique. De nombreux changements survenant avec le vieillissement peuvent être responsables d'une diminution de l'appétit, notamment des modifications au niveau de la physiologie du corps âgé, des changements dans le fonctionnement psychologique, des changements sur le plan social, des maladies aiguës et chroniques et la prise de médicaments. Plusieurs études menées auprès de populations âgées ont montré que la perte de dents et les troubles de la mastication sont associés à une consommation limitée de divers types d'aliments (en particulier des fruits et des légumes), à une consommation accrue d'aliments sucrés et faciles à mâcher et à un apport alimentaire plus faible en fibres et en vitamines. Certains de ces changements peuvent aboutir à des carences en nutriments tandis que d'autres peuvent affecter les sens et la qualité de vie.



Avec l'avancée en âge, la gastrite atrophique a été identifiée comme le plus grand changement dans la physiologie gastro-intestinale affectant la biodisponibilité des nutriments. Elle se produit dans un pourcentage considérable de la population âgée. Par exemple, selon des études, 20% des personnes âgées seraient atteintes de gastrite atrophique.

Cela survient lorsqu'une inflammation chronique endommage les cellules qui produisent l'acide gastrique. Un faible taux d'acide gastrique peut affecter l'absorption des nutriments, comme la vitamine B12, le calcium, le fer et le magnésium. Avec l'âge, on observe une tendance naturelle à une baisse de consommation de nourriture, ce qui entraîne l'anorexie du vieillissement, car l'organisme MODIFIE certains sens vitaux, comme la faim et la soif. Les personnes âgées sont donc davantage sujettes à la déshydratation et à une perte de poids involontaire, v compris le risque de malnutrition. Plus une personne vieillit, plus néfastes peuvent être les conséquences. Car tout cela impacte sur le cycle immunitaire.

De plus, les modifications du microbiote intestinal liées à l'âge sont associées à des changements physiologiques dans le tube digestif, ainsi que dans les habitudes alimentaires, avec un déclin concomitant de la fonction normale du système immunitaire qui peut contribuer à un risque encore plus élevé d'infection et de fragilité. En particulier, de plus en plus de preuves montrent le rôle du microbiote intestinal dans l'apparition de l'accident vasculaire cérébral ischémique, de l'épilepsie, de la maladie de Parkinson et de la dépression. Cependant, les probiotiques et prébiotiques sont apparus comme une alternative de premier plan pour l'industrie alimentaire afin de soulager les maladies associées au vieillissement et l'alimentation a été proposée comme modulateur du microbiote intestinal dans différentes pathologies, telles que la polyarthrite rhumatoïde. l'arthrose. l'épilepsie. la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer. entre autres.

Les conséquences de la malnutrition sont physiologiques, biochimiques et psychologiques. Elles peuvent être une immunité réduite, un ralentissement au niveau de la cicatrisation des plaies et une diminution de la force musculaire. Tout cela, à son tour, a des effets néfastes sur le rétablissement et la réadaptation.

L'impact psychosocial de la malnutrition est également significatif, avec des changements d'humeur, d'attitude, d'estime de soi et une socialisation réduite.

Voici quelques **stratégies pratiques** pour améliorer la santé intestinale ainsi que le système immunitaire global de la population âgée :

- Si la dentition est un problème, faites cuire les fruits pour les rendre plus tendres. Certains fruits, comme le kiwi, les pruneaux et la poire, peuvent également aider à soulager la constipation.
- Il faut bien cuire les légumes. Les légumes bien cuits peuvent être utilisés en purée ou en soupe. Le mieux est de les cuire en vrac et de les

- congeler dans des récipients à portions individuelles qui peuvent être utilisés selon les besoins. Vous pouvez également opter pour des jus de légumes faits maison.
- Broyez finement une variété de noix/ graines non salées, par exemple des graines de lin (grain de lin), des graines de sésame, des amandes, des noix de cajou, et ajoutez une cuillère à soupe de noix/graines en poudre à votre porridge, par exemple de l'avoine, des légumineuses ou du thé/café/lait.
- Utilisez de l'huile d'olive extra vierge dans votre cuisine ainsi que dans vos salades.
- Ajoutez une combinaison de curcuma et de poivre dans vos plats quotidiens pour un apport en antioxydants.
- Si médicalement il n'est pas conseillé que vous buvez trop d'eau, frottez votre langue avec des glaçons pour vous hydrater.
- Si vous ne pouvez manger des légumes secs parce qu'ils vous donnent des ballonnements, faites-les tremper toute la nuit.
- Consommez au moins 2 ou 3 œufs par semaine.
- Outil bonus contre la constipation établissez un horaire régulier pour aller aux toilettes, utilisez un petit banc pour surélever vos jambes et incluez au moins 2 kiwis par jour.



Teenusha Soobrah Nutritionniste/Diététicienne

# Accompagnement dans la prise en charge palliative gériatrique à domicile



### Aspect relationnel

L'infirmière coordinatrice est en contact avec tous les membres de l'équipe de soins. Elle est également en contact étroit avec les proches du patient. Cette dualité de position permet d'avoir une vue d'ensemble sur la situation du patient. L'état de celui-ci est rarement stable et peut évoluer jour après jour. Le pole infirmiers-aide-soignants est important et permet de juger de l'évolution de ces patients.

Le rôle de l'infirmière est également d'évaluer l'attitude des proches.

« Il est important pour les soignants, au début de la prise en charge d'un accompagnement, d'avoir non seulement l'histoire de la maladie mais aussi le vécu de la personne malade, pour mieux comprendre les difficultés et réactions des proches. Le but des interventions infirmières est d'aider les familles à gérer leurs sentiments, à prendre leurs propres décisions et à les réajuster, car leur rôle est essentiel et demeure un soutien primordial pour la personne en fin de vie. »¹

On peut comparer cette prise en charge à une pyramide de 3 cotés dont le sommet serait l'infirmière coordinatrice. Les trois angles de la base de cette pyramide seraient; le médecin, les soignants et les parents, le patient étant au centre. De par sa position élevée, l'infirmière coordinatrice peut avoir une vue d'ensemble sur:

- · les relations patient-parent
- les relations patient-équipe soignante
- les relations équipe soignante-parents

D'un autre coté, l'équipe soignante est en contact avec les médecins, les parents et l'infirmière coordinatrice.

Les anomalies que l'on note le plus souvent sont les problèmes relationnels entre la famille et les soignants ou le patient avec les soignants, d'où l'importance pour l'infirmière coordinatrice de gérer ces relations si celles-ci ne sont pas sereines.

Le contact avec les proches doit être géré avec prudence car ces derniers peuvent être revendicateurs, anxieux ou indifférents. Dans tous ces cas, un contact permanent doit être maintenu de façon à ce qu'il n'y ait pas de non-dits.

### Aspect technique

« Le concept de soins palliatifs repose sur un principe et une pratique. Il renvoie à un choix philosophique : "la mort fait partie de la vie", et à une position éthique : "le respect de la personne considéré dans sa globalité". Les soins palliatifs englobent essentiellement les soins d'entretien et de continuité de la vie, le soulagement des symptômes, dont la douleur, et leur évolution, l'accompagnement psychologique, familial, social, existentiel du patient et de ses proches. En pratique,il s'agit de répondre aux besoins spécifiques des personnes. »²

Les soins palliatifs ont pour but de soulager et d'atténuer la souffrance des malades par des soins et des traitements appropriés. « La finalité de la démarche de soins infirmiers palliatifs est l'aide à apporter pour un mieux-être, donc la meilleure qualité de vie possible pour la personne, jusqu'à la fin de son parcours, avec un maximum de confort tant physique que psychique, en respectant les désirs et les besoins spécifiques du patient. » <sup>3</sup>

### La douleur

« La douleur est fréquente chez la personne âgée. Elle peut être aiguë ou chronique mais aussi déclenchée par des actes ou soins réalisés par les soignants. Le rôle de l'infirmière et d'une équipe pluridisciplinaire est fondamentale pour évaluer la douleur et apporter des solutions médicamenteuses ou pas pour accompagner la personne âgée. »4

### Évaluation de la douleur

Le sujet âgé peut présenter des maladies chroniques et des insuffisances motrices, cognitives et psychologiques. Il est important, dans la prise en charge globale, de ne pas négliger l'aspect "douleur".

La dépression peut être la conséquence de douleurs chroniques, dont le patient ne parle pas. Cet aspect est difficile à évaluer et parfois imperceptible.

Les différents types de douleur sont :

- · les douleurs nociceptives
- les douleurs neuropathiques
- les douleurs morales et psychiques

Certains outils sont mis à disposition des soignants, tels l'échelle numérique de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale) ou l'échelle algoplus, c'est-à-dire l'observation par le soignant du visage, du regard, des plaintes, du corps et du comportement.

### Traitement de la douleur

La douleur peut être traitée par des méthodes médicamenteuses et non-mé-

dicamenteuses (kiné, aides techniques, massages...). Les protocoles seront mis en place par le médecin traitant avec l'aide des comptes-rendus des évaluations des soignants.

### Alimentation

Un des rôles primordiaux de l'équipe soignante est d'adapter l'alimentation à une situation de santé qui se détériore.

L'observation du comportement alimentaire du sujet âgé est une évaluation importante pour l'organisation de ses repas. La priorité est de fournir une nourriture en apport avec les souhaits du patient.

Plusieurs dysfonctionnements physiologiques ou pathologiques, dus au vieillissement, tels des dysphagies, les troubles de la déglutition, la dépression et une mauvaise hygiène buccale, peuvent alterner grandement l'état nutritionnel du patient. Il sera donc nécessaire d'identifier les stratégies alimentaires appropriées.

Se nourrir peut ainsi être une corvée mais peut aussi être une source de plaisir.

Dans certains cas, la nutrition artificielle (sonde nasogastrique, gastronomie endoscopique percutanée (PEG), apport lipidique intraveineux) peut être une possibilité pour améliorer le suivi ou la qualité de vie chez certains sujets.

### Conclusion

L'équipe soignante se doit de répondre aux besoins de base du patient âgé. Le but est de viser aussi bien son confort physique et son bien-être psychologique.



Audrey Noël Infirmière coordinatrice Home Nursing Care Ltd

Références 1,2,3 : Institut UPSA de la douleur Référence 4 : La Revue de Gériatrie Volume 45 numéro 3 Mars 2020 (Article de Sandrine Vallorani)

## Plus sur Angels of Mercy Home Health Care

Angels a pour vocation l'accompagnement des personnes âgées et/ou malades dans leur vie de tous les jours à leur domicile.

Créée en 2011 par Natacha François, MNF (le nom à l'époque) était à la base une simple agence de service à domicile, proposant des services de femme de ménage ou de baby-sitting.

Après quelques mois d'opération, nous avons eu des demandes pour le service de garde-malade. Nous avions compris qu'il y avait un réel manque de ce service en particulier à Maurice. Mais n'ayant aucune connaissance du sujet, Natacha, directrice et unique membre de l'administration à l'époque, s'est tournée vers le docteur Pascale Dinan qui lui a bienveillamment proposé la formation MOBIQUAL.

Ce fut le déclic pour Natacha : « MO-BIQUAL a été, pour moi, une révélation. C'est là que j'ai découvert le monde merveilleux des personnes âgées. J'utilise le mot 'merveilleux' car, lorsqu'elles sont bien traitées et comprises, les personnes âgées sont des êtres remplis d'amour et de connaissances. Au cours de la formation, nous avons analysé la personne âgée dans son ensemble : psychiquement, physiquement et moralement. Les différents professionnels qui sont intervenus ont été

clairs et concis. J'ai terminé MOBIQUAL avec des outils qui m'ont aidée à mieux comprendre la personne âgée, à mieux comprendre la famille et à mieux superviser et entourer nos intervenants ».

Nous croyons fermement que le meilleur endroit pour vieillir est dans sa propre maison. Pour ce faire, il faut créer un environnement sain. Un intervenant n'est pas simplement un/e 'garde-malade' ou

un/e aide-soignant/e. Il est avant tout un accompagnateur, une personne avec qui le senior aura la possibilité de parler. d'échanger des idées, de se confier et même de montrer ses faiblesses. Mais, pour que tout ceci soit mis en place. il faut que l'intervenant soit lui-même accompagné et soutenu. C'est un travail dur psychologiquement, physiquement et moralement car ils ont, en plus, leurs propres vécus. C'est cet accompagnement de qualité de l'intervenant qui fait aussi la force d'Angels.

Nous encourageons aussi les familles à 'laisser' (souvent les proches ont peur que le senior tombe ou se blesse ...) les personnes âgées continuer leurs activités avec leur accompagnateur : cuisiner les petits plats qu'elles aiment ou tout simplement les offrir à leurs enfants/ petits-enfants, sortir faire leur marché, leur shopping, se rendre chez leur coiffeur/se ou esthéticienne, se rendre sur leur lieu de culte, rencontrer des amis/es pour un café, une partie de cartes... Car continuer à VIVRE est ce qui va leur permettre de garder le moral. Et un moral au top est ce qui va empêcher la maladie, la dépression et le mal-être de s'installer.

Aujourd'hui, après 11 années d'expérience. Angels, avec à sa tête Natacha et Miguel François, se positionne comme une des agences les plus professionnelles pour la qualité de ses services, son écoute de la famille et l'accompagnement des intervenants qui ne sont jamais laissés à eux-mêmes chez un patient.



Natacha Francois





Option idéale pour les personnes âgées et les patients multimorbides.

# Vilda Denk – notre nouvel agent pour le traitement du diabète de type 2!

- La vildagliptine est sûre, efficace et recommandée par les directives chez les patients diabétiques de type 2 en monothérapie<sup>1</sup>, double<sup>2</sup> ou triple thérapie<sup>3</sup> et même en combinaison avec de l'insuline<sup>4,5</sup>.
- Excellente tolérabilité peu d'effets secondaires gastro-intestinaux et faible risque d'hypoglycémie en monothérapie<sup>6,7</sup>.
- Absence d'interactions avec les CYP450 et les médicamentsmédicaments et aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance rénale 7.8.

L'ONG Groupement FIAPA a été enregistrée en 2010. Elle 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 gérontologie et gériatrie pour partager et diffuser les connaissances
- (3) célébrer la journée internationale des personnes âgées avec de nombreuses activités.

