

LE DEVOIR

Gériatrie

RECHERCHE



Yves Joanette

En 1998, les hommes pouvaient espérer vivre jusqu'à 75 ans et les femmes jusqu'à 81 ans. Pour ce qui est de leur espérance de vie en bonne santé, celle-ci se situait respectivement à 65 et 68 ans. Il y a là un décalage. Vit-on mieux notre vieillissement depuis 10 ou 15 ans?

Page 4



Sylvie Belleville

«Perdre la mémoire, c'est un peu perdre son identité», explique Sylvie Belleville. C'est que la mémoire dépend d'un ensemble de processus et de systèmes relativement indépendants, mais interactifs, dont la fonction commune est de contribuer à l'emménagement, au maintien et au rappel des souvenirs.

Page 6



JACQUES GRENIER LE DEVOIR

La vieilles

Au XVIII^e siècle, dans l'Angleterre industrielle, deux sociétés cohabitaient. L'une était constituée par la classe possédante et dirigeante, l'autre par celle des travailleurs. Les conditions de vie étaient si différentes qu'il était possible de raconter qu'un fils de dirigeant d'entreprise fréquentait un ouvrier dans sa jeunesse pour être, aux termes de sa vie, le patron de l'arrière-petit-fils de celui-ci.

Il fut des sociétés où un travailleur minier avait une espérance de vie de 28 ans, ce qui lui donnait toutefois le temps de mettre au monde une future main-d'œuvre constituée d'une dizaine d'enfants, quand il était fréquent de voir les bien-nantis connaître un séjour terrestre qui recouvrait huit décennies. Il existe une littérature qui raconte ses disparités démographiques.

Plus près de nous, quand dans l'immédiat après-guerre, le monde syndical a combattu pour obtenir des compagnies qu'elles cotisent pour assurer une retraite payée à leurs travailleurs, les données du temps supposaient une vie active cessant à 65 ans et deux à trois années de non-travail: mourir alors à 70 ans était se rendre à un âge avancée. Depuis ce temps, l'espérance de vie augmente toujours et, fréquemment, l'information circule où il est question de ces années à venir, pas très lointaines (on parle ici de 2030), où, au Québec comme dans les pays économiquement favorisés, c'est plus du quart de la population qui sera constitué de retraités. La statistique oblige à repenser l'organisation économique des sociétés et à revoir les structures sociales: les débats sur l'avenir des systèmes de santé publics et privés, comme sur le financement des régies des rentes, en témoignent.

Vivre vieux, d'accord, mais à quel prix?

Espérances

«À ce propos, il y a deux données, soit celle de l'espérance de vie et celle de l'espérance de vie en bonne santé. Depuis une vingtaine d'années, on s'inquiète du fait que l'espérance de vie progresse légèrement plus rapidement que l'espérance de vie en bonne santé. À titre d'exemple, en 1998, les hommes pouvaient espérer vivre jusqu'à 75 ans et les femmes jusqu'à 81 ans. Pour ce qui est de leur espérance de vie en bonne santé, celle-ci se situait respectivement à 65 et 68 ans. Il y a là un décalage. Vit-on mieux notre vieillissement depuis 10 ou 15 ans? C'est probablement

un défi qui se pose de nous assurer que tel est le cas, parce que nous n'en sommes pas convaincus».

Yves Joanette est directeur du Centre de recherches de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Il documente la vie des gens du troisième âge même s'il recherche surtout des façons de faire qui feront de leurs années une période heureuse. Il y a des traitements à trouver, pour des maladies dont on connaît tous les ravages (il suffit de nommer la maladie d'Alzheimer et tous en redoutent les effets), comme il y a aussi à informer la population active des troubles inhérents à cet âge, de façon à empêcher un isolement qui s'expliquerait plus par des préjugés, des défauts de comportement, que par une volonté de créer, ou d'entretenir, une incommunicabilité entre les générations.

En fait, son travail va plus loin encore, quand il inclut dans ses recherches les moyens de former et d'informer celles et ceux qui, à l'extérieur du système hospitalier, prennent en charge les gens d'âge avancé ou cohabitent avec eux: il faut savoir qu'au Québec, 90 % des personnes de 65 ans et plus et 80 % de celles de 75 ans et plus sont autonomes et habitent dans des résidences privées.

En fait, que ce centre de recherches ait l'occasion cette année de fêter son vingtième anniversaire ne signifie pas pour autant que les recherches en gériatrie aient couvert tous les aspects du vieillissement dans nos sociétés: on travaille ainsi encore sur des postulats pour expliquer un phénomène aussi simple qui se décrit en racontant qu'un citoyen de l'arrondissement Maison-Neuve à Montréal vivra 25 ans de moins qu'un habitant de l'ouest de la même île. S'il faut travailler à préparer des vieillissements heureuses, il faut aussi aider les personnes à se garantir, pour plus tard, une meilleure, et plus longue, qualité de vie.

Demain, le débat abordera la question des disparités à l'échelle planétaire. Il deviendra à portée politique et économique quand il touchera les conditions de vie des pays en voie de développement, là où la «liberté 55» est pure utopie, faute de survivants en nombre suffisants: cette semaine, les dirigeants des pays les plus industrialisés s'ouvraient au problème, à Monterrey, au Mexique.

Avoir 20 ans, c'est être encore jeune, même en gériatrie.

Normand Thériault

Le D^r Guylaine Ferland parle de nutrition

Louise Demers traite de maintien à domicile

Page 3

Vivre vieux et mieux Les problèmes d'audition

Page 4

La recherche au Royaume-Uni et aux États-Unis

Page 5

Mémoire et vieillissement Les aidants familiaux

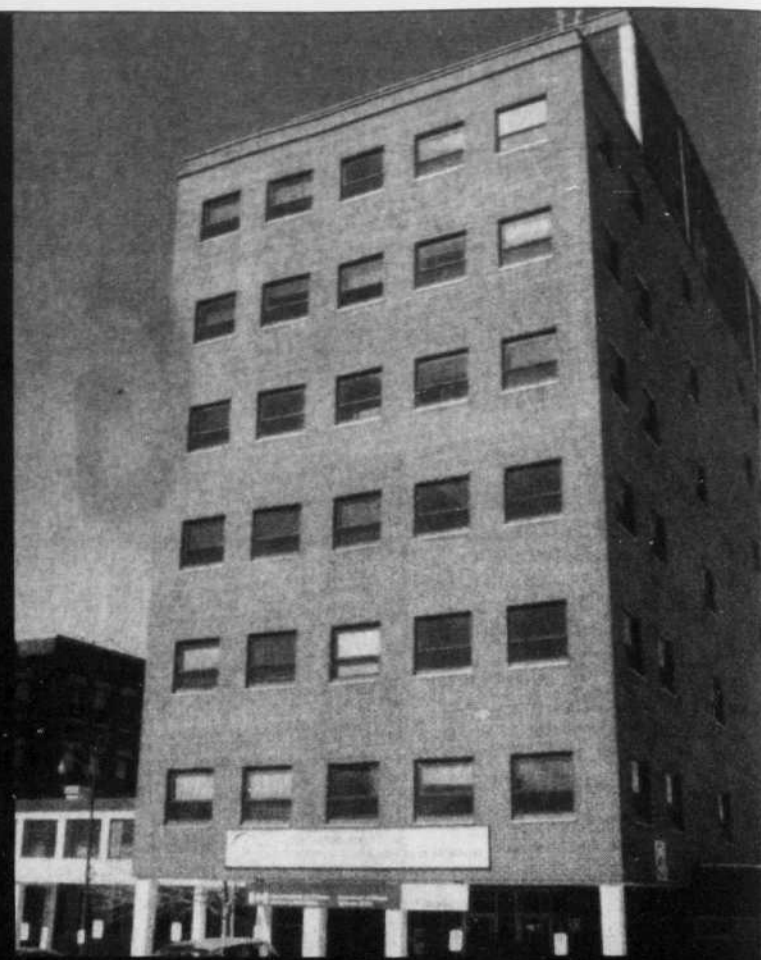
Page 6

20 ANS

DE RECHERCHE EN SANTÉ ET VIEILLISSEMENT



Le Directeur de la recherche, docteur Yves Joannette, et la Directrice générale de l'Institut, madame Colette Tracyk, anticipent avec fierté le projet d'agrandissement du Centre de recherche qui permettra d'assurer la croissance nécessaire pour les années à venir.



Le Centre de recherche de l'Institut
universitaire de gériatrie de Montréal
prend les devants sur l'avenir !

1982-2002

C'est en avril 1982 qu'un petit groupe de chercheurs, sous la direction du docteur André Roch Lecours, a fondé le Centre de recherche qui devait devenir le lieu de rassemblement des forces vives en santé et vieillissement du réseau de l'Université de Montréal. Fortement arrimés à la mission de l'Institut, les travaux de recherche viennent appuyer un milieu d'excellence voué à la santé des personnes âgées.

Grands projets en voie de réalisation

- Agrandissement et rehaussement des espaces de recherche (Québec: 6,7 millions\$)
- Centre de neuroimagerie fonctionnelle (Ottawa et Québec: 9,5 millions\$)

Vous souhaitez prendre les devants sur l'avenir ?

Joignez-vous à la grande campagne de la Fondation de l'Institut qui appuie fortement la recherche.

Fondation Institut universitaire de gériatrie de Montréal
4565, chemin Queen-Mary
Montréal, (Québec) H3W 1W5

(514) 340.3546

Si la recherche vous intéresse ...
Vous êtes jeune de cœur et souhaitez contribuer à la recherche sur la santé et le vieillissement ?
Communiquez avec nous au

(514) 340.3540 poste 4774

Un programmation qui couvre tous les aspects de la santé et du vieillissement

- Neurosciences cognitives (Alzheimer, Parkinson, ...)
- Soins et services aux personnes âgées et à la famille
- Nutrition et métabolisme (ostéoporose, dénutrition, ...)
- Mobilité et autonomie (aides techniques, maintien à domicile, ...)
- Troubles sensoriels (vision, audition, acouphènes, ...)
- Société et vieillissement (changements sociétaux, ...)

Des équipes de chercheurs interdisciplinaires qui contribuent aux connaissances dans le domaine de la santé et du vieillissement

Une équipe impressionnante

- 35 chercheurs-directeurs de laboratoire
- 16 chercheurs postdoctoraux
- 145 stagiaires de recherche
- 25 professionnels de la recherche
- Financement global annuel de 4,3 millions\$

Une contribution importante au savoir

- 17 livres et 259 articles et chapitres en 2002

Un transfert du savoir qui améliore les soins

- Outils d'évaluation pour l'Alzheimer
- Programme d'intervention pour aider les familles dont un membre âgé est en perte d'autonomie
- Procédure pour favoriser le maintien à domicile
- Évaluation des programme de soins (hôpital de jour, services intégrés, ...)

Un positionnement national et international

- Participation active aux réseaux de recherche québécois
- Liens privilégiés avec les autres centres québécois et canadiens (Sherbrooke, Toronto, Victoria, Halifax, ...)
- Collaborations internationales (USA, Royaume-Uni, Brésil, France, Italie, Liban, ...)
- Adhésion à des regroupements internationaux (NIH, Programmes de l'Union européenne, ...)



CENTRE DE RECHERCHE
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL

4565, chemin Queen-Mary, Montréal, (Québec) H3W 1W5

www.criugm.qc.ca

• GÉRIATRIE •

NUTRITION

Bien manger... pour mieux vieillir*Le Dr Ferland de l'Institut universitaire de gériatrie présente les travaux de son équipe de recherche*

GUYLAINE FERLAND

La nutrition est fondamentale pour se maintenir en bonne santé à toutes les étapes de la vie et elle joue un rôle particulièrement déterminant dans la façon dont les gens vieillissent. Si l'on exclut l'influence génétique, la nutrition représente un jalon essentiel d'un vieillissement réussi. Ainsi, une alimentation variée et équilibrée tout au long de la vie favorise le maintien des fonctions physiologiques et des capacités physiques et contribue à la vitalité et au bien-être au grand âge. En revanche, nous savons maintenant que plusieurs des maladies chroniques et invalidantes associées à la vieillesse telles que l'ostéoporose, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer, impliquent des composantes nutritionnelles.

Dénutrition et stratégie

Les désordres nutritionnels et la dénutrition touchent une proportion non négligeable de personnes âgées. Or, la dénutrition entraîne de nombreuses conséquences néfastes puisqu'elle fragilise les personnes. Par exemple, en cas d'hospitalisation, elle accroît les risques de complications cliniques (infections, plaies de pression, etc.), elle augmente la durée d'hospitalisation, les réadmissions dans les mois suivant le congé et, en conséquence, les coûts associés aux soins; dans les cas graves, la dénutrition peut même accroître les risques de mortalité. Par ailleurs, contrairement à d'autres conditions qui affligent les personnes âgées, la dénutrition peut être traitée lorsqu'elle est détectée à temps.

Les recherches que mène mon équipe depuis quelques années portent justement sur la santé nutritionnelle des personnes âgées. Ces recherches ciblent particulièrement le rôle de chacun des facteurs qui peuvent influencer l'alimentation des personnes âgées vivant en milieu institutionnel, qu'ils soient d'ordre individuel, interper-



Le Dr Guylaine Ferland aide un patient à composer son menu.

JACQUES GRENIER LE DEVOIR

sonnel ou organisationnel. Par exemple, l'appétit, l'état général de santé, la présence de douleur et l'état émotionnel sont quelques facteurs propres à l'individu susceptibles d'affecter son alimentation. De même, le patient hospitalisé sera influencé par les interactions qu'il entretient avec le personnel soignant ainsi que par la qualité de la nourriture et la variété des menus proposés.

Parmi l'ensemble des personnes âgées, on a découvert que les personnes atteintes de démence, notamment celles qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, sont particulièrement à risque de développer des problèmes nutritionnels. Mon équipe s'y est donc intéressée de plus près. En identifiant les principaux facteurs qui influencent l'alimen-

pe vient de terminer un projet d'enquête sur le rôle de la vitamine K alimentaire dans le contrôle de l'anticoagulation par la warfarine sodique (Coumadin). Ce projet propose aux professionnels de la nutrition un répertoire détaillé de la teneur en vitamine K de certains aliments et des stratégies diététiques à privilégier chez les patients sous anticoagulation. Ce nouvel outil s'avérera fort utile pour conseiller les personnes souffrant de problèmes cardiaques qui prennent ce type de médicament.

En marge de ces recherches, je poursuis aussi des études fondamentales et cliniques portant sur la vitamine K, une vitamine d'abord connue pour son rôle dans la coagulation sanguine mais que l'on sait maintenant impliquée dans la santé osseuse et dans plusieurs autres systèmes physiologiques. Des travaux en cours tentent, par exemple, de préciser le rôle de cette vitamine dans la synthèse des lipides cérébraux et des fonctions cognitives. Par ailleurs, mon équi-

pe vient de terminer un projet d'enquête sur le rôle de la vitamine K alimentaire dans le contrôle de l'anticoagulation par la warfarine sodique (Coumadin). Ce projet propose aux professionnels de la nutrition un répertoire détaillé de la teneur en vitamine K de certains aliments et des stratégies diététiques à privilégier chez les patients sous anticoagulation. Ce nouvel outil s'avérera fort utile pour conseiller les personnes souffrant de problèmes cardiaques qui prennent ce type de médicament.

Le Dr Guylaine Ferland est chercheuse et directrice associée à la recherche clinique au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

SERVICES

Mieux mesurer pour mieux aider*Le Dr Louise Demers évalue et mesure les services offerts aux personnes âgées*

LOUISE DEMERS

L'espérance de vie au Québec est à l'heure actuelle de près de 77 ans et elle ne cesse d'augmenter. Si cette croissance doit être considérée comme une bon-

ne nouvelle, elle entraîne en contrepartie des défis de société importants, notamment dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Déjà, on assiste à

VOIR PAGE F 4: SERVICES



JACQUES GRENIER LE DEVOIR

Le Dr Louise Demers en compagnie d'une patiente en processus de réadaptation. Dans notre système de santé, en plus des interventions visant à réduire les effets des maladies, des efforts considérables sont consentis pour la réadaptation des personnes âgées.

Alzheimer
GROUPE (A.G.I.) INC.

Les dons servent à soutenir financièrement les services de :
Ligne d'écoute et consultation / Support / Répit pour personnes
aux soins des malades / Formation et ateliers / Recherche /
Curatelle / Bibliothèque multi-média

5800 boul. Cavendish, #311, Côte St. Luc, QC, H4W 2T5

Tél.: (514) 485-7233 Fax: (514) 485-7946

E-mail: alzheimergroupe.inc@videotron.ca www.alzheimergroupe.org

« Certains aiment les
cartes à jouer... »



« d'autres préfèrent les
cartes à puce ! »

Des cartes à jouer aux cartes à puce, en passant
par les activités physiques et de plein air,
la FADOQ propose aux aînés une vie active
et dynamique, à la mesure de leurs aspirations :

Les Clubs Sympatico Bell : un programme de formation
conçu par et pour les aînés sur les nouvelles technologies
de l'information;

Viactive : un programme pour améliorer et maintenir
sa condition physique;

Randonnées cyclistes, récitals de poésie, jeux des aînés
et bien d'autres...

POUR RENSEIGNEMENTS
1 800 828-3344
www.fadoq.ca

FADOQ



**Le Centre de recherche
de l'Institut universitaire
de gériatrie de Montréal
fête ses vingt ans.**

Voué à la recherche en santé et vieillissement,
le Centre figure parmi les plus importants
établissements canadiens du genre et réunit
une centaine de chercheurs de l'Université
de Montréal issus de nombreuses disciplines :
aménagement, audiologie, linguistique,
kinésiologie, médecine, nutrition, optométrie,
orthophonie, psychologie, réadaptation,
sciences infirmières, etc.

Grâce aux efforts concertés de ces passionnés
de la recherche, l'Université de Montréal
est mieux placée que quiconque pour
faire face aux défis liés au vieillissement
de la population.

Université 
de Montréal

• GÉRIATRIE •

Entrevue avec le Dr Yves Joannette

Vivre vieux et mieux

L'espérance de vie en bonne santé est un concept qui est plus approprié que la simple espérance de vie

RÉGINALD HARVEY

Les êtres humains qui commencent à vieillir dès leur naissance et dont la longévité ne cesse de progresser sont naturellement et étroitement préoccupés par la qualité de l'existence au troisième âge de la vie. Depuis 20 ans, les chercheurs de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal poursuivent des travaux dans le but de faire en sorte que les personnes âgées se portent de mieux en mieux sur les plans intellectuel et physique.

À l'aube du 20^e anniversaire du Centre de recherche de l'Institut et de son congrès annuel, les aspects sociaux du vieillissement et le caractère interdisciplinaire des équipes de travail émergent dans une perspective d'avenir de la recherche sur la santé des aînés. Le Dr Yves Joannette, directeur de la recherche du Centre, est bien conscient que des progrès immenses ont été réalisés par la science au cours du dernier siècle pour assurer à l'homme une plus longue durée de vie.

Néanmoins, il relativise ce constat: «C'est une dimension du problème, mais ce ne sont que des chiffres en ce qui a trait à la longévité. À ce propos, il y a deux données, soit celle de l'espérance de vie et celle de l'espérance de vie en bonne santé. Depuis une vingtaine d'années, on s'inquiète du fait que l'espérance de vie progresse légèrement plus rapidement que l'espérance de vie en bonne santé. À titre d'exemple, en 1998, les hommes pouvaient espérer vivre jusqu'à 75 ans et les femmes jusqu'à 81 ans. Pour ce qui est de leur espérance de vie en bonne santé, celle-ci se situait respectivement à 65 et 68 ans. Il y a là un décalage. Vit-on mieux notre vieillissement depuis 10 ou 15 ans? C'est probablement un défi qui se pose de nous assurer que tel est le cas, parce que nous n'en sommes pas convaincus.»

Sur la scène mondiale

À l'échelle universelle, les chercheurs abordent des sujets de même nature. Les Américains occupent le peloton de tête dans la recherche en santé. Ils ont mis sur pied The National Institute on Aging (NIA), un centre très bien nanti, dont les coffres sont généreusement garnis. Là, comme le rapporte Yves Joannette, les questions majeures abordées par les spécialistes américains de cette institution «portent sur l'amélioration de la qualité de vie lors du vieillissement et sur les maladies qu'occasionne ce dernier. On s'interroge aussi sur les mécanismes du vieillissement parce qu'on les connaît trop mal encore. Mais, on s'intéresse parallèlement aux disparités et aux iniquités entre les personnes âgées de classes sociales et de revenus distincts. Ce sont là des considérations sociales qui représentent un très grand défi.»

En fait, en tous lieux, les recherches sur le vieillissement re-



Le Dr Yves Joannette et son équipe du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

viennent à la fois un caractère très fondamental ou bio-médical et un aspect clinique sur des maladies telles l'alzheimer et l'ostéoporose. Celles-ci sont aussi orientées vers une réflexion sur l'organisation des soins et de services de santé, qui impose de porter une attention particulière à l'impact de la maladie sur la famille. Finalement, elles couvrent en quatrième lieu les contraintes sociales et culturelles, au nombre desquelles figure toute l'évolution qui se produit entre le monde du travail et le vieillissement.

Les champs d'intérêt du Centre

Au cours de ses 20 ans d'existence, le Centre s'est développé autour de lignes de force clairement inscrites dans le parcours de ses activités. «La première de ces lignes, c'est la recherche clinique qui s'est plus particulièrement penchée sur les problèmes de la cognition, tels les troubles du langage et de la mémoire relatifs à des maladies comme l'alzheimer et le parkinson. Le Centre a occupé ce champ dès son départ il y a vingt ans et ça s'est révélé la force créatrice de celui-ci. De quatre chercheurs au début, on en compte maintenant plus d'une trentaine», raconte le médecin.

Les équipes ont en outre travaillé sur les soins et les services dispensés à la personne âgée et à

la famille. Les personnes atteintes d'une maladie comme l'alzheimer vivent en situation de perte grave d'autonomie et, dans de nombreux cas, il échoit aux membres de la famille de s'occuper du malade. «Ces gens deviennent souvent malades eux-mêmes. Donc, la santé des "aidants" naturels et le support à leur apporter nous préoccupent beaucoup. Ces "aidants" sont très importants parce que le système de santé ne peut pas tout faire», constate-t-il. À ce sujet, il fait encore observer que 90 % des personnes de 65 ans et plus et 80 % de celles de 75 ans et plus demeurent encore à la maison. Ces gens sont dans bien des cas malades et cette situation cause des impacts sur les aidants qui, dans la majorité des cas, sont des femmes. «La santé des femmes âgées et celle des femmes qui les aident nous interpellent particulièrement», dit-il.

Les problèmes connexes à la nutrition se sont eux aussi avérés un élément de force du Centre. Chez les personnes âgées, plusieurs d'entre elles se nourrissent mal, ce qui entraîne des conséquences fâcheuses sur leur état de santé. Cependant, le véritable défi à relever en la matière se situe ailleurs. «Comment on fait pour promouvoir la santé? La nutrition occupe beaucoup de place dans ce domaine. Vous et moi, que devrions-nous manger aujourd'hui qui va nous rendre mieux portants lorsque nous serons plus âgés?», demande-t-il.

Il évoque enfin deux autres sujets de prédilection des chercheurs. Il y a la question de la mobilité. Sur ce point, toute l'approche relative au maintien à domicile a particulièrement retenu l'attention du Centre. D'autres spécialistes de la santé se sont parallèlement attaqués à toutes les difficultés qui sont sous-jacentes à l'audition et à la vision. En ce qui concerne l'ouïe, il se pose chez les gens âgés des problèmes d'acouphène et, en ce qui concerne les yeux, surviennent les cataractes et divers troubles de la rétine.

Le plan de développement et l'objectif de base

Dans son plan d'action qui s'étend jusqu'en 2005, le Centre a ajouté toute la dimension de «Vieillesse et société» sur la liste de ses activités. Le docteur déplore que ce pan de la recherche demeure quelque peu embryonnaire partout au pays, bien qu'il gagnerait à recevoir des appuis et à profiter de développement dans le contexte vécu actuellement. «Par exemple, on connaît au Québec tout le phénomène de la multiplicité des cultures. Est-ce que le vieillissement est perçu de la même façon par chacun des

groupes? La réponse est évidemment non. Mais alors, quelle est la place occupée par les personnes âgées dans chacune de ces cultures? On n'a qu'à penser ici au rôle plus grand qu'on souhaiterait voir jouer par les grands-parents auprès des petits-enfants dans la société québécoise», dit-il à ce sujet.

Questionné sur l'avenir de la recherche en gériatrie, il se demande d'abord quel est l'objectif fondamental du Centre et répond ainsi: «C'est de mettre en contact et de rassembler des chercheurs qui proviennent de tous les domaines, de toutes les disciplines, de tous les départements ou facultés de l'université. Voilà pourquoi, nous avons rassemblé ici des gens de la médecine, des sciences infirmières, de la psychologie, de l'optométrie, de l'ergothérapie, des sciences fondamentales et autres. Les problèmes auxquels on s'attaque ne peuvent être résolus par une seule personne. De nos jours, ceux-ci sont tellement disséqués de façon précise qu'on a besoin de réunir les gens et de conjuguer les compétences pour trouver des solutions». Le Centre se veut par conséquent un lieu de rencontre et de synergie multidisciplinaire. Yves Joannette envisage l'avenir sous l'angle de l'interdisciplinarité et de la vision globale afin que les problèmes de vieillissement soient examinés sous toutes leurs facettes.

SERVICES

SUITE DE LA PAGE F 3

une augmentation des maladies liées au vieillissement et on prévoit que 20 % des personnes âgées de 65 ans et plus nécessiteront un jour des soins spécialisés en gériatrie. Il faut donc se préoccuper de l'efficacité de ces soins. C'est l'objectif que poursuit mon équipe de recherche en réalisant des travaux scientifiques d'évaluation et de mesure des services offerts aux personnes âgées.

Comparativement aux adultes, les problèmes présentés par les personnes âgées de 65 ans et plus sont particulièrement complexes, par leurs manifestations autant que par leurs causes. Ils impliquent différents systèmes du corps et les repercussions des déficiences, minimes prises individuellement, peuvent devenir sévères lorsqu'elles s'additionnent. Dans notre système de santé, en plus des interventions visant à réduire les maladies, des efforts considérables sont consentis donc pour la réadaptation des personnes âgées. La réadaptation étant un processus qui permet de récupérer des capacités perdues et de limiter les situations de handicaps, malgré la persistance de certains déficits. Les programmes de réadaptation destinés aux aînés se développent, se diversifient et sont devenus partie intégrante du continuum de soins offerts aux personnes âgées. Mais comment en mesurer les impacts?

Efficacité et rentabilité des interventions

Prenons l'exemple d'une dame âgée de 85 ans, vivant seule dans un logement situé au deuxième étage. En sortant de chez elle, elle glisse sur la glace et se fracture la hanche. Elle est opérée puis transférée en unité de réadaptation fonctionnelle. Sur place, les intervenants notent des problèmes d'équilibre, de marche et de la faiblesse musculaire.

Ces problèmes créent des incapacités dans plusieurs des activités qu'elle devra réaliser pour réintégrer son appartement. Les interventions de réadaptation se mettent en place: exercices de mobilisation, renforcement, attribution d'une canne, adaptation domiciliaire, orientation vers un centre de jour. Elle reçoit son congé. Avons-nous réussi la réadaptation? Devant la rareté des ressources, il faut pouvoir établir l'efficacité et la rentabilité de ces interventions. C'est ce que les recherches menées par mon équipe se proposent de faire en développant une batterie d'évaluations s'appuyant, par exemple, sur le degré d'habiletés physiques, la reprise d'activités dans la communauté, la qualité de vie ou l'absence de douleur.

Je me suis aussi intéressée au nombre croissant de personnes âgées qui auront besoin d'aide technique et humaine, soit temporairement, par exemple d'un fauteuil roulant à la suite d'une chute bénigne, soit de façon définitive dans le cas de maladies dégénératives ou de traumatismes plus graves. De fait, depuis le virage ambulatoire et avec le vieillissement de la population, les aides techniques (fauteuil roulant manuel ou électrique, lève-personne sur rail, etc.) connaissent un essor important. En réponse à cette diversité, l'équipe a réalisé l'un des premiers instruments dans le domaine de l'évaluation des aides techniques qui est reconnu et diffusé dans plusieurs pays.

Toujours dans le domaine de la mesure, mes recherches portent également sur les échelles estimant l'efficacité des médicaments utilisés pour traiter la maladie d'Alzheimer. De fait, il existe une panoplie d'échelles de mesure, chacune couvrant un petit aspect des résultats souhaités. Avec d'autres chercheurs du Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en santé publique, j'ai réalisé une série d'études détaillant les forces et faiblesses des principales échelles utilisées dans les essais cliniques randomisés. Cette recherche pourrait avoir des repercussions tangibles dans le développement de médicaments pour traiter la maladie d'Alzheimer.

Comme on peut le constater, il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine de l'évaluation des services de santé mais les résultats de recherches sont déjà très prometteurs.

Le Dr Louise Demers est chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Comprendre les problèmes d'audition liés au vieillissement

L'équipe du Dr Sylvie Hébert cherche à augmenter la qualité de vie et la sécurité des aînés

SYLVIE HÉBERT

La capacité de bien traiter les sons de notre environnement est non seulement un trait biologique important pour la survie, mais également une habileté à la source de nombreux plaisirs qui contribuent à la qualité de la vie. Par exemple, la capacité d'entendre un détecteur de fumée peut être déterminante pour sauver sa propre vie et de même, la possibilité de converser avec ses petits-enfants ou d'aller au concert ajoutent grandement au bonheur de vivre et de se retrouver en société. Or, avec l'âge, les capacités auditives peuvent diminuer un peu, beaucoup ou grandement. Les recherches sur l'audition menées par mon équipe pourraient donc aider à augmenter la qualité de vie et la sécurité des aînés.

De fait, beaucoup de personnes âgées se plaignent que leur «oreille est moins fine» que par le passé. Cette perte de sensibilité auditive attribuable à l'âge est normale. Quoiqu'elle ne soit pas présente chez tous, on estime que chez les personnes de 70 ans, une sur deux éprouve une perte auditive suffisamment importante pour nuire à sa vie quotidienne. Plusieurs se plaignent, par exemple, de leur diffi-

culté à suivre une conversation lorsqu'il y a du bruit de fond, comme au restaurant. Malheureusement, même un appareil auditif qui amplifie les sons ne sera dans ce cas que d'une aide limitée, puisque le bruit de fond se trouvera, lui aussi, amplifié par l'appareil.

Le défi de l'acouphène

Au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, plusieurs projets de recherches sont menés pour comprendre les problèmes liés à la détérioration du système auditif, par exemple, un problème répandu qu'on appelle acouphène. La personne qui est atteinte d'acouphène entend des bourdonnements et des sifflements constants. Ces bourdonnements peuvent causer une détresse considérable chez la personne qui en souffre, car ils fluctuent en intensité et peuvent parfois devenir intolérables. On estime que 12 à 20 % des personnes de plus de 55 ans sont affectées par des acouphènes de sévérité variable. Quoique l'acouphène ne soit pas exclusivement associé au vieillissement, ce trouble auditif est plus répandu chez les aînés.

Dans nos recherches, l'acouphène pose un défi particulier



Le Dr Sylvie Hébert poursuit des recherches sur l'acouphène chez les personnes âgées.

puisqu'il est difficile à cerner. En ce sens, décrire l'acouphène est un peu comme tenter de décrire un mal de dos: la personne qui souffre est la seule à vraiment connaître l'ampleur de son mal. Nos travaux en cours visent à

comprendre les mécanismes et les zones du cerveau impliqués dans les acouphènes et dans le traitement de l'information sonore. D'autres travaux visent à comprendre comment la perception auditive de façon générale se mo-

difie avec le temps. Jusqu'à maintenant, les travaux menés au centre de recherche ont permis de constater que plus d'un tiers des personnes avec acouphène présentent des symptômes dépressifs à divers degrés. Cette donnée préoccupante souligne l'urgence de poursuivre la recherche afin que les intervenants de la santé puissent offrir les soins adéquats à ces personnes parfois très souffrantes.

En somme, la perte auditive et les troubles qui en découlent sont des changements sensoriels majeurs au cours du vieillissement. Parfaitement invisibles, ils constituent pourtant une menace à l'autonomie. Aussi, et peut-être surtout, ils menacent le bien-être psychologique en diminuant la capacité et le plaisir de profiter de la vie sociale et d'établir des relations. Les avancées de la recherche permettront certainement de développer, à court ou moyen terme, de véritables solutions à ces problèmes.

Le Dr Sylvie Hébert est chercheuse et responsable de l'axe de recherche sur les troubles sensoriels et le vieillissement du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

GÉRIATRIE

RECHERCHE

Pour une approche intégrée Survola des influences sociales et politiques au Royaume-Uni

MADELEINE LEBLANC

Face à une population vieillissante, plusieurs spécialistes s'activent à mieux comprendre les besoins propres à ce segment de la population et s'assurent que ces besoins soient bien entendus. Le Dr Hazel Qureshi, professeure en services sociaux de l'Université de York et directrice adjointe de l'unité de recherche de politique sociale, poursuit des travaux en santé et services sociaux depuis plus de 25 ans. Formée initialement en mathématiques, elle a «dévoté» vers les services sociaux d'abord de façon bénévole et s'est intéressée aux gens souffrant de maladies chroniques, aux invalides et à leur famille. Elle a voulu connaître leur appréciation des services sociaux, une préoccupation toujours présente. «Pour effectuer le travail actuel à l'unité de recherche, nous avons combiné cet intérêt avec le travail de recherche et de développement en collaboration avec des agences qui fournissent des services de santé et de services sociaux conçus pour que les travailleurs puissent agir et partager les vues des usagers et de leur famille.»

Les obligations familiales

Lors de la conférence qu'elle prononcera sous peu à Montréal à l'invitation de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, le Dr Qureshi offrira un survol des influences sociales et politiques sur les services offerts aux personnes âgées au Royaume-Uni au cours des 20 dernières années. Elle essaiera de retracer, à travers le

temps, l'histoire des influences sociales générales — par exemple les modèles changeant du mariage et du divorce, le vieillissement de la population, l'évolution de la santé, l'augmentation de la diversité culturelle et la situation économique — et observera l'interaction de ces facteurs avec les croyances politiques et les valeurs reliées aux responsabilités des soins prolongés offerts aux personnes âgées et la contribution de ces dernières en tant qu'individus, famille, gouvernement et marché. Elle mettra également en relief certains enjeux importants pour l'avenir. «Je suis certaine qu'il y aura plusieurs points communs avec l'expérience canadienne, ce qui devrait être l'occasion d'un apprentissage mutuel mais je crois aussi que plusieurs personnes seront soulagées à l'idée qu'une partie de l'expérience britannique ne reflète pas leur situation.»

Le Dr Qureshi croit que son travail a d'abord permis de mieux comprendre les soins familiaux et les obligations familiales. Si par le passé, les politiciens espéraient pouvoir diminuer les dépenses publiques grâce à une recrudescence des soins apportés par les familles, cette croyance est révolue. «Avec plusieurs autres, j'ai contribué à démontrer la nature des obligations familiales, l'apport fourni par les gens face à leurs obligations et nous avons clairement démontré qu'il ne s'agit pas d'une ressource à la disposition de l'État. J'ai d'ailleurs approfondi cette réflexion à l'intérieur du livre *The Caring Relationship: elderly people and their families* que j'ai co-

écrit avec Alan Walker.

Son travail actuel sur la distribution des services sociaux comprend une étude en profondeur qui s'intéresse aux attentes des personnes âgées. Il ressort que la qualité du service et celle de la gestion des soins comptent pour beaucoup. On a trop souvent travaillé à partir de certaines idées sur la qualité des services offerts d'après l'évaluation qu'en faisaient les professionnels ou les dirigeants. Ce déséquilibre devrait, selon elle, être corrigé. «Des groupes de personnes âgées sont parfois marginalisés au moment de réunir l'information nécessaire à cause de notre difficulté à communiquer avec eux. Mon équipe de chercheurs s'est efforcée d'inclure des gens qui sont sourds, des gens des minorités ethniques, ceux qui ne peuvent quitter la maison, des gens qui souffrent de démence et d'autres maladies mentales et des gens qui ont des problèmes de vue. L'intégration est très importante pour nous.» Elle explique que les préoccupations de ceux-ci sont très terre à terre. Les gens veulent être propres et à l'aise, être en sécurité, avoir des contacts sociaux et de la compagnie, rester alertes et actifs et avoir le contrôle de leur vie de tous les jours et de leur routine. Ils sont bien sûr préoccupés par la façon dont les déposés les traitent.

«Nous avons travaillé en collaboration avec des fournisseurs de services pour trouver des façons de faire où la pratique quotidienne peut être centrée davantage sur les résultats à atteindre et nous avons mis au point un ensemble d'instruments pour sou-

tenir cette gestion de soins auprès des gens âgés et des membres de leurs familles qui leur donnent des soins.»

Les plus grands défis

Lorsque interrogée sur les plus grands défis à venir, elle rappelle que les problèmes de santé qui touchent particulièrement les personnes âgées — attaques, chutes, démence, dépression, arthrite — devraient être davantage prioritaires. Et ce que nous savons maintenant sur la prévention, le traitement ou la façon d'aborder ces enjeux devrait être mieux disséminé à ceux qui ont le pouvoir d'agir à partir de cette information. La coordination de la recherche et la promotion de la pratique basée sur les résultats de recherches sont les pierres angulaires de ces défis.

Elle reconnaît la volonté du gouvernement britannique d'investir davantage d'argent dans les services sociaux. Il y a aussi des efforts de consensus afin que les chercheurs soient davantage réunis pour permettre une approche plus stratégique de la recherche. Les gens âgés eux-mêmes font de plus en plus entendre leur voix même si leurs associations sont davantage préoccupées par des questions reliées aux factures de gaz, aux transports et aux pensions. «Ces problèmes sont importants mais espérons que les services sociaux et de santé seront de plus en plus reconnus comme étant essentiels. Lentement, on reconnaît tout de même qu'il est souhaitable que les citoyens en général aient davantage accès à l'information, par Internet par exemple, et

deviennent des consommateurs avisés des services publics. On devrait aussi assister à l'amélioration des traitements des maladies reliées à la vieillesse», croit-elle.

Le manque de sensibilité de l'opinion publique à ces questions la préoccupe également. Elle rappelle que lors d'un récent sondage télévisé, 150 000 personnes ont affirmé que les soins prolongés pour les personnes âgées devraient être une priorité. Durant la même semaine, deux millions de personnes ont voté pour choisir le gagnant d'un concours d'idole populaire. Ces chiffres signalent avec éloquence, d'après elle, ce à quoi les gens s'intéressent surtout. Elle croit que le Royaume-Uni a échoué à développer une approche intégrée de planification pour la population vieillissante. «Il n'y a pas de plan élaboré qui aborde le vieillissement de façon globale et qui relierait la distribution des soins, les politiques d'allocation, de santé, d'éducation, d'habitation et de soins sociaux.»

La relation entre la recherche et la pratique devrait aussi retenir l'attention. «On doit reconnaître que de mettre en pratique les découvertes découlant de la recherche, c'est plus qu'informer les gens... Cela requiert souvent des changements majeurs de comportement et d'organisation, et les découvertes doivent être adaptées pour convenir à la pratique. Parallèlement, les travailleurs et les personnes âgées elles-mêmes doivent pouvoir influencer le cours des recherches qui souvent ne tiennent pas compte de leurs préoccupations ou de leurs connaissances.»



JACQUES NADEAU LE DEVOIR

Les logements destinés aux personnes âgées devraient d'abord satisfaire aux besoins et aux désirs de leurs usagers.

Vieillir chez soi Le point sur les tendances actuelles aux États-Unis

MADELEINE LEBLANC

Plusieurs facteurs ont amené Gerald Weisman, professeur d'architecture et directeur de la chaire de l'Institut sur le vieillissement et l'environnement de l'École d'architecture et de planification urbaine de l'Université de Wisconsin-Milwaukee, à se préoccuper de la question de l'hébergement des personnes âgées. Sa carrière multidisciplinaire reflète cet état de fait. Dès son plus jeune âge, il savait qu'il voulait être architecte. Rappelant que si Frank Lloyd Wright s'est fait la main avec ses blocs Froebel, il disposait, lui, d'un prosaïque ensemble de briques en plastique. Quoi qu'il en soit, après quelques années d'études en architecture, il constate que les questions qui l'intéressent le plus touchent moins les bâtiments comme tels que les gens qui les utilisent et la façon dont les immeubles doivent satisfaire aux besoins et aux désirs de leurs usagers. «Ces préoccupations intéressaient peu mes professeurs. Pour eux, l'architecture relevait davantage du champ de l'esthétique ou de la technologie mais pas de celui des comportements sociaux.»

Après avoir obtenu son diplôme d'architecture, il poursuit à l'Université du Michigan pour découvrir l'aspect humain du design qui avait manqué, jusque-là, à sa formation. «J'ai pu ainsi créer un programme de doctorat conjoint entre les facultés de psychologie et d'architecture en travaillant avec des gens des deux disciplines. C'était l'époque — début des années 1970 — où, stimulés par le mouvement écologique, de tels liens entre les sciences du comportement débutaient.»

L'action research

L'essentiel de sa recherche et de son travail professionnel porte donc sur l'environnement des personnes âgées et des personnes qui ont des difficultés à se déplacer. «Cela comprend tant les maisons familiales dans la communauté — dans lesquelles la majorité des personnes âgées vivent toujours — et ce qu'on désigne comme aide à domicile à :x traditionnelles maisons de retraite. À l'Institut de vieillissement et d'environnement, nous avons deux membres de la faculté et une douzaine d'étudiants de maîtrise et de doctorat qui se penchent sur ces questions.» Leurs nombreux projets et études s'efforcent d'effacer les distinctions traditionnelles entre la recherche et son application. Fidèle à la tradition mise de l'avant par Kurt Lewin, fondateur de la psychologie sociale des années 1940, l'approche veut «qu'il n'y ait rien d'aussi pratique qu'une bonne théorie» et que les plus importantes percées théoriques émergent souvent de l'analyse de problèmes rencontrés dans le vrai monde plutôt qu'en laboratoire.

Invité par l'Institut de recherche en gériatrie de Montréal, le Dr Weisman entend présenter une conférence relatant l'approche de Kurt Lewin et de ce qu'il appelait l'action research. Il mettra l'accent sur ce qui a été accompli aux États-Unis ces 30 dernières années en matière de projets destinés aux personnes âgées ou à celles qui ont des difficultés à se déplacer. «Je décrirai les types de buts thérapeutiques — par exemple le respect de la vie privée des gens, le besoin d'appui pour l'orientation sociale, dans le temps et dans l'espace qui devrait déterminer la nature de ces projets de même que des concepts et des solutions qui permettent de satisfaire ces besoins.» Il proposera cinq conditions nécessaires et jumelées pour amener un changement social et environnemental.

Parmi les difficultés rencontrées, les soins de santé posent actuellement un problème majeur aux États-Unis tant pour les jeunes que les moins jeunes. La sous-urbanisation du pays représente un autre problème peu reconnu jusqu'à

Instituts de recherche en santé du Canada Canadian Institutes of Health Research

Institut du vieillissement

L'Institut du vieillissement appuie la recherche visant à favoriser un vieillissement en santé et à étudier les causes, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, les systèmes de soutien et les soins palliatifs relativement à un large éventail de conditions associées au vieillissement



Priorités de recherche de l'Institut

- Vieillir en santé
- Processus biologique du vieillissement
- Vieillissement et maintien de l'autonomie fonctionnelle
- Troubles cognitifs au cours du vieillissement
- Politiques et services de santé pour les personnes âgées

Pour en savoir davantage, veuillez consulter notre site Web à

www.irsc.ca



IRSC CIHR
Instituts de recherche en santé du Canada Canadian Institutes of Health Research

Canada

GÉRIATRIE

Une ressource essentielle mais fragile

Une spécialiste en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille explique le rôle des aidants familiaux

FRANCINE DUCHARME

Lorsqu'un membre de la famille est malade, les proches arrivent à la rescousse et ces activités de soins font partie de la vie quotidienne; mais quand la maladie se prolonge pendant des mois, voire des années, le conjoint ou les enfants peuvent s'épuiser à la tâche. Comment peut-on les soutenir pour éviter qu'ils dépassent leurs limites physiques et psychologiques et qu'ils ne soient eux aussi victimes de maladies? Voilà l'essence des travaux de recherche menés par mon équipe.

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, le vieillissement de la population s'accroît et fait en sorte que les familles jouent un rôle de plus en plus important dans l'aide, le soutien et même les soins que nécessitent leurs parents âgés. De fait, les familles constituent actuellement un rouage essentiel des services de santé. Des études démontrent que près de 90 % de l'aide et des soins aux personnes âgées sont fournis par un membre de la famille. L'émergence du virage ambulatoire, le maintien à domicile des personnes âgées et l'engagement important des familles dans les établissements de santé font partie des transformations du système de santé qui contribuent à responsabiliser les familles à la santé de leurs membres âgés. Dans ce contexte, la situation des aidants familiaux, majoritairement des femmes mais dont la proportion d'hommes s'accroît, prend une importance stratégique au sein du système de santé. C'est dans ce contexte que s'inscrit le programme de recherche de mon équipe.

Vulnérabilité

Plusieurs études ont déjà permis de souligner la vulnérabilité sur les plans physique et psychologique des membres des familles qui jouent ce rôle d'aidant. Ces familles éprouvent un sentiment de

fardeau, de l'épuisement physique et psychologique, de l'isolement social et même, selon certains, leur état ressemble à l'épuisement professionnel. Cette vulnérabilité s'expliquerait par plusieurs facteurs, notamment par le long engagement de ces personnes dans le contexte des soins qu'ils prodiguent; elle s'expliquerait aussi par le peu de soutien offert à ces aidants par le système de santé. Entre autres, dans le contexte du virage ambulatoire, les familles doivent souvent prodiguer des soins complexes à domicile avec peu d'aide et de préparation. Également, plusieurs familles s'occupent durant de nombreuses années de leur parent âgé à domicile et permettent d'éviter l'hébergement et ce, avec relativement peu de soutien des services. Enfin, lorsque cet hébergement est inévitable, il est reconnu que l'engagement des familles se poursuit dans les centres d'hébergement et ce, sans véritables formes structurées d'intervention de soutien offerte par les professionnels de la santé.

En somme, les aidants familiaux ont une «véritable carrière» qui nécessite d'être prise en compte par le système de santé. Néanmoins, à l'heure actuelle, les services de santé s'adressent principalement aux personnes âgées et négligent, pour une grande part, les besoins propres des membres de leur famille qui sont leurs personnes-soutien. Les quelques services disponibles tels que les services de répit, de dépannage et les groupes de soutien sont relativement peu utilisés et ont démontré peu d'effets significatifs sur la santé des aidants familiaux.

C'est pourquoi les travaux menés par mon équipe tendent à développer des connaissances scientifiques en soins infirmiers sur les approches visant à mieux soutenir les membres des familles des personnes âgées. Les

recherches visent aussi à déterminer concrètement les besoins des aidants familiaux lorsque, par exemple, un parent retourne à la maison rapidement après une hospitalisation ou que la santé d'un proche exige son hébergement dans un centre de soins de longue durée. Des projets sont aussi en cours pour développer des modèles d'intervention novateurs en soins infirmiers auprès des familles. Il s'agit de fournir des données qui permettront d'apporter des solutions concrètes pour promouvoir la qualité de vie des familles. Les travaux de l'équipe de recherche tentent notamment de répondre à diverses questions, telles que: comment aider les familles qui prodiguent des soins à domicile à la suite de l'hospitalisation de leur parent âgé? Comment les aider à transiger avec les multiples intervenants du réseau de la santé? Comment prévenir leur épuisement? Comment aider les familles qui doivent héberger leur parent âgé après en avoir pris soin pendant de longues années? Comment soutenir les familles tout au long de l'hébergement de leur proche? Enfin, un projet récemment subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada portera sur la santé et les services à offrir à un sous-groupe méconnu d'aidants familiaux dont le nombre augmente selon les statistiques canadiennes, les hommes aidants. Les rares études soulignent que les hommes qui fournissent du soutien familial à un proche âgé ont des caractéristiques différentes des femmes aidantes et ont des besoins de soutien spécifiques auxquels les services ont peine à répondre. C'est ce que les travaux vont permettre de savoir.

Le D^r Francine Ducharme est titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et professeure à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Le D^r Francine Ducharme, chercheuse spécialiste en soins infirmiers auprès des personnes âgées, en compagnie d'une patiente de l'Institut universitaire de gériatrie.

VIEILLIR

SUITE DE LA PAGE F 5

maintenant. «Nous allons bientôt connaître la première génération d'Américains qui auront grandi non pas dans les quartiers traditionnels d'une ville mais dans des secteurs à faible densité où la ségrégation sévit et où il est très difficile et très coûteux d'offrir des services. La façon de satisfaire aux besoins de ces personnes âgées doit encore être posée.»

À l'échelle humaine, en ce qui a trait aux unités d'habitation, la technologie pourrait jouer un rôle positif. «Il y a maintenant des dispositifs permettant de retracer les activités des résidents, de suivre leurs signes vitaux, etc. Pour ce qui est de la communauté, il y a un retour aux traditions, des quartiers à échelle humaine — ce qu'on appelle aux États-Unis le «nouvel urbanisme». Ces communautés donnent plus d'autonomie aux enfants et aux personnes âgées, deux groupes qui ne peuvent fonctionner indépendamment dans les communautés qui s'autodirigent.»

M. Weisman croit, par ailleurs, que les besoins en matière d'habitation se traduisent à diverses échelles. «À l'échelle communautaire, nous devons créer des communautés pour ceux qui ne peuvent pas conduire ou qui choisissent de ne pas le faire. Nous devons fournir des services de santé à domicile comme solution de rechange à la structure institutionnelle souvent plus coûteuse.»

Il croit qu'il est nécessaire d'inventer de nouveaux types d'endroits, par exemple des centres de soins pour adultes souffrant de démence ou des centres de bien-être situés en ville pour certaines communautés de gens à la retraite. Il faudrait réinventer les maisons de retraite. Plutôt que d'être conçues comme les hôpitaux, où l'on retrouve de 40 à 60 patients par unité de soins, elles devraient être structurées comme des «ménages» de huit à 12 ou à 15 résidents.

Pour ce qui est des habitations individuelles, il faudrait développer certaines technologies —

simples ou plus complexes — qui permettraient aux personnes âgées de «vieillir sur place». C'est cette option qui est de loin la plus populaire aux États-Unis; vieillir dans sa propre maison, dans sa communauté, avec les services nécessaires à proximité si le besoin se fait sentir. «Les personnes âgées qui souhaitent migrer en Floride ou dans le Sud-Ouest, même s'il s'agit d'un stéréotype populaire, représentent en fait une minorité.»

Les États-Unis ne feraient en fait que commencer à répondre à ces besoins. La génération des baby-boomers sera, d'après lui, et il reconnaît en faire partie — à la fois dynamique et créative pour repenser l'environnement et pour satisfaire à ses besoins durant sa vieillesse. De son côté, il aimerait pouvoir vieillir dans son douillet bungalow de Milwaukee, dans un quartier vieux de 70 ans et comprenant magasins, écoles, soins de santé et parcs publics le long du lac Michigan alors que tout se parcourt à pied ou à bicyclette.

Une entrevue avec Sylvie Belleville



Professeure au département de psychologie de l'Université de Montréal et chercheuse à l'Institut universitaire de gériatrie, Sylvie Belleville (à droite) mène à ce dernier endroit des travaux de recherche afin de mettre au point des tests de mémoire permettant de différencier une personne ayant la maladie d'Alzheimer d'une personne âgée normale.

La mémoire et le vieillissement

Professeure au département de psychologie de l'Université de Montréal et chercheuse à l'Institut universitaire de gériatrie, Sylvie Belleville s'intéresse au vieillissement normal, mais aussi à la maladie d'Alzheimer, aux troubles légers de la cognition et aux effets d'une intervention cognitive sur la mémoire.

ANN LAROCHE

La mémoire est une fonction essentielle permettant d'acquérir de nouvelles connaissances et habiletés, mais aussi de maintenir le sens de la continuité et de l'identité personnelle. «Notre mémoire, c'est en fait tout ce qui nous définit», mentionne Sylvie Belleville, «perdre la mémoire, c'est un peu perdre son identité.» La mémoire dépend d'un ensemble de processus et de systèmes relativement indépendants, mais interactifs, dont la fonction commune est de contribuer à l'emmagasinement, au maintien et au rappel des souvenirs. Les troubles de la mémoire sont le reflet de la complexité de l'organisation du système mnésique.

Fonctionnement de la mémoire

Pour bien comprendre le fonctionnement de la mémoire, il faut faire la distinction entre la mémoire à court terme et la mémoire à long terme. La première est une mémoire temporaire où l'information se maintient sur de courtes périodes, quelques secondes, ou plus longtemps, grâce à l'autorépétition. Elle permet, par exemple, de retenir un numéro de téléphone. «C'est celle qui fait que l'on peut tenir une conversation tout en conduisant», signale Sylvie Belleville. La seconde permet l'utilisation d'expériences ou d'apprentissages antérieurs. Elle conserve l'information sur de plus longues périodes, au-delà de quelques secondes, et se divise en différents types de mémoire.

Ainsi, la mémoire épisodique permet à un sujet de se souvenir et de prendre conscience des événements qu'il a personnellement vécus dans un contexte spatio-temporel particulier, comme les événements de la semaine et leur ordre chronologique. La mémoire sémantique a trait aux acquis didactiques et à l'ensemble des connaissances sur le monde, y compris le langage, qui ne sont pas reliées à leur contexte d'acquisition. La mémoire procédurale concerne l'acquisition graduelle et le maintien de diverses aptitudes à agir sur le monde suivant surtout des programmes moteurs, comme la capacité de monter à bicyclette. C'est une mémoire très ancrée et de très longue durée qui est résistante au vieillissement normal.

Chose certaine, on ne perd pas la mémoire en vieillissant, seuls certains systèmes mnésiques sont plus touchés que d'autres. Pour compenser le dysfonctionnement, d'autres sont alors mis à contribution. Quand on vieillit, on réalise plus lentement les différentes opérations cognitives; en revanche, avec l'âge, il y a certaines mémoires qui vont en s'améliorant. Tout ce qui a trait à la mémoire sémantique, par exemple, reste très stable. Les personnes âgées possèdent, en ce sens, une plus grande connaissance encyclopédique et ont, par leur vécu, une meilleure connaissance des situations sociales.

Encodage et récupération

Notre performance mnésique dépend en grande partie de nos processus d'encodage et de récupération. Les premiers permettent de mémoriser l'information d'une façon plus ou moins profonde, les seconds, de retrouver une information emmagasinée en mémoire. «Les processus de récupération sont probablement indépendants des processus d'encodage, puisqu'il arrive fréquemment qu'on encode une information et qu'on soit incapable de la récupérer, faute d'un indice significatif», souligne Sylvie Belleville. Il n'est pas rare d'entendre les personnes âgées nous parler avec précision de leur mariage ou de leur premier emploi. Elles se souviennent très bien des événements du passé, voire des souvenirs très anciens. «En général, ce qu'on a bien emmagasiné dans le passé demeure relativement stable», affirme Sylvie Belleville.

Certaines mémoires sont plus sensibles au vieillissement. Les personnes âgées ont, par exemple, un peu plus de difficulté à faire deux choses à la fois et leur mémoire épisodique connaît une certaine diminution. «Ne plus se souvenir de ce que l'on a fait la veille ou du dernier livre que l'on a lu ou de ce que nous a dit telle personne, fait appel à cette mémoire. L'une des raisons serait la difficulté à faire un encodage le plus optimal possible», précise Sylvie Belleville. La mémoire épisodique est aussi responsable de la mémoire des actions à effectuer, la mémoire prospective. Plusieurs activités quotidiennes, comme passer chez le pharmacien

après avoir visité un ami, demandent une telle mémoire. «Les plaintes mnésiques concernent la mémoire prospective plus que toute autre, que l'on soit jeune ou plus âgé», ajoute cette dernière.

De meilleures capacités mnésiques

La diminution de l'efficacité mnésique est souvent perçue comme une diminution de la qualité de vie. Comment alors améliorer les capacités mnésiques des personnes âgées? «Étant donné qu'il y a des diminutions de la mémoire de travail, de l'attention et de la vitesse; pour compenser, la personne âgée devra se concentrer davantage sur ce qu'elle fait et sur l'information à mémoriser, fait remarquer Sylvie Belleville. Elle devra aussi éviter de faire deux choses à la fois ainsi que d'affronter les situations demandant de soutenir longtemps son attention. Il s'agira de répartir l'apprentissage sur de plus courtes périodes. La personne âgée devra également créer des liens entre l'information à mémoriser et les connaissances acquises, ces dernières étant un point fort dans le vieillissement. Prendre le temps de regarder le visage d'une personne ou de se remémorer son nom, en créant une image interactive entre un nom et une caractéristique du visage.»

Les personnes âgées peuvent continuellement apprendre de nouvelles choses: un nouveau sport, une nouvelle activité ou un nouveau jeu. Il leur suffit tout simplement d'être un peu plus organisées, un peu plus systématiques dans la façon d'encoder de l'information. À l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, on enseigne à des groupes de personnes comment améliorer leur mémoire en utilisant des stratégies d'encodage plus efficaces. Pour en arriver à vraiment améliorer sa mémoire, il faut aussi tenir compte de certains facteurs, tels que le manque de sommeil, la fatigue ou le stress, l'ennui ou l'inactivité qui sont ses pires ennemis. Une consommation excessive de médicaments ou d'alcool a aussi une grande incidence sur la perte de mémoire. La stimulation intellectuelle et l'exercice physique sont, en revanche, ses alliés.

Troubles de la mémoire

Au centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie, on a mis en place des méthodes d'intervention qui s'adressent à des personnes âgées normales et à des personnes âgées ayant des troubles cognitifs légers. Sylvie Belleville mène à cet endroit de nombreux travaux de recherche. Mettre au point des tests de mémoire permettant de différencier une personne ayant la maladie d'Alzheimer d'une personne âgée normale, développer les meilleures stratégies venant en aide aux personnes ayant des troubles de la mémoire ou chercher à voir quelles sont les ondes du cerveau participant le plus à la récupération après une intervention, comptent parmi les différentes recherches.

On utilise aussi à cet endroit une technique qui consiste à capter, à l'aide de petites électrodes placées sur le crâne, le courant électrique qui est généré par une activité cognitive. Par exemple, le courant électrique généré par le cerveau quand on mémorise une information. «On observe de gros changements dans les régions reliées à la mémoire chez les personnes ayant des troubles cognitifs légers», soutient Sylvie Belleville.

Diagnostic d'Alzheimer

On n'établit un diagnostic de démence de type Alzheimer que si la personne a un trouble de mémoire accompagné d'un trouble dans au moins une des sphères suivantes: la perception visuelle, la capacité à faire des gestes, le langage ou les fonctions exécutives. De plus, il faut que celui-ci l'empêche d'être fonctionnelle ou efficace dans sa vie sociale ou professionnelle. «On ne devient pas tout à coup Alzheimer, tient à préciser Sylvie Belleville. La maladie commence progressivement, avec l'apparition de problèmes légers, mais vient un moment où la personne est vraiment atteinte et va très rapidement perdre son autonomie. L'on parle de la maladie d'Alzheimer quand il n'y a aucune autre cause ou explication possible du trouble de la mémoire. Sinon, il peut s'agir d'un traumatisme crânien, d'un accident vasculaire cérébral, d'une tumeur, etc.» Le taux de prévalence de la maladie est plus élevé à mesure que l'on vieillit. Cela peut atteindre jusqu'à 40 % chez les personnes de 85 ans et plus.

Actuellement, on n'a pas encore une idée précise de la cause de la maladie d'Alzheimer. «Les différentes recherches vont nous permettre de voir quelles personnes évolueront vers la maladie ou pas, de mieux intervenir et d'améliorer leur qualité de vie», précise Sylvie Belleville. C'est sûrement plus handicapant d'avoir des problèmes de mémoire dans une société très individualiste où priment la productivité, l'efficacité et la performance que dans une société où le savoir, les connaissances et la sagesse des personnes âgées sont mis de l'avant.»