



➤ introduction

Bonjour,

Le comité de rédaction du groupement FIAPA est heureux de vous présenter sa deuxième newsletter à l'occasion des célébrations de la journée internationale des personnes âgées. Cette deuxième édition s'ouvre sur le témoignage des bénévoles qui œuvrent au sein de l'ONG et parle de leur dévouement auprès de nos aînés. Elle se poursuit sur l'ouverture de notre ONG à la dimension régionale avec l'article de la présidente de l'association ALMA à l'île de la Réunion pour nous parler des premières assises de la bientraitance qui se sont tenues en novembre 2015 à l'île sœur. Puis une série d'articles sur la gonarthrose souligne la nécessaire pluridisciplinarité entre le rhumatologue, le gériatre et le kinésithérapeute pour la prise en charge globale des patients. Nous vous proposons ensuite une réflexion sur la poly médication chez les personnes âgées qui reste encore trop fréquente. Les neuropsychologues nous informent sur 2 types de démences souvent intriqués, la démence d'Alzheimer et la démence vasculaire. L'article suivant met l'emphase sur l'action bénéfique des thérapies complémentaires de bien-être, la réflexologie en gériatrie. L'orthophoniste nous introduit ensuite à la notion de dysphagie chez les personnes âgées et propose des solutions pour y faire face. Les deux derniers articles nous informent sur la prise en charge des plaies cutanées et l'hospitalisation à domicile.

Dr Pascale DINAN,

Médecin et Présidente du groupement FIAPA.

- **Membres du groupement FIAPA - Le bénévolat auprès des personnes âgées**
- **Madame Pascale Savoye - les assises départementales à la Réunion et actualités gérontologiques**
- **Docteur Hélène Petit - La prise en charge médicamenteuse de l'arthrose du genou**
- **Docteur Yusa Wahed - La prise en charge non-médicamenteuse des gonarthroses de la personne âgée**
- **Sandra Li Ting - L'importance de l'exercice physique chez les personnes âgées**
- **Docteur Pascale Dinan - Poly médication et conséquences chez les personnes âgées**
- **Madame Armelle Staub - La maladie d'Alzheimer**
- **Docteur Vincent Oxenham - La démence vasculaire**
- **Madame Ariane d'Espagnet - Réflexologie en gériatrie**
- **Madame Sandra Gungurum - Dysphagie chez les personnes âgées**
- **Docteur Daniel Noel - La prise en charge des plaies par les pansements**
- **Madame Audrey Noel - Les principes de l'hospitalisation à domicile**

➤ Qu'es ce que c'est qu'être bénévole?



Vianey, Lisette, Désiree, Mary, Claude, Jacqueline

Toute personne qui s'engage librement pour mener une action non salariée envers autrui.

Notre adhésion à la FIAPA n'est pas un hasard car depuis très jeunes nous nous étions prédisposés au bénévolat de part nos expériences acquises dans divers groupes tel le scoutisme, les clubs de jeunesse, etc. Après une causerie d'ampleur nationale par feu Denise Vaultert De Chantilly, elle nous a approchés pour l'aider à mettre sur pied le groupement FIAPA. Après un rodage de quelques années, soulevé par notre motivation, nous sommes devenus l'équipe fondatrice et exécutive qui assure le bon déroulement de l'organisation.

Concrètement voici ce que nous faisons :

- Accueil des membres.
- Mise en place des animations. (des séances de yoga ou de massage bien être, les célébrations d'anniversaires, la danse en groupe, les rencontres intergénérationnelles, les rencontres interrégionales)
- L'organisation des colloques régionaux.

Notre moto est l'ABCDEF :

- Amour envers nos seniors.
- Bénévole à titre gracieux.
- Combat contre l'exclusion des seniors.
- Disponibilité, toujours présents.
- Engagement, donné sans rien attendre en retour.
- Faire de manière à ce que les seniors se sentent bien entourés, comme dans une famille.

Notre mission semble avoir atteint l'objectif de la fondatrice Denise Vaultert de Chantilly et nous y trouvons un sentiment d'accomplissement. Le travail d'équipe est notre force de par la diversité de nos compétences.

➤ **Premières Assises départementales de la Bienveillance du 9 novembre 2015**

Madame Pascale Savoye, Présidente d'ALMA 974 et membre de la SGGIR Réunion

L'association ALMA Réunion (Allo maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés) a organisé ses premières assises départementales de la Bienveillance le 9 novembre 2015.

Cette journée destinée aux professionnels du domicile, a réuni quelques 200 personnes.

Des intervenants internationaux, de l'hexagone et locaux se sont succédés pour évoquer le sujet sous différents aspects. Ainsi, le professeur Réjean HEBERT du Québec, a évoqué « les mouvements mis en place pour lutter contre les maltraitance » au Québec. Le docteur Pascale DINAN (Présidente de FIAPA Ile Maurice) a présenté « les chartes de recommandations sur les droits et la Bienveillance de la personne âgée dans l'océan indien » élaborées lors du congrès de la FIAPA qui s'est tenu à l'Ile Maurice en 2014. Franck GUICHET, sociologue à EMICITE Paris, a parlé du « répit des aidants : un axe de prévention de la maltraitance » et a fait un focus sur le « Baluchon Alzheimer » en expérimentation en France métropolitaine. Françoise BUSBY, ancienne directrice d'ALMA France, forte de sa grande expérience à ALMA, a parlé de la « solitude du professionnel face aux situations de maltraitance ».

Des intervenants locaux spécialisés sont intervenus sur des sujets tels que la protection juridique et la protection des biens des personnes fragiles et vulnérables, le traitement pénal des infractions commises au préjudices des



personnes âgées. Le conseil départemental, principal partenaire d'ALMA Réunion, a parlé de son implication face à la maltraitance. Un directeur de service d'aide à domicile a présenté ce que son Association met en place pour lutter contre la maltraitance. Le délégué régional de l'association nationale des directeurs de centres communaux d'action sociale a évoqué la place des CCAS (centres communaux d'action sociale) dans les situations de maltraitance.

La présidente d'ALMA Réunion a présenté l'association, son rôle et ses actions.

La marraine de l'association, Jacqueline FARREYROL, chanteuse, et des retraités d'un club de 3^{ème} âge de l'est qui font du théâtre, ont animé la manifestation.

L'exploitation des questionnaires de satisfaction vont guider la suite à donner aux Assises par ALMA

Un DVD ressource a été réalisé qui va être offert aux participants très prochainement.

ACTIVITES GERONTOLOGIQUES 2016 A LA REUNION

Le premier salon des séniors s'est tenu les 11, 12 et 13 mars 2016 à St Denis organisé par « EVENTGO ». L'objectif du salon : « accompagner les séniors dans la construction de leurs projets de vie à la retraite tout en anticipant sur leurs besoins. Apporter les réponses à leurs interrogations et leur proposer des produits et services dans tous les domaines de la vie. Fédérer les plus de 50 ans ». Bilan : 5500 visiteurs, 55 exposants, 8 villages, 13 animations et ateliers, 20 conférences.

Une deuxième édition est déjà programmée les 17, 18 et 19 mars 2017.

(contact@eventgo.fr)

EVENEMENTS A VENIR

- Le 21 septembre, la journée mondiale Alzheimer
- La semaine Bleue, moment fort pour les aînés, se tiendra du 3 au 9 octobre, avec de nombreuses manifestations dans les communes. Le thème pour 2016 et 2017 : « A tout âge faire société ».
- La journée départementale organisée par le conseil départemental se déroulera le 2 octobre.

➤ La gonarthrose en pratique

par Dr. Hélène Petit

L'arthrose est, avec le vieillissement de la population, la maladie articulaire la plus répandue. Elle se définit par la perte du cartilage au niveau des articulations, qui deviennent ainsi très douloureuses. La plupart des traitements actuels proposés aux patients consistent à réduire la douleur et à diminuer au maximum la gêne fonctionnelle occasionnée mais il n'existe pas de véritable guérison.

La gonarthrose ou arthrose du genou représente un des principaux motifs de consultation en rhumatologie. Elle affecte en général l'homme ou la femme APRES la cinquantaine (âge moyen 65 ans) et elle est bilatérale dans deux tiers des cas. Les facteurs de risque les plus classiques sont: le surpoids, un défaut d'axe des membres inférieurs (genou varum ou valgum), une activité sportive trop intense, un antécédent traumatique (entorse des ligaments croisés, lésion du ménisque, fracture ...)

La douleur se manifeste généralement à la marche, ou lors de la montée ou descente des escaliers. Elle peut entraîner une boiterie, mais disparaît au repos. L'articulation peut parfois être gonflée, chaude et rouge. Le patient peut décrire des épisodes de blocage, de craquement ou de déroboement du membre inférieur.

L'aggravation peut-être lente et progressive sur plusieurs dizaines d'années, mais elle est généralement entrecoupée de poussées inflammatoires pendant lesquelles le genou gonfle et la douleur s'intensifie, y compris la nuit.

Le bilan du médecin repose sur la réalisation d'un bilan biologique pour éliminer des causes autres qu'une pathologie arthrosique (crise de goutte, infection, rhumatisme inflammatoire débutant) et d'une radiographie du genou en position debout de face et de profil qui montrera en cas d'arthrose un pincement de l'espace entre le fémur et le tibial.



Le traitement comportera:

- L'apprentissage des règles hygiène- diététiques : économie articulaire, régime primordial en cas de surpoids, chaussage de qualité, recours aux aides techniques (cane anglaise, genouillère, semelles orthopédiques)
- La prise d'antalgiques (paracétamol jusqu'à 4 gr par jour), d'anti inflammatoires (local et général à utiliser de façon prudente et en cures courtes) et l'application de glace 15 mn trois fois par jour
- La prise d'anti arthrosique d'action lente (glucosamine et chondroïtine) dont l'efficacité est toutefois discutée dans plusieurs études cliniques récentes
- La réalisation d'infiltration de corticoïdes (rarement), en cas de poussée congestive (épanchement de synovie)
- La réalisation d'une visco-supplémentation qui consiste en l'injection dans l'articulation d'acide hyaluronique, principale protéine constituante du liquide synovial qui va restaurer les propriétés de viscosité et d'élasticité du liquide synovial
- La prescription de séances de rééducation avec un kinésithérapeute pour l'apprentissage des exercices à faire de façon quotidienne à domicile afin de renforcer les muscles autour du genou, exercices à réaliser à sec mais aussi en piscine (gymnastique aquatique)
- En dernier recours on proposera un traitement chirurgical qui peut être préventif tel l'ostéotomie de relaxation des membres inférieurs (en cas de déformation en varum ou en valgum) qui peut retarder de 10 à 12 ans la mise en place d'une prothèse de genou, ou curatif par la pose de prothèse totale de genou.

Enfin, en matière de recherches, les choses avancent lentement mais sûrement. En 2016, un essai clinique européen dans l'arthrose du genou a débuté (dans 10 grands centres dont trois en France), essai qui consiste à prélever par liposuction des cellules graisseuses chez des patients, puis à rechercher les cellules souches dans ces prélèvements, cellules qui seront ensuite multipliées en culture, puis injectées dans l'articulation malade.

Le but est double : tenter de réparer le cartilage mais aussi obtenir un effet anti-inflammatoire car ces cellules libèrent de nombreux composés ayant cette activité sur les mécanismes de l'inflammation.

En pratique, en cas de gonarthrose et en plus du traitement médical :

- Perdez des kilos
- Mangez équilibré
- Continuez de bouger, maintenez une activité physique régulière (20 à 30 mn par jour) : les sports tels que la natation, le vélo, la marche en terrain plat et souple, sont hautement recommandés.
- et surtout respectez la règle de la "NON DOULEUR», à savoir interrompez la séance d'exercices si vous souffrez.

➤ La prise en charge non-médicamenteuse des gonarthroses de la personne âgée

Dr Yusa Wahed, Gériatre, Hopital René Muret, Paris



Au cours des prochaines décennies, le vieillissement de la population et l'épidémie pondérale vont favoriser la survenue des gonarthroses chez la personne âgée. Selon le rapport épidémiologique du WHO 1999, il y avait 6 millions de personnes souffrant d'arthrose en France, sur une population de 59 millions.

Sur le plan physiopathologique, l'arthrose se manifeste par une diminution de l'épaisseur du cartilage et une diminution du contenu des protéines matricielles.

Selon Tomiyama, la modulation de la production de protéines matricielles est favorisée par le stress mécanique via le stress oxydant. (Tomiyama et al, 2007, J Rheumatol).

La prise en charge optimale des gonarthroses requiert d'associer des moyens non pharmacologiques et pharmacologiques.

Les recommandations de l'EULAR sont :

- The treatment of knee OA should be tailored according to:
 - Knee risk factors (obesity, adverse mechanical factors, physical activity)
 - General risk factors (age, comorbidity, polypharmacy)
 - Level of pain intensity and disability
 - Sign of inflammation — for example, effusion
 - Location and degree of structure damage
- Non-pharmacological treatment of knee OA should include regular education, exercise, appliances (sticks, insoles, knee bracing), and weight reduction
- Paracetamol is the oral analgesic to try first and, if successful, the preferred long term oral analgesic
- Topical applications (NSAIDs, capsaicin) have clinical efficacy and are safe

- NSAIDs should be considered in patients unresponsive to paracetamol. In patients with an increased gastrointestinal risk, non selective NSAIDs and effective gastroprotective agents, or selective COX 2 inhibitors should be used
- Opioid analgesics, with or without paracetamol, are useful alternatives in patients in whom NSAIDs, including COX -2 selective inhibitors, are contraindicated, ineffective, and/or poorly tolerated
- SYSADOA (glucosamine sulphate, chondroitin sulphate, ASU, diacerein, hyaluronic acid) have symptomatic effects and may modify structure
- Intra-articular injection of long acting corticosteroid is indicated for flare of knee pain, especially if accompanied by effusion
- Joint replacement has to be considered in patients with radiographic evidence of knee OA who have refractory pain and disability

En pratique, le port d'une genouillère ligamentaire et rotulienne, à visée antalgique, va favoriser la mobilité et améliorer la qualité de vie.

Le renforcement musculaire des ischio-jambiers IJ et quadriceps QU maintient la stabilité articulaire du genou. Il est indiqué de renforcer la chaîne interne pour la gonarthrose fémoro-tibiale externe FTE, et la chaîne externe pour la gonarthrose fémoro-tibiale interne FTI.

Une orthèse plantaire avec coin postéro-externe va corriger la gonarthrose FTI. Et inversement, l'orthèse plantaire avec coin postéro-interne va amender la gonarthrose FTE.

Une paire de semelles amortissantes peut améliorer l'autonomie de la personne âgée. Il est important de promouvoir les activités physiques adaptées aux personnes âgées, telles que la marche thérapie, le vélo, la natation, voire d'autres exercices de type aérobie que le patient apprécie, sans s'éloigner trop de son environnement habituel.

Ordonnance type : gonarthrose FTE

- Membres inférieurs
- Renforcement chaîne interne (Patte d'oie)
- Renforcement des muscles stabilisateurs du genou (IJ, QU)
- Travail aérobie
- Gain d'amplitude articulaire, lutte contre le fessum, la posture et l'autoposture
- Travail proprioceptif
- Autoprogramme
- Pas d'Ultrason, pas de massages
 - 1 paire de semelles amortissantes
- 1 genouillère

➤ Pourquoi les personnes âgées doivent-elles avoir une activité physique régulière ?

par Madame Sandra Li Ting, Kinésithérapeute

Pour garder leur autonomie le plus longtemps possible, les personnes âgées doivent faire de la marche et/ou des exercices simples, qu'elles soient en position allongée, assise, debout ou en marchant. Les mouvements simples permettent de garder la mobilité.

Par exemple,

- En position allongée :
 - 3 ramener les genoux sur le ventre en expirant
 - 3 lever la jambe vers le haut puis l'autre jambe
 - 3 écarter la jambe vers l'extérieur l'une après l'autre
 - 3 genoux pliés : lever le bassin
- En position assise :
 - 3 Baisser, lever la tête, tourner la tête à droite puis à gauche
 - 3 Lever, baisser les épaules, les pousser vers l'avant puis vers l'arrière puis faire des cercles
 - 3 Plier puis tendre les genoux
 - 3 Faire des cercles avec les chevilles, faire le talon-pointe, l'essuie-glace
- Debout :
 - 3 Lever et baisser les genoux, écarter la jambe, plier les genoux, monter sur la pointe des pieds
- En marchant :
 - 3 Faire le militaire, lever le genou (on peut rajouter les mains, la main droite touche le genou gauche puis on alterne)

Il faut travailler l'équilibre, la coordination des mouvements, la respiration, les bras, les jambes et le tronc pour éviter l'ankylose et pour faire découvrir les schémas corporels.

L'activité physique améliore les fonctions cardiovasculaire, respiratoire, osteo-articulaire, la confiance en soi, l'humeur, le sommeil et le moral. Elle limite les troubles métaboliques (dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle). Elle retarde le vieillissement cérébral. Elle prévient l'ostéoporose et la survenue des chutes.

Pour conclure, l'activité physique permet de maintenir une certaine qualité de vie et aide à l'intégration sociale et au gain d'autonomie de nos aînés. Actuellement dans les maisons de retraite on préconise le yoga qui allie respiration et mouvements.

➤ Poly médication en gériatrie

par Dr Pascale Dinan,

membre de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie



Pour prévenir les effets indésirables des médicaments chez les sujets âgés, le prescripteur aura à considérer des points importants.

1- Limiter le nombre de médicaments prescrits car l'incidence de leur effets indésirables augmente avec l'âge et sont évitables si la prescription est appropriée. Ces effets indésirables sont : cause d'hospitalisations, perte autonomie fonctionnelle, entrée en institution, altération de la qualité de vie. Ils sont proportionnels au nombre de médicaments prescrits, à la durée de prescription, au nombre de prescripteurs que le patient consulte ! Il s'agit d'éduquer le patient et son entourage.

2- Ajuster les doses avec soin selon les caractéristiques individuelles des patients (Age, sexe, poids, fonction rénale, comorbidités). Il s'agit de connaître les propriétés pharmacologiques du médicament pour déterminer la posologie du sujet âgé. Certains médicaments ont des effets majeurs chez les personnes âgées. Ce sont les anticoagulants, les vasodilatateurs, benzodiazépines, sédatifs, anticholinergiques. La posologie d'autres médicaments doit être diminuée chez les aînés. Par exemple, ceux qui sont éliminés par voie rénale : digoxine, aminoside

3- Il faut éviter les interactions médicamenteuses en ne prescrivant pas 2 médicaments de la même classe médicamenteuse. Par exemple, 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens, 2 benzodiazépines, 2 bêtabloquants, 2 diurétiques. Il faut aussi éviter la prescription de 2 médicaments ayant le même effet thérapeutique : diurétique de l'anse et thiazidique, aspirine et un autre anti-inflammatoire. Il faut connaître les médicaments qui peuvent entraîner une augmentation ou une diminution du métabolisme hépatique de nombreux médicaments. Ce sont les inhibiteurs enzymatiques et les inducteurs enzymatiques.

4- Il faudra éviter l'utilisation de médicaments inappropriés en gériatrie. Certaines prescriptions médicamenteuses sont inadaptées en gériatrie car leur profil de tolérance est défavorable par rapport à d'autres alternatives thérapeutiques ou leur efficacité est discutable.

5- Au final, il s'agira de sécuriser la prise médicamenteuse. Il faut Réduire le nombre de prises médicamenteuses, favoriser une mono prise et grouper les prises quand possible, utiliser un semainier pour éviter les erreurs, impliquer un membre de l'entourage ou un professionnel de santé en cas de troubles cognitifs. L'utilisation des médicaments en gouttes buvables doit être évitée car risque élevé d'erreurs de la part du patient. Il faut vérifier la capacité du patient à utiliser les suppositoires, les médicaments inhalés, les collyres. Il s'agira aussi de stocker les médicaments dans un endroit inaccessible pour éviter les risques d'ingestion accidentelle.

6- Au final il s'agira de porter un diagnostic des effets indésirables des médicaments. Devant tout nouveau symptôme il faut penser systématiquement à un possible effet indésirable pour éviter la poursuite du médicament responsable et la prescription concomitante d'un autre médicament pour atténuer ces effets.

➤ La Maladie d'Alzheimer en quelques questions

par Madame Armelle Staub,

neuropsychologue, Centre Alzheimer, Belle-Rose.

1. Qu'est-ce que la Maladie d'Alzheimer?

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative, incurable, qui détruit petit à petit les cellules du cerveau, entraînant progressivement des troubles de la mémoire, du langage, du raisonnement ou encore de la motricité.

Au fil de son évolution, elle affectera tous les aspects d'une personne aussi bien au niveau de l'autonomie, de son comportement et de sa façon d'être ou encore de ses fonctions cognitives (mémoire, langage, raisonnement etc.). La maladie va évoluer différemment en fonction de la personne, aussi on ne peut pas prévoir les symptômes et leur ordre d'apparition et la vitesse d'évolution.

Attention: Il ne s'agit pas d'un mode normal de vieillissement mais bien d'une pathologie!

2. Quand s'inquiéter?

Souvent, on commence à s'inquiéter quand on a des petits oublis ou qu'on ne parvient pas à retrouver un mot ou un prénom, mais quels sont les signes précurseurs de la Maladie d'Alzheimer?

La première question à se poser quand on a des oublis est : est ce que ces pertes de mémoire affectent la vie quotidienne? Généralement, la personne a du mal à se remémorer les événements récents ou encore a beaucoup de difficultés à retenir de nouvelles informations. De plus, on va assister à une perte d'autonomie progressive avec des difficultés pour les actes de la vie quotidienne - s'habiller, faire les comptes, prendre le bus ou encore se préparer à manger. Plus encore, il peut arriver que les objets soient rangés dans des endroits inappropriés (télécommande dans le réfrigérateur) ou que la personne passe beaucoup de temps à chercher ses objets car ils ne sont jamais rangés au même endroit. Souvent, il va y avoir un changement dans d'humeur et de comportement avec des sautes d'humeurs fréquentes comme un passage de la sérénité à la colère sans raison apparente.

Un autre signe à surveiller est la désorientation dans le temps et dans l'espace - savoir la date ou encore se perdre près de chez soi. Il n'est pas rare, d'observer des capacités de raisonnement amoindries comme par exemple porter des vêtements chauds par un jour d'été.

Pour terminer, on peut observer une perte d'initiative et un émoussement affectif. La personne va perdre le goût pour ses activités préférées ou encore peut se détacher de sa famille.

Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive, mais plutôt des symptômes les plus souvent rencontrés au début de la Maladie d'Alzheimer.

3. Comment se fait le diagnostic?

En première instance, il faut consulter son médecin traitant qui pourra déterminer si les troubles observés sont compatibles avec une Maladie d'Alzheimer Il pourra alors référer la personne à un gériatre, un neurologue ou encore un psychiatre pour un examen plus approfondi. Le professionnel aura recours, en plus de son examen médical, à plusieurs outils pour faire son diagnostic: l'imagerie cérébrale, une évaluation neuropsychologique ou encore une prise de sang.

4. Quels sont les traitements?

A ce jour, il n'existe pas de traitement curatif de la Maladie d'Alzheimer, mais il existe certains médicaments permettant de ralentir la progression symptomatique de la maladie. De plus, la prise en charge non médicamenteuse fait partie intégrante de l'accompagnement du malade Alzheimer. Leur principal objectif est de maintenir autant que possible les capacités restantes, mais aussi d'améliorer la qualité de vie du patient et de sa famille.

➤ The second biggest type of dementia: Vascular Dementia

By Dr D. Vincent Oxenham

DPsych MAPS MCCN

Clinical Neuropsychologist Prince of Wales Hospital & Macquarie University Private Hospital, Sydney, Australia

Conjoint Lecturer, Macquarie University, Australian School of Advanced Medicine & University of New South Wales, Sydney Australia



When people speak about dementia they tend to refer to Alzheimer's disease but often neglect the second biggest type, vascular dementia. The latter accounts for 15-20% of all cases of dementia. Vascular dementia is caused by impaired blood flow to the brain usually developing after a stroke blocks an artery in the brain. It is to note that not all strokes cause vascular dementia, as not all strokes cause indefinite change and permanent impairment to day-to-day functioning. Whether a stroke affects thinking and reasoning depends on the severity and location of the stroke. In cases where strokes cause decline in cognitive function that barely affect day-to-day functioning, the label vascular cognitive impairment is preferred. Vascular dementia typically develops after many small strokes or other conditions that damage blood vessels and reduce circulation, reducing the supply of oxygen and nutrients to brain cells. This creates the hallmark stepwise decline in cognitive functions seen in patients with vascular dementia, where symptoms worsen after a stroke and then stabilise for a time until the next stroke.

In contrast to Alzheimer's disease where memory problems, especially rapid forgetting of recent events, is the key cognitive symptom, vascular dementia patients present with deficits in executive functioning skills. The latter refers to the higher-level cognitive skills you use to control and coordinate your other cognitive abilities and behaviours. The term can be understood utilizing a business metaphor, where the chief executive monitors all of the different departments so that the company can move forward as efficiently and effectively as possible. Who we are, how we organise our lives, how we plan and how we then execute those plans is largely guided by our executive system. Therefore, skills such as attention, planning, sequencing, problem solving, working memory, abstract thinking, self-control, emotional regulation, initiating and inhibiting context-specific behaviour, moral reasoning, and decision making are all part of your executive functioning skills. These thinking skills are often impaired at different levels in patients with vascular dementia. It is important to point out that mood swings and depression are a common comorbidity of vascular dementia, as well as lack of bladder control.

Vascular dementia often occurs alongside Alzheimer's disease or other brain diseases and exacerbates the dementia, rather than being the primary cause. There are three main types of vascular dementia: strategic infarct dementia, multi-infarct dementia and subcortical vascular dementia, which is also known as Binswanger's disease.

Single infarct dementia is typically the result of a severe single large stroke. This leaves the patient with impairment in multiple cognitive domains as well as an inability to attend independently to basic activities of daily living due to the cognitive deficits and not due to the physical sequelae of the stroke. Multi-infarct dementia is the most common type of vascular dementia. As the term indicates it is the result of several "mini strokes" and is associated with

disease of the brain's large blood vessels. The strokes' symptoms in multi-infarct dementia are special in the sense that they are "silent". That is, people affected with this type of stroke very rarely notice any symptoms, whether physical or cognitive, at the early stages. It is the accumulation of these "mini strokes" over several years that cause the decline in cognition. Finally, subcortical vascular dementia (Binswanger's disease) follows a similar process but is in contrast associated with disease in the small blood vessels, deep within the brain's white matter. These areas of the brain host the "pathways" that allow coordination and communication between different brain regions and become damaged over time.

Anyone can be affected by vascular dementia, but the risk increases with age and thus is primarily seen in older adults. As the brain ages, it becomes more liable to vascular damage. Studies have shown that factors that increase your risk of heart disease and stroke, also raise your vascular dementia risk. For instance, high blood pressure, high cholesterol, diabetes, obesity, smoking, physical inactivity, poor diet, heart rhythm abnormalities, heart disease, blood vessel disease and family history of strokes put you at an increase risk of vascular dementia.

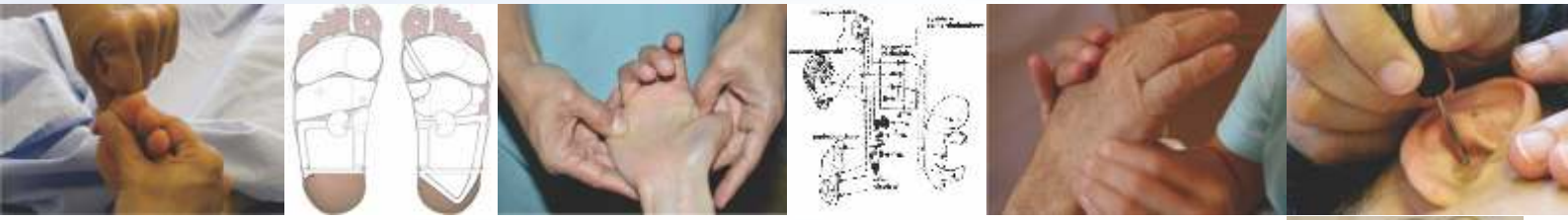
Unfortunately, similar to Alzheimer's disease, there is no one specific treatment for vascular dementia. Controlling conditions that affect the underlying health of your heart and blood vessels can sometimes slow the rate at which vascular dementia gets worse and may also prevent further decline. Medicines to control high blood pressure, high cholesterol, heart disease and diabetes can be prescribed. A healthy diet, regular exercise and avoidance of smoking and alcohol abuse also lessen the risk of vascular brain damage. Additionally, patients and carers of patients who have been diagnosed with vascular dementia can devise strategies with the help of their neuropsychologist in order to help manage their cognitive and behavioural symptoms. As with any disease, the assistance and support of the family and community they live in is pivotal in allowing them to remain independent for as long as possible.

Please do not hesitate to email me on Vincent.oxenham@mq.edu.au if you have any further questions about vascular dementia, other neurodegenerative diseases, neuropsychology and cognitive rehabilitation.

Best Wishes,

Vince

D. Vincent Oxenham



Les bienfaits des techniques réflexogènes en gériatrie

par **Ariane Tursan d'Espagnet**

Praticienne en Santé Bien-Être et Réflexothérapie

Directrice de l'Ecole Mauricienne du Bien-Être

www.embe-formation.com



Les techniques réflexogènes tout comme le toucher sont aussi vieilles que l'humanité. Plusieurs civilisations anciennes ont vénérées les pieds bien avant nous. Des pictogrammes de la civilisation Egyptienne relate des scènes de travail réflexogène des pieds et des mains. Elle est aussi très présente dans les Médecines Traditionnelles Védiques et Chinoises.

De nombreux professionnels de la santé se sont intéressés aux réponses réflexes de différentes parties du corps. Le Dr William Fitzgerald, un brillant scientifique approfondi des bases de la neurophysiologie des microsystèmes et présenta ses premières théories sur les 'zone therapies', par laquelle la stimulation de certains points reflexes précis des pieds et des mains correspondaient à des organes et zones sur le corps. La retranscription de ses recherches en 'zone therapy' sous forme de planche furent par la suite, le travail minutieux de la physiothérapeute Eunice Ingham, elle-même praticienne et enseignante en réflexologie pendant plus de 40 années. Elle contribua à faire connaître la réflexologie en Amérique et en occident. De nombreux médecins tels qu'Adamus, Atatis, Cornélius, Pavlov, Joe Riley se sont penchés sur le mécanisme de ces fonctionnements réflexes pendant plus d'un siècle, chacun à leur manière sont venu faire le lien entre l'approche des stimulations des points réflexes et les réponses obtenues : calmante, apaisante, antalgique, et équilibrante auprès des patients. Le Prof Jean Bossy, véritable passionné de neurophysiologie et de médecine traditionnelle chinoise (MTC) apporta une approche encore plus scientifique à la réflexothérapie et contribua, accompagné de ses confrères, à la rendre plus crédible dans le milieu médical.

La réflexologie ne concerne pas uniquement un travail d'acupressure sur la voute plantaire du pied. Quand on parle de techniques réflexogènes sont aussi cités la stimulation de l'oreille par l'auriculothérapie, la stimulation faciale à travers le Dien Cham, la stimulation palmaire (mains), la stimulation podale (4 faces du pied) ou le VRT (Vertical Reflexology). Le travail peut aussi se faire en synergie avec la stimulation de points d'acupressure selon la MTC. Le travail réflexogène comporte de nombreux avantages et bienfaits pour les personnes âgées. Le prolongement de la durée de vie occasionne pour bien des personnes le diagnostic de pathologies lourdes telles que les maladies auto-immunes et le cancer, avec des répercussions non seulement sur le plan physique mais aussi psychique. Ces conditions nécessitent une prise en charge multidisciplinaire complexe. La réflexologie est une thérapie complémentaire pouvant s'associer aux traitements conventionnels. **Le travail réflexogène peut contribuer à venir soulager la douleur, la fatigue, l'anxiété, voir même l'état dépressif.**

En réflexologie podale ou palmaire, le travail d'acupressure et de stimulation des glandes endocriniennes telles que l'hypophyse active la libération d'endorphines, *puissants analgésiques*. Le travail de stimulation peut aussi inhiber les transmetteurs de la douleur par le principe du '*gate control system*'. La stimulation des récepteurs nerveux sensitifs peuvent apporter des effets antalgiques, anxiolytiques et calmants, et ainsi contribuer à faire *baisser le stress* de la personne âgée. Le massage des pieds et des mains peut *améliorer la trophicité musculaire*, provoquant une action défatigante sur le muscle et les fascias mais aussi sur les articulations. Cela sera d'avantage apprécié par ceux qui souffrent d'arthralgies. De nombreuses personnes âgées ont des troubles du sommeil. '*Le travail réflexogène spécifique*' axé sur le système endocrinien, respiratoire et digestif ainsi que sur la zone du plexus et du diaphragme peut *détendre et améliorer la qualité du sommeil* de la personne âgée.

Au-delà de ces divers bienfaits, toucher les pieds ou les mains d'une personne âgée c'est aussi entrer en communication avec elle de façon peu intrusive et c'est un moment d'échange qui permet un '*temps de parole*' de la personne, propice pour se confier et échanger. Cette ouverture à la parole *améliore l'état dépressif*. La personne invalidante peut vivre des troubles secondaires à cause d'une mobilité réduite. Par exemple, les troubles du transit et la constipation, les troubles vasculaires et les œdèmes sont des complications fréquentes qui réagissent bien au traitement réflexogène.

Pour conclure, la réflexologie est une technique de stimulation relativement simple et accessible qui gagne à être d'avantage enseignée non seulement au personnel soignant du secteur médical, mais aussi à toute personne souhaitant contribuer au maintien, à l'auto-équilibre ou à l'amélioration de sa santé. Des séances d'éveils en technique réflexogène sont animées par Ariane au centre du groupement FIAPA de Belle Rose lors des journées récréatives du vendredi.

➤ La dysphagie chez la personne âgée

Sandra Gungurum,
Orthophoniste, Université de Liège Belgique

« Avaler de travers », « faire une fausse route » voici des termes communément utilisés pour désigner le trouble de la déglutition/la dysphagie. Un phénomène courant à mesure que l'on vieillit. En cause? Des modifications anatomiques et neurologiques. En effet, le vieillissement s'accompagne entre autres d'une descente du larynx, d'un amincissement de la musculature oro-faciale, d'une modification de la dentition, d'une diminution des capacités pulmonaires et de modifications au niveau du système nerveux. Un cocktail explosif qui complique les prises alimentaires.

Quels sont les signes d'une dysphagie ?

Plusieurs phénomènes peuvent être indicateurs d'un trouble de la déglutition, tels que l'allongement des repas, la présence d'une voix modifiée (qui roucoule) après chaque repas ou d'une toux violente pendant/après la prise des repas ou encore d'une hausse de la température corporelle quelques heures après chaque repas et ce sans raison apparente. Il est néanmoins important de noter que l'absence de toux ne signifie pas qu'il y a absence de fausse route (on parle alors de fausse route silencieuse). Il faut donc être attentif à l'ensemble des signes mentionnés.

La prise en charge de la dysphagie est cruciale car elle peut avoir des conséquences non négligeables. A la longue, nous pourrions observer un amaigrissement général, des infections pulmonaires à répétition (bronchite, toux grasse) ou encore une dénutrition (une situation bien plus fâcheuse). D'autant plus que nous sommes face à une population souvent fragilisée (poly-médication et perte d'autonomie) où le moindre souci de santé pourrait prendre des proportions énormes dues aux carences et aux infections pulmonaires engendrées par une déglutition et/ou une alimentation inappropriées.

Que faire si l'on soupçonne une personne de souffrir de dysphagie ?

Il convient de consulter un médecin et un dentiste pour établir le profil clinique. Puis de rencontrer un diététicien et/ou un orthophoniste afin d'envisager la prise en charge fonctionnelle. Si le diététicien veillera à ce qu'il y ait une alimentation équilibrée, l'orthophoniste accompagnera les personnes affectées et leurs familles pour l'adaptation des repas et la stimulation des muscles du faciès.

En effet, en cas de dysphagie, il est fréquemment nécessaire de donner au patient des repas de texture homogène (ex : légumes mixés) ou encore d'épaissir les liquides. Concernant les repas, il est souvent conseillé de diminuer les volumes et de les scinder en plusieurs parties afin d'éviter tout effet de fatigabilité. Concernant les liquides, notons qu'il est fréquemment question de privilégier des boissons épaisses (type milkshake) ou de les épaissir artificiellement avec des poudres adaptées sans que cela n'altère leurs goûts (ex : Nutilis de Nutricia, Resource Thicken Up Clear de Nestlé, etc.).

L'orthophoniste veille également à ce que la prise médicamenteuse soit sans risque. En effet, l'orthophoniste et le médecin, travaillant en collaboration, s'accordent sur la forme galénique des médicaments à prendre et établissent des conseils pour réduire le plus possible les risques de fausses routes (ex : passer de la gélule à la poudre soluble, mettre un comprimé dans une crème pour faciliter la déglutition).

Enfin, une attention particulière est accordée à l'environnement entourant chaque repas. L'orthophoniste s'assure que la personne soit toujours en position assise au moment de s'alimenter et que les ustensiles utilisés soient adéquats (couverts, verres, etc.). Il est aussi attentif à ce que tout distracteur (ex : télé, passage) soit réduit au minimum.

En somme, la prise en charge orthophonique se compose d'une alternance entre stimulations musculaires et essais-repas afin de permettre à la personne âgée de garder, le plus longtemps possible, une certaine autonomie et du plaisir à se nourrir par la voie orale.



La prise en charge des plaies par les pansements

Dr Daniel Noel

Les pansements sont une partie essentielle de la vie d'une infirmière ou d'un infirmier. Savez-vous bien quel en est l'intérêt ? La logique veut qu'il n'y ait pas de pansement sans plaie. Ceci n'est pas tout à fait vrai. Néanmoins essayons de faire une distinction entre les différentes plaies dont nous pourrions souffrir.

Nous ferons une classification, incomplète certainement mais ayant le mérite de la clarté et de la facilité de compréhension. Nous pouvons dans un premier temps les classer en :

- Plaies septiques (infectées)
- Plaies aseptiques (non infectées)

Nous pouvons également classer suivant la maladie d'origine :

- Plaie due à une intervention chirurgicale
- Plaie faisant suite à un traumatisme
- Plaies secondaires à un défaut de vascularisation. Il s'agit des escarres, des nécroses cutanées par oblitération des vaisseaux, artériosclérose, diabète, engelures etc.

Les plaies d'origine traumatiques risquent le plus souvent d'être infectées, c'est pourquoi il faudra toujours les surveiller de près. Classiquement, la plupart des plaies postopératoires sont à l'origine, non infectées, sauf celles d'interventions sur des infections. Néanmoins le risque d'infection n'est pas nul et peut survenir secondairement pour plusieurs raisons.

Les plaies par défaut de vascularisation sont parmi les plus difficiles à soigner et c'est en fait celles que l'on rencontre le plus fréquemment chez les personnes âgées. Les personnes âgées ont des systèmes vasculaire le plus souvent déficient : il peut s'agir de plaies variqueuses, ou encore de plaies secondaires à l'oblitération de petits, ou gros vaisseaux périphériques. Les tissus étant mal vascularisés deviennent fragiles et s'abiment très facilement. Ces plaies cicatrisent mal du fait de la mauvaise vascularisation (athérosclérose, diabète, engelures). C'est un grand sujet d'inconfort, même si elles ne sont pas forcément très douloureuses. Par contre leur traitement par pansement peut être extrêmement douloureux et pénible.

Les plaies les plus graves sont les escarres. Ce sont des plaies survenant chez les personnes alitées et au niveau des zones d'appuis. Il y a là de la part des professionnels s'occupant de personnes âgées un devoir de prévention.

Faire un pansement de façon correcte et professionnelle n'est donc pas une mince affaire et doit faire intervenir ces notions de pathologie que les professionnels médicaux (**médecins**) et paramédicaux (**Infirmiers**) possèdent.

Le confort des nos personnes âgées et dépendantes dépend donc beaucoup de notre façon de traiter ces plaies. N'oublions pas qu'une plaie de diabétique, mal soignée, peut aboutir à une amputation. D'un autre côté, pensons surtout aux douleurs que ces plaies occasionnent et sachons leur apporter les meilleurs soins possibles par des professionnels avisés et compétents.



Principes de l'hospitalisation à domicile

Audrey Noel

Infirmière coordinatrice de Home Nursing Care Ltd

L'Hospitalisation à domicile est une forme d'hospitalisation permettant à un patient de bénéficier de soins médicaux et paramédicaux, à son propre domicile, de façon équivalente à une prise en charge en milieu hospitalier.

Les soins sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, podologues etc.

Cette pratique date du milieu du 20ème siècle en Amérique du Nord, afin de désengorger les hôpitaux, et demeure très courante de nos jours dans la plupart des pays occidentaux.

Dans de nombreux pays européens l'état rembourse la majorité des frais générés pour une structure qui offre les mêmes dispositifs et matériels qu'une prise en charge en milieu hospitalier et rembourse les dépenses médicales des patients. A Maurice, les assurances maladies pourraient se charger du remboursement des ces frais.

Ces soins doivent être bien entendu prescrits et coordonnés par des médecins, qui resteront en contact avec le personnel soignant tout au long du suivi du bénéficiaire.

Ainsi, des soins spécifiques tels que, perfusions intraveineuses, dialyse, chimiothérapies, soins palliatifs sont pratiques au lit du patient, à son domicile. Et les soins simples journaliers tels que les injections, les pansements, les prises de sang peuvent tout à fait être réalisables à la maison.

Les avantages sont nombreux quant au confort du patient et de sa famille.