

ATELIER RÉGIONAL DES AÎNÉS SUR LA RECHERCHE DE L'ONTARIO

TORONTO (ONTARIO) – LES 4 ET 5 NOVEMBRE 2005



L'institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada remercie les organisations suivantes pour leur contribution :

Division des Relations
extérieures des Instituts
de recherche en santé du
Canada



External Relations
Branch of the Canadian
Institutes of Health
Research

It is only through co-operation with all stakeholders in the health research community that CIHR can carry out its mandate and create benefits for Canadians.

Division de l'application
des connaissances des
Instituts de recherche en
santé du Canada



CIHR – Knowledge
Translation Branch

Le rôle de la Direction de l'application des connaissances (AC) des IRSC est de créer, appuyer, surveiller et soutenir un milieu qui permet aux IRSC de réaliser leur mandat en matière d'AC. La Direction de l'AC, constitue le point de convergence en la matière puisque les IRSC dirigent de vastes initiatives stratégiques d'AC et offrent du soutien à des initiatives d'AC qui touchent plusieurs ou l'ensemble des instituts..



Institut des services et des politiques de la santé / Institute of Health Services and Policy Research

Soutenir d'importantes initiatives de recherche, de renforcement des capacités et d'application des connaissances conçues pour améliorer l'organisation, la réglementation, la gestion, le financement, le paiement, l'utilisation et la prestation des services de soins de santé, dans le but d'améliorer la santé et la qualité de vie de toute la population canadienne



INSTITUT DU VIEILLISSEMENT

Université de la
Colombie-Britannique
2080 West Mall,
Pièce 038
Vancouver (C-B)
V6T 1Z2

Téléphone : (604) 822-0905
Télécopieur : (604) 822-9304
Courriel : aging@interchange.ubc.ca
www.cihir-irsc.gc.ca



Instituts de recherche
en santé du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

Canada

Table des matières

Sommaire	1
Mot de la directrice scientifique	3
Aperçu des ateliers régionaux des aînés sur la recherche	4
Contexte	4
Participants	4
Objectifs des ARAR	4
Thèmes clés	4
Ateliers en sous-groupes	5
Sous-groupes no 1 : Perspectives sur les priorités de recherche sur le vieillessement	5
Sous-groupes no 2a : Élaboration d'une stratégie d'engagement à long terme.....	5
Sous-groupes no 2b : Détermination des priorités	5
ARAR de l'Ontario: Jour 1, le 4 novembre 2005	6
Ouverture de la conférence et mot de bienvenue	6
Recherche sur le vieillissement en Ontario	7
Équipes en voie de formation – Initiative canadienne sur la conduite automobile chez les aînés (CanDRIVE).....	9
Création et application des connaissances	11
Atelier en sous-groupes: Définition des besoins de recherche	12
Priorités de recherche – Aînés	12
Priorités de recherche – Organisations non gouvernementales.....	13
Priorités de recherche – Praticiens	13
Priorités de recherche – Décideurs	15
Priorités de recherche – Chercheurs.....	15
Discussion sur les thèmes communs	16
Percer les secrets de la longévité	16
Discussion	18
ARAR de l'Ontario : Jour 2, le 5 novembre 2005	19
Équipe en voie de formation : Individualisation de la pharmacothérapie pour les personnes âgées	20
Discussion	22
Atelier en sous-groupes : Détermination des priorités	22
Dépression.....	23
Promotion de la santé.....	23
Accès aux soins de la santé.....	24
Échange des connaissances : S'assurer que les conclusions des recherches permettent d'améliorer la santé des aînés	24
Diversité et inclusivité.....	25
Environnements qui favorisent une bonne qualité de vie (y compris le logement, la conception et les loisirs).....	26

Table des matières

Pour que personne ne meure seul – Une étude sur le bénévolat dans les hospices du Nord-Ouest de l’Ontario	27
Discussion.....	28
L’Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.....	29
Remarques de Mario Sergio, Adjoint parlementaire au ministre délégué aux Affaires des personnes âgées de l’Ontario	31
Remarques de clôture	31
Annexes	33
Annexe A : Participants de l’Ontario	33
Annexe B : Membres du Comité régional de mise en oeuvre de l’Ontario ..	36
Annexe C : Membres du comité organisateur national	36
Annexe D : Animateurs et conférenciers.....	37
Annexe E : Institut du vieillissement – Membres du conseil consultatif de l’Institut	38
Annexe F: Institut du vieillissement – Employés et coordonnées.....	39



Sommaire »»

L'Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) a été honoré de présenter l'Atelier régional des aînés sur la recherche de l'Ontario, à Toronto, les 4 et 5 novembre 2005. Il s'agissait du quatrième d'une série d'ateliers à être organisés un peu partout au Canada. Des participants de diverses régions de l'Ontario ont été invités à cet événement important d'une durée de deux jours. Les ateliers précédents visaient à instaurer un processus officiel d'échange des connaissances et de réseautage en matière de recherche sur le vieillissement entre les aînés, les organisations liées aux aînés, les prestataires de services et l'Institut du vieillissement. En Ontario, d'autres intervenants ont été inclus dans cette démarche : les praticiens, les organisations non gouvernementales, les décideurs et les chercheurs. Plus particulièrement, l'Institut du vieillissement avait un certain nombre d'objectifs pour l'Ontario :

- faire mieux connaître aux participants les IRSC, l'Institut du vieillissement et les activités régionales qui ont trait à la recherche sur le vieillissement;
- recueillir des commentaires sur les questions de santé qui constituent des priorités de recherche sur le vieillissement dans différentes régions du Canada;
- faire mieux comprendre aux participants les perspectives et l'expertise de différents secteurs;
- faire mieux comprendre aux participants le processus de recherche et ses retombées bénéfiques sur leur vie;
- faire mieux comprendre aux participants les processus établis pour protéger les personnes participant à des recherches (éthique);
- engager davantage les participants dans la recherche sur le vieillissement par des activités prévues, la participation et l'appui de recherches sur le vieillissement.

L'Atelier régional des aînés sur la recherche de l'Ontario a présenté aux participants un éventail d'exposés visant à les éclairer sur le processus de recherche et les diverses initiatives de recherche portant sur le vieillissement dans la province. Les pratiques et les produits permettant d'éclairer les recherches ainsi que l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement ont aussi été abordés.

Dans le cadre des activités de réseautage, les participants à l'Atelier régional des aînés sur la recherche de l'Ontario ont pris part à deux Ateliers en sous groupes. Le premier d'entre eux a permis aux participants, regroupés par secteurs, d'exprimer leur opinion au sujet des questions de santé ou de société qui devraient faire partie des priorités en matière de recherche sur le vieillissement. Les thèmes communs à l'ensemble des secteurs étaient les suivants :

- la promotion de la santé;

- 
- l'échange de connaissances – s'assurer que les conclusions des recherches permettent d'améliorer la santé des personnes âgées;
 - l'accès aux services de santé;
 - les environnements qui favorisent une bonne qualité de vie;
 - la diversité et l'inclusivité;
 - la dépression.

Lors du deuxième atelier en sous-groupes, les participants étaient invités à extrapoler davantage sur les sujets identifiés comme étant des priorités communes à l'ensemble des secteurs au cours du premier atelier. On leur a demandé de formuler des questions de recherche, des idées ou des énoncés précis sur ces sujets afin de guider l'Institut du vieillissement dans sa future sélection des priorités.

Grâce aux efforts déployés par toutes les parties en cause, l'Atelier régional des aînés sur la recherche de l'Ontario a réussi à atteindre ses objectifs. Ces deux journées d'échange ont jeté un éclairage nouveau sur les besoins et les activités de recherche en santé régionale de l'Ontario et par domaine; elles ont permis d'entamer des discussions sur les processus d'échange d'informations sur la recherche et elles ont constitué une occasion unique pour les participants de discuter et d'établir des contacts.

Mot de la directrice scientifique - Janvier 2006 ►►

En mai 2003, l'Institut du vieillissement des IRSC a tenu un Forum national des aînés sur la recherche à Ottawa. Le Forum devait permettre d'informer les aînés du Canada au sujet de l'Institut du vieillissement et de ses orientations stratégiques, de leur fournir de l'information sur les façons de faire participer des aînés à la recherche et, le plus important, de permettre aux participants au Forum de discuter des tendances récentes dans la recherche sur le vieillissement et de cerner les lacunes de la recherche. Comme première étape d'un mécanisme de consultation continue, on soumettra l'information sur ces lacunes et ces préoccupations aux milieux scientifiques afin de préciser les priorités futures de l'Institut du vieillissement.

Un des principaux résultats du Forum national a résidé dans une recommandation portant sur la tenue d'un bout à l'autre du Canada d'ateliers régionaux afin d'amener un groupe plus vaste d'aînés et d'organisations gouvernementales et bénévoles à participer à ces discussions. Le premier Atelier régional des aînés sur la recherche axé sur les Prairies a eu lieu à Regina, en juin 2004. Le deuxième atelier a réuni des participants de la région de l'Atlantique à Halifax, en novembre 2004. Le troisième atelier, axé sur les collectivités de la Colombie Britannique et du Nord canadien, a eu lieu à Vancouver en mars 2005.

Ce quatrième Atelier régional des aînés sur la recherche a réuni des représentants clés des quatre coins de l'Ontario à Toronto les 4 et 5 novembre 2005. Plus de 60 aînés, membres d'organisations liées aux aînés, groupes de défense des intérêts, praticiens, organisations non gouvernementales, décideurs et chercheurs qui s'occupent de questions portant sur les aînés ont participé à cet atelier de deux jours.

Au nom du Comité organisateur national, du Comité régional de mise en oeuvre de l'Ontario et de l'Institut du vieillissement, je suis heureuse de vous présenter les actes de l'Atelier régional des aînés sur la recherche de l'Ontario. Les annexes du rapport contiennent la liste des membres du comité, des bénévoles et des membres du personnel de l'Institut du vieillissement. Je les remercie sincèrement, de même que les participants actifs et engagés à l'atelier, de leur contribution à ce projet.



Anne Martin-Matthews
Directrice scientifique
Institut du vieillissement



Aperçu des ateliers régionaux des aînés sur la recherche ►►

Contexte

En mai 2003, l'Institut du vieillissement (IV) des IRSC a tenu le Forum national des aînés sur la recherche. Durant ce forum, les aînés et les organisations liées aux aînés de partout au Canada ont discuté des priorités de recherche nationale sur le vieillissement et la santé. À la fin du forum, les participants ont convenu de la nécessité de tenir des forums similaires dans différentes régions au pays. L'IV a donc décidé d'organiser une série d'Ateliers régionaux des aînés sur la recherche (ARAR) dans l'ensemble du Canada. L'IV veut connaître le point de vue des aînés pour déterminer les besoins et les priorités en recherche sur le vieillissement au Canada. L'IV désire aussi établir et entretenir un contact avec les aînés, les organisations liées aux aînés et les fournisseurs de services canadiens. Les ateliers régionaux doivent être dynamiques, interactifs et pertinents pour les aînés et les personnes qui travaillent auprès d'eux.

Participants

Les participants aux ARAR sont principalement des aînés, des représentants d'organisations liées aux aînés, et des fournisseurs de services de santé, de services sociaux et de services communautaires. Le nombre de participants aux ateliers régionaux se limite habituellement à 50.

Au fur et à mesure que se déroulaient les différents ateliers régionaux en 2004 et 2005, il est devenu évident que l'inclusion d'autres secteurs donnerait aux participants plus d'occasions d'échanger des connaissances sur des sujets d'importance pour les aînés. Ainsi, pour le quatrième atelier, en plus des aînés, des intervenants travaillant auprès des Ontariens âgés ont été invités à se joindre aux discussions : des praticiens, des organisations non gouvernementales, des décideurs et des chercheurs.

Objectifs des ARAR

Les ARAR visent à offrir aux participants plusieurs occasions :

- d'indiquer quelles questions sociales ou de santé devraient être des priorités de recherche sur le vieillissement;
- de découvrir les différents projets de recherche liés au vieillissement dans leur région;
- de constater pourquoi la participation à des projets de recherche est importante;
- de comprendre la responsabilité des chercheurs et les droits des participants en matière de recherche;
- de contribuer au développement d'une stratégie visant à rallier l'IV et les aînés, les organisations liées aux aînés et les fournisseurs de services;
- de mieux faire comprendre aux participants les perspectives de différents secteurs.



Thèmes clés

- Transformation des résultats de recherche en produits, services ou politiques;
- Protection de la vie privée et consentement éclairé en recherche;
- Rôles des aînés dans la recherche;
- Éthique en recherche;
- Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.

Ateliers en sous-groupes

Atelier en sous-groupes no 1 : Perspectives sur les priorités de recherche sur le vieillissement

Cet Atelier en sous-groupes se veut une tribune de discussion visant à déterminer par secteur les questions de santé régionales qui devraient constituer des priorités en matière de recherche sur le vieillissement.

Atelier en sous-groupes no 2a : Élaboration d'une stratégie d'engagement à long terme

L'objectif de ce deuxième Atelier en sous-groupes est d'obtenir la rétroaction des participants sur les éléments essentiels et les meilleures pratiques pour assurer une collaboration et un processus de consultation à long terme entre l'IV et les aînés, les organisations d'aînés et les fournisseurs de services. À la lumière des commentaires obtenus durant les trois ateliers régionaux précédents dans trois régions canadiennes distinctes (les Prairies, l'Atlantique et la Colombie Britannique), l'IV estime que cet objectif a été atteint.

Atelier en sous-groupes no 2b : Détermination des priorités

L'objectif de cet Atelier en sous-groupes est d'explorer davantage les questions définies comme étant des priorités communes à l'ensemble des secteurs lors du premier Atelier en sous groupes. On cherche principalement à déterminer des questions de recherche clés et des propositions d'application des connaissances liées aux priorités en vue de guider l'IV dans l'élaboration des futurs programmes stratégiques. C'est l'approche qui a été suivie lors de l'Atelier régional de l'Ontario.

ARAR de l'Ontario :

Jour 1, le 4 novembre 2005 ►►

Ouverture de la conférence et mot de bienvenue

Dre Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement

La Dre Anne Martin Matthews, directrice scientifique de l'IV des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a donné le coup d'envoi à l'Atelier régional des aînés sur la recherche de l'Ontario en souhaitant la bienvenue aux participants à l'élégant hôtel King Edward du centre ville de Toronto.

La Dre Anne Martin-Matthews a expliqué que cette conférence était le quatrième d'une série de cinq ateliers régionaux à être tenus à l'échelle du pays. Le principal objectif de la conférence était d'acquérir une meilleure connaissance des questions de santé et de société qui devraient constituer les priorités en matière de recherche sur le vieillissement. « Nous voulons vous consulter vous, les groupes d'aînés régionaux, pour savoir ce que vous jugez important », a déclaré la Dre Martin Matthews, qui a également souligné que du point de vue des IRSC, il était important qu'au terme de la conférence, les participants sachent davantage ce que sont les IRSC et comment ils servent les Canadiens.

En raison de la diversité linguistique et culturelle des délégués provenant des

quatre coins de la province, et étant donné qu'aucun des participants n'a indiqué avoir besoin des services de traduction simultanée, il a été convenu que les discussions se dérouleraient en anglais. Les présentations en PowerPoint ont toutefois été projetées en anglais et en français.

La Dre Martin-Matthews a conclu son allocution en soulignant l'excellent travail des membres du Comité régional de mise en œuvre de l'Ontario et du Comité organisateur national ainsi que des employés de l'IV présents à la conférence (énumérés aux annexes B, C et F, respectivement).

Mme Elizabeth Estevez, coprésidente, Comité régional de mise en œuvre de l'Ontario
Gestionnaire, Politiques, Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, ministère des Affaires civiques et de l'Immigration, représentante du gouvernement de l'Ontario sur le comité fédéral provincial territorial des hauts fonctionnaires

À titre de coprésidente du Comité régional de mise en œuvre de l'Ontario, Mme Elizabeth Estevez a énoncé les grandes lignes du programme visant à présenter certaines recherches menées en Ontario. Elle a souligné l'importance de la participation des aînés à la conférence et mentionné que leur apport était essentiel à l'adoption d'un plan stratégique bien éclairé par les IRSC.



« Cette conférence a été organisée dans le but de mieux servir les aînés en prenant conscience de leurs besoins », a indiqué Mme Estevez. Elle a aussi mentionné l'importance de tenir une conférence réunissant des personnes de divers milieux. À cet égard, les IRSC ont invité des aînés, des organisations liées aux aînés, des chercheurs, des organisations non gouvernementales, des décideurs gouvernementaux ainsi que des praticiens des soins de santé.

Dre Debby Vigoda, coprésidente, Comité régional de mise en œuvre de l'Ontario
Directrice exécutive, Association ontarienne de gérontologie

La Dre Debby Vigoda, coprésidente du Comité régional de mise en œuvre de l'Ontario, a souligné brièvement l'importance de définir les priorités de recherche dans le domaine du vieillissement. La conférence a été organisée dans le but de définir ces priorités. « En fin de compte, a mentionné la Dre Vigoda, l'objectif commun à tous les participants et aux organisateurs est d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. »

Recherche sur le vieillissement en Ontario

Dre Anne Martin-Matthews, directrice scientifique, Institut du vieillissement

« Je vais prendre quelques minutes pour vous expliquer ce que sont les IRSC, fait valoir la Dre Anne Martin Matthews. Je suis sûre que certains d'entre vous se demandent qui vous a invités ici

aujourd'hui, ce que font les IRSC et en quoi cela vous concerne. »

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) constituent le principal organisme de recherche en matière de santé au Canada. Mis sur pied en 2000, les IRSC appuient plus de 5 000 projets de recherche dans diverses universités, divers hôpitaux universitaires et divers établissements de recherche.

Les IRSC sont une institution financée par le gouvernement fédéral, et non un groupe de défense des intérêts. Ils attribuent des fonds à différents projets et programmes de recherche à l'échelle du pays en suivant une approche multidisciplinaire. L'un des nombreux avantages d'être un organisme financé par le gouvernement fédéral est que les recherches peuvent être menées conformément aux plus hautes normes internationales. « Notre mandat est colossal, a indiqué la Dre Martin Matthews. Comment pouvons-nous nous assurer que nos recherches permettront de rehausser la qualité de vie des personnes âgées? »

L'objectif des IRSC est « d'exceller selon les normes internationales reconnues d'excellence scientifique dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada. » L'accent mis sur l'« application » des connaissances issues de la recherche pour ceux qui peuvent les utiliser et en tirer profit est ce qui rend les IRSC uniques. Lorsque le rendement des IRSC sera évalué, le critère essentiel qui déterminera leur réussite ne sera pas la somme de recherche



qui aura été financée, mais l'amélioration ou non de la santé des Canadiens du fait de cette recherche.

Le travail des IRSC est guidé par quatre grands thèmes qui reflètent le mandat élargi de l'organisation et couvrent tout le spectre de la recherche en santé : biomédicale, clinique, sur les services et les systèmes de santé et sur la santé des populations dans le contexte des dimensions sociales, culturelles et environnementales de la santé.

« La coopération, les partenariats et l'excellence sont les principes directeurs des IRSC », de poursuivre la Dre Martin-Matthews. Les chercheurs autonomes, les équipes de recherche, les universités, les hôpitaux, les administrations fédérale, provinciales et territoriales, les organismes de recherche, le secteur bénévole de la santé, les organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé, l'industrie et le public sont tous partenaires dans leur mise en oeuvre. Au total, 13 instituts des IRSC œuvrent dans les domaines de la recherche en santé d'importance immédiate et définissable pour les Canadiens. Chaque institut est dirigé par un directeur scientifique et guidé par un conseil consultatif constitué de bénévoles provenant de tous les secteurs des milieux de la santé (la liste des membres actuels du conseil consultatif de l'IV se trouve à l'annexe E). La Dre Martin Matthews a comparé les IRSC à un casse tête qui serait formé de 13 pièces d'égale importance. Chacun des instituts possède son propre directeur scientifique et travaille de façon autonome, mais dépend en même temps des autres instituts. Les instituts sont les suivants :

- Appareil locomoteur et arthrite
- Cancer
- Développement et santé des enfants et des adolescents
- Génétique
- Maladies infectieuses et immunitaires
- Neurosciences, santé mentale et toxicomanies
- Nutrition, métabolisme et diabète
- Santé des Autochtones
- Santé circulatoire et respiratoire
- Santé des femmes et des hommes
- Santé publique et des populations
- Services et politiques de la santé
- Vieillesse

Les êtres humains convoitent la longévité et la jeunesse depuis la nuit des temps. L'idée de la « fontaine de jouvence » n'est pas nouvelle. La plupart des femmes vivent en moyenne 20 ans après avoir atteint l'âge de 65 ans, et les hommes, 16 ans. Même si les aînés vivront dans un état de santé relativement bon après l'âge de 65 ans, ils souffriront probablement d'une forme quelconque d'incapacité durant une partie de ces années. L'objectif de l'IV des IRSC n'est pas seulement d'augmenter la longévité, mais aussi d'améliorer la qualité de vie, c'est à dire de réduire le nombre d'années durant lesquelles les gens souffrent d'incapacités, qu'elles soient cognitives, biologiques ou fonctionnelles.

La Dre Martin-Matthews indique que l'IV 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 d'affections associées au vieillissement. L'objectif fondamental

de l'Institut consiste à faire progresser les connaissances dans le domaine du vieillissement afin d'améliorer la qualité de vie et la santé des Canadiens âgés. Pour atteindre cet objectif, l'Institut met à contribution ses ressources pour :

- diriger l'élaboration et la définition d'orientations stratégiques en ce qui touche la recherche canadienne sur le vieillissement;
- élaborer ou appuyer des programmes et des initiatives de recherche de qualité sur le vieillissement;
- accroître les capacités de recherche dans le domaine du vieillissement;
- faciliter la diffusion, l'échange et l'application des connaissances sous forme de politiques, d'interventions, de services et de produits.

L'IV a défini cinq priorités de recherche :

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

L'objectif est d'améliorer, en fin de compte, la santé des Canadiens, d'aider à rendre les produits et les services plus efficaces et de « faire le pont » entre les chercheurs en santé et les utilisateurs.

La Dre Martin-Matthews a conclu son exposé en citant en exemple l'une des réussites de l'IV des IRSC : une équipe de Hamilton (Ontario) mène présentement une recherche sur l'acouphène, un trouble de l'audition qui se caractérise par des bourdonnements d'oreille permanents. Les chercheurs tentent de savoir comment

l'activité cérébrale est réorganisée chez ceux qui souffrent d'acouphène. Ce problème de santé peut toucher l'ensemble de la population, mais il risque davantage de se manifester chez les personnes plus âgées. L'objectif du projet de recherche est de créer des procédures de formation pour normaliser la façon dont le cerveau traite les sons (données auditives) qui sont altérés par l'acouphène, d'évaluer le potentiel de prévention et de traitement de ces procédures et, finalement, d'établir un carrefour pour le transfert des connaissances issues de recherches sur l'acouphène. Cette recherche a un effet direct et remarquable sur les patients. Des techniques de prévention et des procédures de traitement sont en cours de développement. « Nous voulons que nos recherches soient accessibles au public, et pas seulement aux scientifiques, a fait remarquer la Dre Martin Matthews. C'est un excellent exemple de la transmission de l'information au public. »

Équipes en voie de formation – Initiative canadienne sur la conduite automobile chez les aînés (CanDRIVE)

Dr Malcolm Man-Son-Hing, Université d'Ottawa

Le Dr Malcolm Man-Son-Hing, spécialiste en gériatrie de l'Hôpital d'Ottawa et professeur agrégé de l'école de médecine de l'Université d'Ottawa, a parlé aux participants d'un nouveau programme appelé CanDRIVE, qui est financé par l'IV des IRSC.



Les personnes âgées constituent le segment de la population affichant la plus forte croissance chez les conducteurs. Contrairement à ce qui est véhiculé dans les médias et à la croyance populaire, la grande majorité des conducteurs âgés conduisent de façon très sécuritaire. En fait, les politiques publiques devraient viser davantage les jeunes conducteurs, dont la témérité au volant provoque souvent des accidents qui font beaucoup plus de victimes. Néanmoins, les conducteurs âgés subissent plus d'accidents par mille parcouru. Ils risquent plus d'être impliqués dans des carambolages ainsi que dans des accidents à des intersections. En outre, leur taux de décès dans des accidents est plus élevé que chez les autres segments de la population.

Le programme CanDRIVE tente de savoir pourquoi les taux d'accident sont relativement élevés chez les personnes âgées. « Ce que nous avons constaté, a indiqué le Dr Man Son Hing aux participants, c'est que l'âge n'est pas un facteur en soi; ce sont plutôt les problèmes de santé qui viennent avec l'âge qui augmentent les risques chez les conducteurs âgés. » Les conducteurs âgés en santé ont un dossier impeccable; parce qu'ils ont beaucoup d'expérience, ils sont plus prudents et circulent à des vitesses inférieures. Toutefois, certains handicaps comme des troubles de la vue ou une mobilité réduite réduisent la capacité de certains aînés à conduire un véhicule en toute sécurité. Des conducteurs âgés peuvent aussi perdre le contrôle de leur véhicule à la suite de problèmes de santé comme des crises cardiaques ou des difficultés cérébrovasculaires ou respiratoires.

Les recherches de CanDRIVE s'intéressent à la façon d'accroître la période de conduite sécuritaire. Elles ne visent pas à retirer le volant des mains des personnes âgées. En fait, certaines études réalisées antérieurement ont recommandé, de façon inadéquate, d'imposer des restrictions à l'attribution des permis de conduire en fonction de l'âge. CanDRIVE veut plutôt mieux comprendre comment certains handicaps physiques ou fonctionnels nuisent aux facultés de conduite et trouver des façons de minimiser l'impact du retrait de certains privilèges de conduite.

CanDRIVE est un réseau pancanadien de chercheurs multidisciplinaires. « Notre objectif est de rassembler des chercheurs, des groupes de personnes âgées, des cliniciens, les différents ministères des Transports ainsi que d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales dans le but d'alimenter nos travaux de recherche », de préciser le Dr Man Son Hing.

Les recherches menées par CanDRIVE ont fait participer plusieurs intervenants différents. Un dépouillement des ouvrages spécialisés a été fait, des médecins ont été interrogés et des essais sur route et hors-route ont été effectués. L'objectif est de réaliser des tests qui impliqueront le suivi en suivant des conducteurs âgés durant une période de cinq ans pour tenter d'établir pourquoi certaines personnes ont des accidents et d'autres n'en ont pas. Les chercheurs espèrent que cela se traduira par la mise en place d'outils que pourront utiliser les médecins pour identifier les personnes à risque.



CanDRIVE estime que cette étude prendra au moins 15 ans. Inutile de préciser que d'autres fonds seront nécessaires.

L'une des questions soulevées par les participants portait sur les considérations d'ordre culturel au moment d'évaluer des conducteurs âgés. Jusqu'à présent, les recherches de CanDRIVE ont uniquement été divisées en fonction de paramètres urbains et ruraux, et non culturels. Le Dr Man Son Hing a reconnu que cette question devrait être étudiée.

Création et application des connaissances

Dr Michael Borrie, St. Joseph's Health Care, London (Ontario)

Le Dr Michael Borrie, gériatre et professeur à l'école de médecine de l'Université Western Ontario, a fait une présentation sur la création des connaissances et son application (compréhension, assimilation et application concrète). La création des connaissances découle de la capacité des gens à poser des questions et de leur opinion au sujet des questions qui doivent être posées. Ce sont les événements qui se produisent dans le monde réel qui stimulent le besoin de mener des recherches plus approfondies, et ce sont les recherches qui permettent de créer de nouvelles connaissances. Les connaissances sont ensuite partagées avec les autres chercheurs, les praticiens, les prestataires de programmes et de services, les décideurs et les concepteurs de produits. Ces intervenants mettent alors à profit les nouvelles connaissances en les appliquant

à leurs domaines d'expertise respectifs, qu'il s'agisse de la conception de nouveaux produits ou de l'ébauche de nouvelles politiques.

L'application des connaissances se fait en plusieurs étapes. Les nouvelles connaissances doivent d'abord être évaluées par ceux qui les emploient. Au terme d'un processus d'examen critique, elles sont soit approuvées, soit rejetées. Les preuves ainsi recueillies s'imposeront par rapport à toute autre preuve justificative ou contradictoire. L'application des connaissances passe ensuite à la deuxième étape, celle de l'adoption. Une fois évaluées et acceptées, les nouvelles connaissances sont adoptées dans une clinique, dans un programme ou une politique du gouvernement ou encore dans la conception de nouveaux produits. Elles sont alors mises en pratique. Ce n'est que par la mise en pratique que les connaissances peuvent être évaluées intégralement. De nouvelles données sont alors obtenues, ce qui entraîne un nouveau questionnement et nous ramène au début du processus. En bref, c'est cela, le progrès scientifique.

Pour démontrer comment les connaissances sont créées et appliquées, le Dr Borrie a cité en exemple l'évolution de l'étude de la maladie d'Alzheimer. En 1906, Alois Alzheimer a tout d'abord décrit les plaques amyloïdes et la dégénérescence neurofibrillaire. Dans les années 1960, Blessed et Roth ont établi le lien entre la sénilité et l'Alzheimer. Leurs découvertes ont mené à de nouvelles recherches. Dans les années 1970, des chercheurs ont constaté une baisse des niveaux d'un certain neurotransmetteur (acétylcholine)



dans le cerveau au fur et à mesure que la maladie progressait. Leurs découvertes ont aussi mené à d'autres recherches et ont été diffusées.

Dans les années 1980, on a assisté à l'expansion des sociétés Alzheimer nationale, provinciales et locales. Les fournisseurs de soins et les professionnels des soins de santé devinrent alors des spécialistes dans le domaine. Des groupes de pression et des organismes de collecte de fonds ont aussi fait leur apparition, ce qui a propulsé la question de l'Alzheimer à l'avant plan. Le premier congrès international sur la maladie d'Alzheimer a eu lieu en 1988. Grâce à ces percées et à celles qui ont suivi, des traitements ont été conçus et des politiques sociales ont été mises en place pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie.

En 1997, l'expression « déficience cognitive légère » a été employée pour la première fois. Aujourd'hui, des centaines d'articles sont rédigés chaque année à ce sujet. À la fin des années 1990, les écoles de médecine ont commencé à modifier leurs programmes d'études pour refléter ces nouvelles connaissances sur la maladie d'Alzheimer. Cela ne se serait jamais produit sans la création et l'application efficaces des connaissances.

« Le but ultime de nos recherches en santé et de leur application, c'est la baisse de la morbidité », d'affirmer le Dr Borrie. Si nous pouvons réduire la période de temps durant laquelle les gens souffrent, il va sans dire que nous aurons amélioré la qualité de vie des personnes âgées.

Atelier en sous-groupes : Définition des besoins de recherche

Les délégués ont été divisés en sous groupes par différents secteurs (aînés, organisations non gouvernementales, praticiens, décideurs et chercheurs) pour discuter des questions de santé liées à la recherche sur le vieillissement et définir les priorités à cet égard. Chacun des groupes devait ensuite indiquer à l'assemblée plénière quelles étaient ses cinq principales priorités de recherche pour fins de discussion. Les délégués devaient alors en venir à un consensus sur les cinq ou six principales priorités communes à l'ensemble des secteurs.

Priorités de recherche – Aînés

Il y avait deux groupes d'aînés. Le premier d'entre eux a indiqué que toutes ses priorités de recherche pouvaient être réunies sous le thème « qualité de vie ». Il a tout particulièrement insisté sur la disparité qui existe entre les services offerts aux aînés dans les centres urbains et ceux offerts aux aînés en milieu rural. Il a dit vouloir un accès amélioré aux services, aux mécanismes de soutien et aux ressources, sans égard au lieu de résidence. Souvent, les personnes âgées vivant en milieu rural n'ont même pas accès à un médecin dans leur collectivité. Un meilleur accès à des médecins permettrait sans aucun doute d'accroître le taux de détection et de diagnostic précoce des maladies. Une autre priorité de recherche mentionnée par ce groupe d'aînés est l'isolement social, qui, à son avis, découle du manque de



centres communautaires et de centres pour personnes âgées. Il a également dit souhaiter un meilleur soutien à ceux qui font office d'aidants naturels.

La question de la sécurité financière a été reconnue comme une priorité à part entière et définie comme étant une condition essentielle à l'obtention d'une qualité de vie élevée. Les aînés ne devraient pas avoir à faire un choix entre se nourrir ou acheter les fournitures médicales dont ils ont besoin. Lorsqu'un aîné est en santé, son autonomie est très importante pour lui permettre de maintenir une qualité de vie élevée. Cette autonomie ne peut être garantie que par une sécurité financière.

Un des participants a posé la question suivante : « Devons nous faire plus de recherches sur le revenu et la sécurité financière, ou s'agit il simplement de défendre nos intérêts? »

De répondre un autre participant : « Je crois que nous devons faire d'autres recherches pour moderniser le système. Nous devons faire des recherches pour savoir comment élaborer une législation appropriée. » Grâce à la mise en place de politiques efficaces, le pourcentage d'aînés vivant dans la pauvreté a chuté de 20 % à 6 %.

Le deuxième groupe d'aînés a organisé ses priorités différemment du premier. Il a souligné que l'on n'en savait pas assez sur les maladies musculo squelettiques et que l'on devrait investir plus de temps et d'argent pour tenter de trouver des traitements. Il a aussi estimé qu'il faudrait faire plus de recherches pour assurer la sécurité des médicaments et des traitements.

Le groupe a également dit souhaiter qu'il y ait plus de recherches sur la façon de transmettre les connaissances aux personnes âgées elles mêmes. Il a dit vouloir plus d'études sur les facteurs sociaux ayant un impact sur la santé, comme le logement, l'éducation, la spiritualité ou la toxicomanie. « Nous constatons que notre santé dépend de notre code postal, a fait valoir le présentateur du groupe. Comment pouvons-nous assurer des chances égales aux riches et aux pauvres? »

Ce deuxième groupe a demandé à ce que les fournisseurs de soins soient mieux appuyés et qu'ils aient accès au mécanisme de transmission des connaissances.

La dépression a été jugée comme une question très importante par ce groupe d'aînés, qui a mentionné que sa détection précoce serait grandement profitable.

Enfin, le groupe a dit vouloir plus de recherches sur la façon de sensibiliser davantage la société aux besoins des aînés. Ces recherches devraient permettre de mieux comprendre comment la société, dans son ensemble, peut être conscientisée à cette question.

Priorités de recherche – Organisations non gouvernementales

Le groupe des ONG a relevé quatre domaines prioritaires en matière de recherche. Le premier concernait l'application des connaissances et l'accès à l'information. Le groupe a estimé que l'information sur la santé offerte sur le Web était déficiente et que beaucoup de renseignements ne parvenaient pas



jusqu'au niveau de la collectivité. Des améliorations à ce chapitre rendraient l'administration des soins de santé plus efficace. Le groupe a également indiqué que l'Ontario y gagnerait à nommer un ombudsman pour les soins palliatifs.

L'accès aux services est le deuxième domaine prioritaire qui a été mentionné par ce groupe. Les services ne sont pas répartis équitablement dans toute la province. Il faudrait également que la prestation des services tienne compte de la diversité culturelle changeante du Canada. La barrière linguistique pose un problème pour la transmission des renseignements nécessaires aux personnes âgées. Des recherches devraient être effectuées pour connaître les différents obstacles à l'accès aux services.

La troisième priorité de recherche concernait les raisons pour lesquelles certaines personnes âgées vivent plus longtemps que d'autres. Les ONG aimeraient tout particulièrement savoir pourquoi les aînés de certains groupes culturels vivent plus longtemps.

Enfin, le groupe a dit vouloir que les chercheurs examinent de plus près l'impact des services de santé communautaires sur l'ensemble du système de santé.

Priorités de recherche – Praticiens

Les praticiens ont identifié que la dépression chez les aînés constituait pour eux la plus importante priorité de recherche. Ils estiment que leur travail serait plus facile s'ils savaient exactement combien de personnes âgées sont atteintes de dépression. Les praticiens voudraient

également qu'il y ait plus de recherches sur les façons de prévenir, de reconnaître et de traiter la dépression chez les aînés et de soutenir ceux qui en souffrent. Le groupe voudrait aussi savoir comment orienter le mieux possible les fournisseurs de soins afin que ceux-ci puissent bien réagir à la situation.

La deuxième question prioritaire des praticiens portait sur les programmes sociaux et la sensibilisation au bien-être pour les personnes âgées. Les questions que devraient se poser les chercheurs sont les suivantes : « Est-ce que ces types de programmes vont permettre à long terme de réaliser des économies au chapitre des soins de santé? Pouvons-nous suivre les bienfaits des programmes sociaux qui visent à réduire les maladies? »

Les praticiens voudraient que des recherches soient faites sur les avantages de donner une formation spécifique en gérontologie au personnel de santé. Est-ce que ce type de formation permet aux travailleurs de la santé d'être mieux outillés, ou est-il surévalué?

Enfin, les praticiens ont dit vouloir que des études soient menées sur les comportements problématiques chez les aînés. Quelles sont les solutions non pharmacologiques pour traiter les personnes aux prises avec ces comportements?

Les médecins et les travailleurs des soins de santé ont voulu souligner la nécessité que les recherches reflètent l'ensemble de la population, y compris les aînés, et non seulement le citoyen « moyen ». Des études devraient aussi être faites auprès de



groupes restreints comme les personnes souffrant de maladie du développement, les Premières nations et les nouveaux immigrants.

Priorités de recherche – Décideurs

Le groupe des décideurs souhaitait d'abord et avant tout que d'autres recherches soient effectuées sur les centres de soins de longue durée et le logement. Des résidences bien conçues favorisent de saines habitudes de vie et améliorent la qualité de vie. Nous devons nous demander si toutes les résidences répondent aux besoins de tous et chacun

Ce groupe a dit vouloir connaître les façons les plus efficaces de transmettre l'information et les connaissances. Lorsqu'il aura en main la réponse, il pourra établir des protocoles pour normaliser la transmission de l'information. Une fois que cette normalisation aura été instaurée, les travailleurs des soins de santé seront mieux placés pour faire face à leurs problèmes quotidiens.

D'autres recherches devront être effectuées sur tous les aspects de la santé et du vieillissement dans les régions du Nord et les régions rurales. Les questions de la prestation des services, du transport et du logement revêtent une toute autre dimension pour les gens qui vivent hors des centres urbains. Parce que la plupart des décideurs vivent en milieu urbain, ils ne sont pas assez informés.

Enfin, en ce qui a trait à l'application des connaissances, il faudrait que l'information compilée par les chercheurs puisse être comprise par tous, et non

seulement par ceux qui oeuvrent dans les milieux scientifique ou universitaire. Les fournisseurs de soins, les décideurs et les simples citoyens peuvent bénéficier des conclusions de groupes comme l'IV des IRSC. Toutefois, ces conclusions ne leur sont d'aucune utilité s'ils ne peuvent comprendre les rapports.

Une autre question qui devrait être étudiée (et certainement pas ignorée) est le potentiel d'un système de soins de santé à deux vitesses. Quel impact aurait un tel système chez les personnes âgées?

Priorités de recherche – Chercheurs

Les chercheurs ont divisé leurs priorités en quatre catégories : les services de santé, la diversité, l'application des connaissances et la recherche biomédicale

Priorités pour les services de santé

- Faire plus de recherches sur le transport, le logement, les soins aux malades chroniques et les soins à domicile.
- Faire plus de recherches sur les soins de longue durée, en particulier sur l'intégration des différentes étapes de la prestation des soins (des hôpitaux aux établissements de soins à long terme et aux familles).
- Inclure les questions d'éthique dans toute étude sur les services de santé.
- Étudier « l'expérience de la maladie » et connaître son impact sur la prestation des services de santé.
- Étudier toute incidence que pourrait avoir le fait d'accorder une plus grande importance à la prévention.

Diversité

- Faire plus de recherches pour comprendre les barrières résultant des différences culturelles/ethniques.
- Examiner des façons de faire tomber ces barrières.

Application des connaissances

- Évaluer les interventions médicales et non médicales.
- Évaluer le bagage de connaissances actuel au chapitre des personnes âgées de tous les gens qui travaillent dans le milieu de la prestation des soins aux aînés.
- Mieux comprendre comment rendre l'information accessible à tous.

Recherche biomédicale

- Faire plus de recherches sur les mécanismes biologiques de base du vieillissement (cellules souches, vaccins, etc.).

Discussion sur les thèmes communs

Les participants à la conférence ont ensuite relevé les thèmes mentionnés par plus d'un groupe. Ils ont alors dressé la liste initiale suivante des thèmes communs :

- Le transfert et l'application des connaissances. Cela a été jugé très important. On a accordé une attention particulière à l'application continue des connaissances à tous les niveaux.
- La recherche biomédicale et l'étude des cellules. Voilà un volet plutôt important pour les médecins.
- La prévention et le bien être. Ce thème a été soulevé par quatre des six groupes. Comme l'a dit un des participants :
« Nous étudions les maladies avant de tenter de savoir pourquoi les gens

sont en santé. Ne devrions nous pas plutôt déterminer pourquoi certaines personnes vieillissent bien? Est ce à cause de leur environnement? De leurs habitudes de vie? »

- L'obtention de renseignements et un meilleur accès à ceux-ci.
- L'accès aux services de santé.
- Le multiculturalisme. La nécessité de rendre le système de santé accessible aux personnes âgées provenant de différentes cultures ou parlant d'autres langues a été jugée importante.
- L'inclusion des personnes âgées dans le processus décisionnel. L'apport des aînés ne devrait pas se limiter à leur participation à une série d'ateliers régionaux.
- La dépression chez les personnes âgées.

Les éléments ci dessus ont été regroupés et comprimés pour former une liste de six thèmes communs :

- La promotion de la santé
- Le partage des connaissances : s'assurer que les conclusions des recherches permettent d'améliorer la santé des aînés
- L'accès aux services de santé
- Les environnements qui favorisent une bonne qualité de vie (logement, conception, loisirs, etc.)
- La diversité et l'inclusivité
- La dépression



Percer les secrets de la longévité

Dre Gabrielle Boulianne, scientifique principale, Hospital for Sick Children, et professeure, Université de Toronto

La Dre Gabrielle Boulianne a présenté ce qu'elle a appelé un « avant goût » de ses travaux de recherche en laboratoire pour « amener les participants à se poser des questions d'une façon non officielle ». Elle a souligné que la société est devenue obsédée par la jeunesse, comme le démontrent plusieurs livres, magazines et produits anti-âge. À un moment où la société tente d'étirer la longévité et de contrôler ou même de freiner le processus de vieillissement, la Dre Boulianne aimerait que l'on se penche aussi sur la qualité de vie. « Combien d'années vivrons nous? », a-t-elle demandé. « Si nous devons vivre plus vieux, comment vivrons nous? »

La Dre Boulianne souhaite que les gens puissent maintenir leurs niveaux de mobilité en vieillissant afin de pratiquer des activités comme le cyclisme ou le golf. Pour elle, le fait de demeurer en santé pour une plus longue période de temps est synonyme d'une vieillesse réussie.

Au cours de ses recherches professionnelles, la Dre Boulianne a commencé à s'intéresser aux raisons qui expliquent notre durée de vie. Est-il possible de prolonger notre longévité? Devant la perspective de voir la science y parvenir, « le souhaitons nous vraiment? », a-t-elle lancé à l'auditoire en lui demandant de réfléchir à ce que cela sous entend.

Dans le cadre de ses travaux scientifiques, la Dre Boulianne a notamment étudié des organismes particuliers qui constituent des « systèmes modèles » en raison de leur cycle de vie très rapide – principalement des vers (*C. elegans*) et des mouches à fruits (*Drosophila*). Ces deux espèces ont vu leurs génomes être « déchiffrés », alors les scientifiques connaissent le nombre exact de leurs gènes ainsi que leurs fonctions. Bien qu'il semble difficile de faire immédiatement un lien entre des vers et des mouches à fruits et la santé des êtres humains, la Dre Boulianne a souligné que 70 % des gènes qui causent des maladies chez les humains sont présents dans ces organismes.

« Est ce que le processus de vieillissement des mouches ressemble à celui des êtres humains? », s'est elle demandée. La « courbe de durée de vie » est un élément qui est similaire chez tous les organismes, même si la période varie d'un cas à l'autre. Les similitudes dans la forme de la courbe de durée de vie laissent croire que les processus sous jacents sont les mêmes chez les êtres humains que chez les autres organismes.

Qu'est ce qui cause le déclin initial de la santé (qui est toujours une étape de la courbe de durée de vie)? Qu'est ce qui détermine en fin de compte notre longévité? Pouvons nous vraiment vivre 120 ou 200 ans? Ce sont quelques unes des questions clés des travaux de la Dre Boulianne.

Dans le cadre de ses recherches, elle a été amenée à étudier les éléments qui contrôlent les durées de vie. En examinant la mouche à fruits (*Drosophila*), elle a



relevé deux facteurs environnementaux clés qui influent sur sa durée de vie : la température et l'apport en calories. Dans le cas des mouches à fruits, des températures inférieures et un faible apport en calories permettent d'augmenter la durée de vie en modifiant le rythme métabolique et les « dommages oxydatifs ». La Dre Boulianne a fait un certain nombre d'expériences avec les mouches à fruits pour étudier le rôle des dommages oxydatifs et des mécanismes de défense contre l'oxygène dans la durée de vie.

À l'aide de la méthode d'étude démographique, qui peut être employée pour les populations de mouches qui ont une durée de vie accrue, elle a pu tester les niveaux des mécanismes de défense de mouches qui vivent plus longtemps. La Dre Boulianne a constaté que ces mouches résistaient également à un certain nombre de facteurs de stress, y compris une température élevée et des espèces d'oxygène réactives. Ses études ont suggéré un lien entre les dommages oxydatifs et la durée de vie.

Les études menées sur des maladies neurodégénératives des êtres humains nous portent à croire que le système nerveux pourrait être particulièrement sensible aux dommages oxydatifs. Ces dommages sont associés à d'autres maladies neurodégénératives telles que l'Alzheimer.

Les recherches faites par la Dre Boulianne sur des mouches nous portent à croire que le système nerveux est peut être une cible cellulaire importante pour le vieillissement, ce qui a des répercussions sur les systèmes nerveux des êtres humains. En retirant des gènes du système nerveux de certaines

mouches et en en ajoutant, la Dre Boulianne a constaté que certains gènes permettaient d'augmenter leur durée de vie.

D'autres scientifiques mènent également des recherches sur les mutations des mouches et des vers qui influent sur la durée de vie. « Nous commençons maintenant à définir les gènes spécifiques qui ont un impact sur le vieillissement et la santé », a indiqué la Dre Boulianne. Ces percées dans la recherche scientifique nous ont mené à la croisée des chemins. Quelles sont les conséquences de l'identification des gènes par les scientifiques? Quel devrait être le but de la recherche sur le vieillissement – prolonger la longévité ou améliorer la qualité de vie? « Si nous pouvons retarder l'apparition des symptômes liés au vieillissement, nous aurons fait quelque chose de bien. »

La Dre Boulianne a conclu en disant que la recherche sur l'augmentation de la durée de la vie humaine a des conséquences sociales importantes, notamment au niveau de l'âge de la retraite et de l'impact économique d'une plus grande longévité.

Discussion

Un des participants a demandé comment les scientifiques pouvaient réinsérer des gènes dans les mouches, étant donné leur taille extrêmement petite. La Dre Boulianne a répondu que les substances étaient injectées dans les embryons des mouches et devenaient ainsi une composante de leur constitution génétique.

Une participante a déclaré que bien qu'elle admire les travaux réalisés par la Dre Boulianne, elle estime que les percées



scientifiques évoluent à un rythme plus rapide que les changements sociaux nécessaires pour les mettre à profit. « À quoi bon prolonger la durée de la vieillesse si cela ne fait qu'accentuer une période de solitude, de faiblesse et d'inutilité », a-t-elle mentionné.

La Dre Boulianne a convenu qu'il est important que nous nous demandions quels sont nos objectifs de vieillesse. Selon elle, nous voulons une bonne santé physique et être lucides. Les scientifiques doivent dire aux gens ce qui se passe dans le monde de la science afin que la société puisse adopter une approche proactive, réfléchir aux répercussions des découvertes scientifiques et planifier en conséquence. Un participant a dit se demander quelles sont les limites de la recherche scientifique qui modifie les gènes. « Vous parlez de remplacer un gène, mais que se passe-t-il ensuite? On sait que certaines recherches portent sur la modification de la structure hormonale des animaux. Qu'y a-t-il d'autre? »

La Dre Boulianne a répondu en précisant que son domaine de spécialité était l'étude des systèmes modèles des mouches et des vers. Elle a mentionné que d'autres chercheurs font des études auprès de septuagénaires, notamment un groupe de religieuses en France et un autre au Minnesota. Dans le cadre des études sur les êtres humains, les scientifiques tentent d'établir des corrélations avec d'autres organismes, mais ils ne peuvent pas encore dire avec exactitude lesquels.

Un autre participant a demandé à la Dre Boulianne si elle avait constaté des différences entre les mouches mâles et femelles. « Oui, il y a des différences »,

a-t-elle indiqué. Les mouches femelles vivent plus longtemps, mais en modifiant l'environnement, on peut changer cette situation. Des gens ont entendu dire que les hommes mariés vivent plus longtemps que les hommes célibataires; le même raisonnement s'applique aux mouches.

Quelqu'un a demandé à la Dre Boulianne si elle tenait compte de facteurs environnementaux comme le tabagisme et la pollution. Elle a répondu que les facteurs environnementaux jouent bel et bien un rôle. Un ensemble complexe de facteurs entrent en jeu dans le vieillissement et la maladie chez les êtres humains. Il est difficile de contrôler tous les facteurs, même avec des expériences sur des mouches. Les scientifiques ont tendance à « cueillir la pomme la plus basse », c'est à dire à prendre un élément qui se trouve à leur portée et qu'ils peuvent étudier pour recueillir des données lorsqu'ils ne comprennent pas le portrait global.

Un autre participant a posé la question suivante : « Quel est l'impact de vos travaux au niveau de la recherche sur les souris? »

La Dre Boulianne a expliqué qu'il est plus difficile d'étudier les souris, que cela prend plus de temps en raison de leur cycle de vie et que les souris coûtent plus cher au laboratoire. Elle se sert donc de l'information qu'elle recueille auprès des mouches et l'applique aux études sur les souris. Les conclusions des recherches se complètent entre elles. La Dre Boulianne a précisé qu'elle collabore parfois avec d'autres chercheurs pour échanger des renseignements au sujet des souris, des mouches et des vers.

Quelqu'un a alors mentionné vouloir revenir sur la question de la qualité de



vie. En tant qu'ex professionnel des soins de santé à long terme, il a remarqué qu'au début de sa carrière, l'espérance de vie moyenne des patients dont il s'occupait était de 72 ans, alors qu'elle avait augmenté à 86 ans lorsqu'il a pris sa retraite. « Pouvez vous combiner vos recherches avec l'assurance que les années additionnelles seront de qualité? », a-t-il demandé.

La Dre Boulianne a indiqué que dans le cadre de ses recherches, les souches de mouches et de vers qui vivent plus longtemps étaient également en meilleure santé en ce sens qu'elles étaient actives pendant une plus longue période de temps. Cela semble également le cas avec les souris, a-t-elle ajouté. On peut donc présumer qu'elles vivent plus longtemps et mieux en même temps. « Je suis portée à croire que cela s'applique également aux êtres humains. »

La Dre Debbie Vigoda a conclu la session en remerciant la Dre Boulianne et en mentionnant qu'elle ne verrait plus jamais une mouche à fruits de la même façon.

ARAR de l'Ontario : Jour 2, le 5 novembre 2005 ▶▶

Équipe en voie de formation : Individualisation de la pharmacothérapie pour les personnes âgées

Dre Lisa Dolovich, professeur agrégé,
Université McMaster

La Dre Lisa Dolovich a fait un survol du programme TIPPS (Team for Individualizing Pharmacotherapy in Primary Care for Seniors – Programme d'individualisation de la pharmacothérapie dans les soins primaires pour les personnes âgées), qui est financé par l'Institut du vieillissement des IRSC. Le programme TIPPS réunit des chercheurs provenant de différents domaines dans le but d'étudier l'utilisation des médicaments par les personnes âgées au niveau des soins primaires.

La Dre Dolovich a mentionné que la complexité de l'utilisation des médicaments est le point de départ d'une meilleure compréhension du processus d'utilisation. Les travaux effectués à ce jour dans le cadre du TIPPS indiquent qu'il n'y a pas de solution unique, mais que les interventions requièrent des stratégies combinées.

L'équipe du TIPPS est formée d'un certain nombre de chercheurs chevronnés provenant d'une grande panoplie de disciplines telles que la médecine familiale, la pharmacologie clinique, la sociologie, les soins infirmiers, la gériatrie, la médecine

interne, l'épidémiologie, la biostatistique et la pharmacie. C'est une équipe multidisciplinaire qui permet d'enrichir les solutions, selon la Dre Dolovich.

Le TIPPS comprend quatre principaux volets :

- un certain nombre de projets de recherche allant de petites initiatives locales à de vastes projets mettant en cause de multiples centres;
- un réseau de patients, de médecins, de pharmaciens et d'infirmières;
- une synergie de partenariat;
- un volet de formation des étudiants des cycles supérieurs.

Le cadre conceptuel est axé sur les aspects psychologiques et informationnels de la prescription, du choix et de l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées. L'objectif est de trouver des solutions concrètes, a précisé la Dre Dolovich.

Le TIPPS gère présentement 55 projets. Les thèmes généraux des projets du TIPPS sont un ensemble d'aspects interreliés de l'utilisation des médicaments par les personnes âgées :

- besoins/pertinence du point de vue stratégique;
- contenu appuyé par des preuves;
- communication et prise de décisions;
- amélioration des capacités d'évaluation des patients et des fournisseurs;
- intégration des fournisseurs dans le système de santé;
- technologies de l'information;
- résultats pour les patients.



La Dre Dolovich a parlé brièvement de trois projets du TIPPS :

- L'Informatisation des pratiques médicales en vue d'améliorer l'efficacité thérapeutique (COMPETE). Ce projet porte sur le diabète et les maladies cardiovasculaires. Il vise notamment la création, l'adoption et l'évaluation d'éléments intégrés pour les dossiers médicaux électroniques des soins primaires.
- Le Programme communautaire de sensibilisation à l'hypertension (CHAP). Ce programme vise à améliorer la gestion de la pression artérielle en renforçant la collaboration et la prise de décisions chez les professionnels. La participation d'éducateurs sanitaires pairs bénévoles, l'engagement communautaire et un site Web interactif à l'intention des patients comptent parmi les innovations de ce programme, que souhaite élargir le TIPPS à l'ensemble des collectivités de l'Ontario.
- L'Intégration de la médecine et de la pharmacie pour l'avancement de la thérapeutique en soins primaires (IMPACT). Dans le cadre de ce projet, des pharmaciens et des médecins de famille travailleront de concert pour déterminer les problèmes liés aux médicaments. Le rôle principal des pharmaciens sera de faire des évaluations individuelles des patients pour relever, prévenir ou résoudre ce type de problèmes. Le processus d'intégration, la prise en charge du service par le pharmacien, les résultats pour les patients au niveau des médicaments ainsi que les coûts liés à la conception et à la mise en place rentable du programme seront évalués.

La Dre Dolovich a fait remarquer que les recherches chapeautées actuellement par le TIPPS sont souvent « délicates et compliquées », mais qu'elles doivent être faites.

D'autres projets sont en cours d'élaboration ou au stade de projet pilote, notamment des recherches sur la posologie, le soulagement de la douleur, l'amélioration de la prise de décisions touchant l'observance thérapeutique, l'utilisation de l'insuline dans le contexte d'une sous utilisation, les médicaments anticoagulants ainsi que le traitement de la dépression.

La principale question qui guide les recherches menées dans le cadre du TIPPS est : à quoi pensent les patients lorsqu'ils prennent des médicaments? La Dre Dolovich affirme que nous devons mieux suivre l'utilisation des médicaments une fois que ceux-ci ont été prescrits, notamment vérifier le fonctionnement des reins et les effets secondaires, afin de pouvoir assurer un suivi.

Outre la conclusion des projets de recherche en cours, les prochaines étapes du TIPPS consisteront à examiner les « découvertes clés faites à ce jour », à intégrer d'autres disciplines, à améliorer la diffusion des résultats de recherche, à continuer à perfectionner le programme de formation ainsi qu'à étendre ses activités à l'échelle du pays. Selon la Dre Dolovich, les travaux du TIPPS peuvent être généralisés à l'ensemble des groupes de personnes âgées. Elle a souligné qu'à l'âge de 65 ans, les Ontariens prennent en moyenne huit médicaments en incluant ceux qui sont disponibles sans prescription.

Discussion

Un des participants a suggéré d'intégrer les fournisseurs de soins communautaires à titre de partenaires. Les organismes communautaires sont bien placés pour apporter leur aide.

La Dre Dolovich a répondu que c'est une avenue que le TIPPS pourrait envisager. Elle a précisé que le TIPPS essaie de faire participer les pharmacies communautaires et aimerait que des médecins y envoient des patients à des fins d'éducation.

Un autre participant a suggéré d'étendre le TIPPS au delà des soins de santé primaires.

La Dre Dolovich a indiqué que c'est à l'étape des soins primaires que la gestion des médicaments se fait. Historiquement, dans le but de relever les problèmes médicaux au Canada, les chercheurs n'ont pas examiné les soins primaires sous le même angle que le TIPPS. Ils devraient étudier l'utilisation des médicaments pour toutes les affections, a-t-elle ajouté, parce que souvent, les gens reçoivent une prescription pour une affection sans réaliser l'impact que cela pourrait avoir sur une autre affection.

Une participante a dit s'inquiéter de l'utilisation excessive des médicaments chez les personnes âgées. Elle a mentionné que sa grand mère était parfaitement lucide lorsqu'elle a été placée dans une résidence pour personnes âgées à l'âge de 99 ans, mais que le jour de son 100e anniversaire, elle n'était même pas consciente de la situation « tellement elle avait été droguée ».

La Dre Dolovich a répondu que de nombreux défis se posent dans les centres de soins à long terme. Parfois, les médicaments sont surutilisés et d'autres fois, sous utilisés. Les médecins doivent bien évaluer les médicaments pour assurer le bon dosage.

La Dre Debbie Vigoda a remercié la Dre Dolovich et souligné que l'importance que celle-ci accordait au partenariat et à une approche de collaboration cadrerait parfaitement avec la plupart des propos qui avaient été tenus la veille.

Atelier en sous groupes : Détermination des priorités

L'objectif de ce deuxième Atelier en sous groupes était d'élaborer les questions de recherche clés qui permettraient d'aborder les six priorités communes définies au terme de la première Atelier en sous groupes le jour 1. Chaque groupe était formé d'un nombre équilibré de représentants des différents secteurs et devait tenter d'approfondir les six priorités afin de définir des questions de recherche ou de signaler des défis d'application des connaissances pour chacune des priorités. Le tout devait servir à orienter l'Institut du vieillissement dans l'élaboration de ses futurs programmes stratégiques. Les six groupes devaient ensuite faire part de leurs conclusions à l'assemblée plénière.

Dépression

Le groupe chargé de la question de la dépression a présenté un énoncé résumant les discussions : « Au delà de la recherche en psychiatrie, il n'y a pas

assez de recherches au Canada qui portent spécifiquement sur la dépression chez les personnes âgées ». Le groupe a relevé les sujets clés sur lesquels les recherches devraient se pencher :

- Les causes, les risques, les facteurs et les stratégies de prévention des divers types de dépression. Les recherches devraient englober tant les impacts biologiques que les impacts environnementaux. À titre d'exemple, est ce que l'isolement est une cause ou un résultat de la dépression?
- L'éducation et la formation – cela comprend une meilleure sensibilisation, l'application des connaissances et la vulgarisation des renseignements à l'intention des médecins et des familles, en particulier sur le double stigmatisme associé aux problèmes de santé mentale chez les personnes âgées.
- L'identification et le dépistage. Il faut pouvoir différencier la dépression d'autres troubles et comorbidités à l'aide des outils de dépistage appropriés.
- Les traitements, les médicaments et les programmes. Certains traitements sont rendus nécessaires en raison de l'âge, et il faut s'assurer que la question de l'acceptation des traitements soit soulevée.

Promotion de la santé

Le groupe en cause a résumé ses discussions en examinant la question de la promotion de la santé du point de vue individuel et du point de vue des systèmes.

Point de vue individuel :

- L'information et les services et la promotion de la santé existent déjà.

Pourquoi toutes les personnes âgées ne sont-elles pas au courant?

- Les chercheurs doivent savoir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, et pourquoi. Il existe différentes barrières comme le manque de transport, la langue et les modes de communication, par exemple la différence entre un contact en personne ou par téléphone, les tailles de police, etc.

Point de vue institutionnel :

- Le groupe a noté que le nouveau ministre de la Promotion de la santé est Jim Watson.
- Il faut examiner les politiques et les programmes actuels pour voir s'ils sont adaptés aux personnes âgées. Trop souvent, ils sont surtout conçus pour les jeunes en santé.
- Il faut aussi s'assurer que les études, les initiatives et les programmes incluent les personnes âgées.
- Il faut définir les pratiques exemplaires chez les personnes âgées.

Discussion

Un des participants a demandé si la question du sexe avait été soulevée durant les discussions. Il a suggéré que cette question soit traitée dans le cadre de la promotion de la santé, étant donné que dans certaines cultures, les femmes hésitent à demander de l'aide auprès d'un homme médecin.

Accès aux soins de santé

Le groupe en cause a proposé deux questions qui devraient être posées par l'IV au chapitre de l'accès aux services de santé.

Premièrement, du point de vue des



personnes âgées vivant dans la collectivité, comment peut-on optimiser l'accès à l'information et aux services? Pour cette question, le groupe a suggéré d'inclure l'accès unique et multiple aux services ainsi que le recours à des systèmes locaux et non officiels. Tant les personnes âgées en santé que celles qui ont besoin de services devraient être incluses.

Deuxièmement, du point de vue des personnes âgées vivant dans la collectivité, quels sont les besoins qui ne sont pas satisfaits au niveau des services?

Une méthodologie qualitative devrait être employée pour répondre à ces deux questions. Au lieu de recueillir simplement des renseignements à partir de bases de données, l'Institut du vieillissement des IRSC devrait faire des entrevues individuelles.

La question de l'application des connaissances a été soulevée. Selon le groupe, les résultats de la recherche devraient permettre à tous de savoir quelles mesures sont nécessaires. Les décideurs, les planificateurs et les aînés doivent notamment être informés des résultats de la recherche.

Les personnes âgées voudront voir des changements et aimeraient recevoir une note les informant des résultats des recherches de l'IV.

Discussion

Un des participants a suggéré d'ajouter les praticiens à la liste de ceux qui doivent être informés des résultats des recherches.

Échange des connaissances : S'assurer que les conclusions des recherches permettent d'améliorer la santé des aînés

Le groupe chargé de l'échange des connaissances a résumé ses discussions en formulant quatre recommandations clés :

- Confier à des spécialistes de l'application des connaissances la tâche de diffuser l'information, en sachant que cela exige certaines ressources.
- Reconnaître l'efficacité des divers modes de communication déjà disponibles, notamment la télévision, les dépliants, le Web, la radio, les centres pour personnes âgées et les canaux communautaires.
- Promouvoir l'échange des connaissances en établissant des partenariats solides entre les chercheurs, les intermédiaires et les utilisateurs. Il sera ainsi possible de faire participer les utilisateurs et d'améliorer le système de soins de santé.
- Étudier les comportements de demande de renseignements dans le contexte de la santé.

Diversité et inclusivité

Le groupe en cause a soulevé trois aspects clés qui doivent être étudiés :

- La pluralité et la reconnaissance des barrières systémiques. Pour surpasser les différences sociales, il faut « s'engager à respecter les engagements des autres ». Il y a beaucoup de fausses conceptions à cet égard. Il ne faut pas uniquement reconnaître les minorités ethniques, mais aussi les personnes souffrant de handicaps, de malaises chroniques ainsi que d'autres



groupes. Les recherches et l'impact des recherches doivent tenir compte des différences culturelles.

- Les lacunes au niveau de la recherche. Un examen à grande échelle de l'inclusion des groupes minoritaire doit être effectué. Il y a peu ou pas de recherches sur les soins de santé à long terme dans les autres cultures, par exemple l'expérience de membres de minorités ethniques qui doivent s'adapter à une alimentation ou à des loisirs non familiers. Soyons conscients des réalités démographiques. Mettons en pratique nos idées.
- L'éducation. Il est important de préparer les futurs chercheurs à mener des recherches sensibles aux réalités culturelles. Cela relève des programmes d'études, et les cours sur la diversité doivent être maintenus.

Environnements qui favorisent une bonne qualité de vie (y compris le logement, la conception et les loisirs)

Le groupe chargé des environnements a fait remarquer que la question du « foyer » a été au centre des discussions :

- Application des connaissances
 - Un examen complet des recherches existantes sur les facteurs qui incitent les gens à demeurer à la maison devrait être fait dans un format compréhensible, accessible et utilisable.
- Endroits où vivent les gens – Il faudrait étudier les raisons pour lesquelles des personnes âgées ont quitté leur maison récemment pour entrer dans des centres d'hébergement. Il faudrait également avoir une compréhension contemporaine de la relation entre les personnes âgées et le logement.

Par exemple, il se peut que les raisons pour lesquelles les « baby boomers » déménagent soient différentes de celles des générations précédentes. Tout en offrant les services de soutien nécessaires, les résidences des personnes âgées doivent être conçues pour ressembler davantage à des foyers qu'à des institutions. Comment peut-on réduire l'isolement des aînés qui vieillissent dans leurs maisons?

- Espaces publics – Il faudrait revoir la conception des endroits publics comme les jardins, les centres commerciaux, les plages, les rues, les magasins et les églises pour s'assurer qu'ils soient accessibles aux personnes âgées (et donc accessibles à tous). Les personnes qui conçoivent les espaces publics doivent se poser de nouvelles questions; par exemple, comment peut-on aménager une plage de façon à ce qu'une personne âgée puisse traverser l'espace sablonneux pour pouvoir se baigner? Il est également important que des environnements quotidiens comme les supermarchés soient accessibles aux personnes qui se déplacent en fauteuil roulant.

Il a aussi été mentionné que la diversité culturelle est un facteur qui influe sur la conception des foyers et des espaces publics. Il n'y a pas de réponse unique pour tous les groupes culturels.

Discussion

Un des participants a donné deux exemples précis sur la conception des résidences. Il arrive souvent que des personnes âgées ne puissent nettoyer les tapis qui sont lourds, ce qui entraîne des problèmes respiratoires.



Aussi, les vide ordures situés à proximité des unités résidentielles peuvent être bruyants et nuire au sommeil.

Un autre participant a souligné que des efforts sont déployés en ce moment pour améliorer la conception des escaliers de façon à prévenir les chutes. Il a ajouté qu'un groupe travaille actuellement à changer des politiques telles que le code du bâtiment pour instaurer de nouvelles normes. Un des membres du groupe a demandé comment on pourrait transmettre ce type d'information aux personnes âgées.

Un membre du groupe chargé de la question de la dépression a précisé que de nombreuses discussions ont empiété sur les autres thèmes communs. La dépression est un sujet qui a un lien avec les six thèmes communs traités aujourd'hui, a-t-elle indiqué.

Pour que personne ne meure seul – Une étude sur le bénévolat dans les hospices du Nord Ouest de l'Ontario

Mary Lou Kelley, professeure associée, Université Lakehead

Avant de débiter sa présentation, Mary Lou Kelley a mentionné qu'il était bon de voir que les soins dans les hospices étaient reconnus comme partie intégrante du système de santé dans le cadre de l'atelier. Elle a également dit se demander si une approche axée sur les « pratiques exemplaires » reflèterait vraiment le travail des bénévoles dans les hospices du Nord ontarien.

Mme Kelley a expliqué que l'étude a été menée en collaboration avec Hospice Northwest et la Kenora Rainy River Hospice Palliative Care Association. La recherche a consisté en un examen complet de la documentation spécialisée ainsi que des entrevues téléphoniques auprès de 14 coordonnateurs bénévoles d'hospices qui coordonnent des groupes indépendants mais vaguement interreliés à l'échelle du Nord Ouest de l'Ontario. L'étude s'est intéressée au fonctionnement des programmes, aux personnes desservies par ces programmes ainsi qu'au travail effectué par les bénévoles.

L'étude a permis de constater qu'il y a des bénévoles jeunes et des bénévoles âgés. Bon nombre d'entre eux sont d'anciens professionnels des soins de santé et sont connus de leurs clients au sein de petites collectivités, et la plupart se sont occupés récemment d'une personne âgée ou de quelqu'un qui est décédé. La majorité des bénévoles ne voulaient pas que leur travail ressemble à un travail rémunéré. Ils voulaient d'abord et avant tout rendre des comptes aux clients et à leurs familles et se méfiaient des pressions extérieures visant à contrôler leur travail.

Une obligation naturelle et morale envers « nos aînés » ainsi qu'une importance majeure accordée au sens de la vie figurent parmi les raisons évoquées par les bénévoles pour effectuer ce travail. Pour eux, il est important que les clients sachent qu'ils font ce travail bénévolement et ne sont pas rémunérés. Ils ont employé des expressions comme « les écouter raconter leurs histoires » ou « les accompagner jusqu'à la fin » pour décrire les bénéfices qu'ils retirent de leurs visites auprès de « nos aînés ».



Les clients ont été identifiés principalement comme étant des personnes isolées et ayant de fortes chances de mourir seules. La plupart de ces patients souffrent de maladies chroniques et n'ont personne pour s'occuper d'eux. Les bénévoles font des visites à long terme auprès des clients. La durée de la relation varie d'un cas à l'autre, et les bénévoles disent être déterminés à maintenir des relations à long terme.

Que font les bénévoles? Plusieurs d'entre eux ont employé l'expression « nous faisons seulement... », par exemple : « Nous faisons seulement leur rendre visite afin qu'ils ne se sentent pas seuls » pour décrire leur travail. En gros, ils donnent de la compassion, de la compagnie, de l'amitié et des soins à leurs clients. Il faut un certain temps pour établir une étroite relation avec un client, alors les bénévoles préfèrent « commencer tôt », c'est à dire plusieurs années avant qu'il ne meure. Si les bénévoles fréquentent assez longtemps une personne âgée pour devenir un « membre de la famille », cela est interprété comme un signe de succès.

Le rôle des bénévoles n'a pas été défini principalement en fonction de leurs tâches, a constaté l'étude. Les bénévoles ont plutôt parlé dans un sens plus général « d'être présents » et de « faire un bout de chemin avec les aînés ». Écouter les clients, leur lire des histoires, faire du thé, jouer aux cartes, chanter avec eux, aller magasiner et permettre aux membres de la famille de souffler un peu font partie des activités bénévoles exercées auprès des clients. Les bénévoles dans les hospices sont flexibles et à l'écoute de ce que le client et sa famille veulent ou ont besoin.

L'étude a constaté que les visites sont souvent impromptues, officieuses et difficiles à documenter. Cela peut rendre le travail difficile à quantifier. Le grand principe directeur est que « personne ne devrait mourir seul ».

Discussion

Un des participants a demandé comment se fait le recrutement, le maintien en place et l'évaluation des qualifications des bénévoles. Mme Kelley a demandé à Danielle Boulianne, une coordonnatrice bénévole de Hospice Northwest, de répondre à cette question. Mme Boulianne a indiqué que le recrutement se fait dans les églises et par le biais d'annonces à la radio locale et d'affiches placées dans des endroits publics. Les bénévoles peuvent avoir n'importe quels antécédents, pourvu qu'ils « s'assoient avec les clients, les écoutent et leur donnent des soins ». Tous les bénévoles suivent un programme de formation de 12 semaines. Au terme de cette formation, si un coordonnateur doute de la capacité d'une personne à travailler bénévolement, il lui conseille de se désister.

Les coordonnateurs bénévoles ont des qualifications et des antécédents divers, a expliqué Mme Boulianne. Certains sont des professeurs et des infirmières à la retraite; l'un d'entre eux est un pharmacien actif. La plupart ont déjà travaillé auprès des gens. Ce qui est essentiel, c'est qu'ils soient des membres respectés de la collectivité.

En termes de maintien en place, Mme Kelley a mentionné que bien des gens étaient motivés à faire du travail bénévole, mais pas à remplir des formulaires ou à assister à des réunions. Selon elle, ils tentent peut



être de « fuir » cet aspect du travail, mais ils sont souvent encore présents et font leur travail avec un niveau de compétence accru.

Un des participants a remercié la présentatrice d'avoir inclus la mort dans la question de la santé.

Une participante a dit être bénévole dans un hospice depuis 12 ans et continué à recevoir de la formation. Pour elle, le seul fait de tenir la main d'une personne âgée et de lui tenir compagnie est ce qui est le plus valorisant dans ce travail, et non la prestation des soins de santé en tant que tel.

Mme Kelley a conclu sa présentation en disant qu'elle fait du bénévolat depuis dix ans, après s'être engagée à le faire pendant deux ans, à cause des bienfaits personnels que cela lui apporte.

L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Dr Parminder Raina, professeur agrégé, Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster

Le Dr Parminder Raina a commencé par dire qu'il allait expliquer le contexte de l'étude, pourquoi l'étude a été mise en branle et dans quelle direction elle se dirige. Il est devenu nécessaire d'étudier le vieillissement au Canada étant donné que les personnes âgées forment un segment de plus en plus important de la population. En 2025, un Canadien sur cinq (20 %) sera âgé de 65 ans ou plus, comparativement

à un sur huit (12 %) en 2000. Les « baby boomers » atteindront l'âge de 65 ans à compter de 2011.

Le vieillissement de la population canadienne a des implications significatives au niveau du système de soins de santé et des programmes sociaux. La nécessité de prendre des décisions fondées sur des preuves et d'acquérir de nouvelles connaissances est de plus en plus urgente.

Le Dr Raina a parlé de la complexité du processus de vieillissement, qui exige des études interdisciplinaires et à long terme sur la question. L'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV) examinera le vieillissement en tant que processus dynamique et mettra l'accent sur un vieillissement en santé/réussi. Il sera important de déterminer ce qui est « normal » dans le cadre du processus de vieillissement (vieillissement primaire) et ce qui constitue un risque de maladie (vieillissement secondaire). Les gènes, l'alimentation, les habitudes de vie, l'environnement et la chance sont tous des facteurs qui jouent un rôle dans le vieillissement, mais en règle générale, ils sont étudiés séparément. En déterminant comment ces facteurs sont interreliés, le concept innovateur de cette étude menée par l'ELCV fera avancer les connaissances sur le vieillissement et la santé et favorisera l'élaboration de politiques en santé et de politiques sociales.

Un groupe de 50 000 personnes formé d'hommes et de femmes âgés de 40 ans ou plus sera suivi dans le cadre de l'ELCV. Ces participants seront évalués aux trois ans sur une période de 20 ans. Les conclusions de la recherche seront rendues publiques



et seront dévoilées par étapes afin que la population n'ait pas à attendre 20 ans.

Les questions qui seront examinées dans le cadre de l'ELCV comprendront un certain nombre de fonctions et de conditions qui déterminent la santé physique, la santé psychologique et la santé sociale. Des questions d'ordre biologique comme la génétique du vieillissement seront examinées parallèlement à des habitudes comme le sommeil et la nutrition et à l'utilisation des services de santé.

Tant des données actives – entrevues téléphoniques et en personne, examens cliniques, etc. – que des données passives – bases de données existantes comme les dossiers médicaux – seront recueillies dans le cadre de l'ELCV. Des renseignements au sujet du climat, de la pollution et des caractéristiques du voisinage provenant de recensements ou de sources municipales seront également compilés. Les chercheurs étudieront également les questions de la qualité de vie et de la douleur.

Le Dr Raina a fait remarquer que cette étude soulève un certain nombre de questions en matière d'éthique et de confidentialité, notamment les incidences juridiques liées à la capacité à donner son consentement. Ces questions sont difficiles à résoudre. Par exemple, qui possède les lignées cellulaires provenant d'échantillons biologiques? Le fait de rendre public l'accès aux données de l'ELCV soulève également des questions d'ordre éthique au niveau de la confidentialité, du respect de la vie privée et de la propriété des données. Un comité spécial chargé d'étudier les questions éthiques, juridiques et sociales a été mis sur pied par les IRSC.

Pour le bénéfice des Canadiens, l'ELCV transmettra de nouvelles connaissances en matière de santé et de vieillissement, identifiera des façons de prévenir les maladies et mettra à profit les conclusions des nouvelles recherches sous forme de pratiques et de politiques. L'ELCV ouvrira des possibilités aux chercheurs au Canada et dans le monde entier; elle fera reconnaître la position du Canada en tant que chef de file de la recherche sur les soins de santé et stimulera l'économie par le biais de découvertes et d'innovations.

Les principaux chercheurs de l'étude sont le Dr Raina, de l'Université McMaster, la Dre Susan Kirkland, de l'Université Dalhousie, et la Dre Christina Wolfson, de l'Université McGill. L'équipe de recherche de l'ELCV comprend 180 co chercheurs provenant de 26 universités à l'échelle du Canada. Le Dr Raina a remercié les IRSC de leur appui à l'ELCV en citant la Dre Anne Martin Matthews, le Dr Alan Bernstein, président des IRSC, le conseil d'administration des IRSC et tous les autres instituts. Il signale toutefois que l'ELCV n'est pas encore un « fait accompli ». Le financement de démarrage provient des IRSC, mais l'ELCV est un projet d'une telle ampleur qu'un seul organisme n'est pas en mesure de le financer. On soumettra sous peu une demande de financement global au Cabinet fédéral.

La date de lancement de l'ELCV est prévue pour 2008 et les premiers résultats devraient arriver d'ici 2010. Le Dr Raina a invité les participants à consulter le site Web de l'ELCV au

 <http://www.fhs.mcmaster.ca/clsa>
ou à lui faire parvenir un courriel à



l'adresse praina@mcmaster.ca pour obtenir de plus amples renseignements.

Remarques de Mario Sergio, Adjoint parlementaire au ministre délégué aux Affaires des personnes âgées de l'Ontario

Mme Elizabeth Esteves a présenté M. Mario Sergio, adjoint parlementaire au ministre délégué aux Affaires des personnes âgées de l'Ontario. Elle a souligné que M. Sergio défend les dossiers liés aux personnes âgées et est le coprésident du nouveau comité sur l'Alzheimer et la démence.

M. Sergio a exprimé les salutations du bureau du Premier ministre McGuinty. Devant l'augmentation prévue du nombre de personnes âgées en Ontario de 1,6 million en 2005 à 3,6 millions en 2031, une approche coordonnée est nécessaire entre les trois paliers de gouvernement. Les organismes gouvernementaux doivent collaborer entre eux et être à l'écoute des personnes âgées.

« Bien qu'il soit très important d'écouter, il faut aussi agir », a indiqué M. Sergio, qui a donné quelques exemples de mesures concrètes prises par le gouvernement provincial, notamment la Stratégie ontarienne de prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées et la Stratégie ontarienne visant la maladie d'Alzheimer et les démences connexes. Selon M. Sergio, les partenariats établis entre le gouvernement et les intervenants

communautaires dans le cadre de ces deux initiatives sont devenus un modèle de collaboration réussie. Le réseau de partage de connaissances sur l'Alzheimer (AKE), un forum offert sur le Web, servira d'outil de coordination entre les gens et les services. Une ressource Internet appelée le « Portail des aînés » est également disponible.

Plus tôt cette année, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, George Smitherman, a mis sur pied le Conseil ontarien de la santé pour produire des rapports sur le fonctionnement du système de soins de santé. Le premier rapport doit paraître en 2006. Cette mesure s'inscrit dans le plan du gouvernement visant à répondre à trois objectifs clés : maintenir les Ontariens en santé, réduire le temps d'attente pour les services de santé et améliorer l'accès aux médecins et aux services. En terminant, M. Sergio a tenu à remercier les participants à l'atelier pour leur travail.

Remarques de clôture

La Dre Vigoda a fait quelques remarques de clôture. Elle a souligné que les participants avaient eu droit à sept présentations hors pair et qu'ils avaient réussi à définir les thèmes qui constituaient pour eux les principales questions de recherche. « Vous avez indiqué à l'IV la voie à suivre », a-t-elle déclaré. « J'ai entendu clairement le message de transmettre les résultats des recherches au delà des collègues de recherche immédiats. »

La Dre Martin Matthews a, pour sa part, parlé de deux questions qui ont été



soulevées dans le cadre de la conférence. Elle a d'abord donné plus de précisions sur le concept d'une « vieilleuse réussie et en santé ». Cela ne signifie pas l'absence de toute maladie ou état chronique, a-t-elle précisé, mais plutôt l'idée « d'optimiser la qualité de vie même lorsqu'une personne souffre d'une maladie chronique; d'ajouter une qualité de vie aux années supplémentaires ». En deuxième lieu, la Dre Martin Matthews a présenté un tableau pour répondre aux questions des participants au sujet des conclusions des autres consultations menées ailleurs au Canada.

La Dre Martin Matthews a dit avoir été saisi, lors de la conférence, du « désir des participants de faire partie des recherches » et de connaître les résultats des recherches soutenues financièrement par l'IV des IRSC. Elle a indiqué que le rapport final sera produit dans un format accessible aux participants. Elle a aussi mentionné que l'on fera circuler le rapport entre les membres du comité organisateur national des ateliers.

Pour conclure, la Dre Martin Matthews a remercié un certain nombre de personnes d'avoir consacré du temps à cette conférence, en commençant par les participants, dont elle a souligné la présence active. Elle a dit être consciente de l'importance de tenir cet événement dans un lieu adapté aux personnes âgées. Elle a expliqué que le nombre d'escaliers à l'intérieur de la salle de conférence n'était pas indiqué clairement sur les plans avant l'arrivée du comité organisateur; autrement, un autre emplacement aurait été choisi.

La Dre Martin-Matthews a remercié le personnel de l'IV : Susan Crawford, Linda Mealing et Rowena Tate. Elle a remercié Chantal Laflamme, Kathryn Andrews-Clay et Loretta Wong. Enfin, elle a remercié les membres du Comité régional de mise en œuvre de l'Ontario ainsi que ses deux coprésidentes : Elizabeth Esteves et Debbie Vigoda.

Annexe A : Participants de l'Ontario

Nom	Organisation	Courriel	Téléphone
Aitken, Brian	Université Laurentienne	Baitken@laurentian.ca	705-673-4126 poste 208
Allin, Joseph		joe.allin@sympatico.ca	705-357-3969
Bellamy, Donald F.			
Bianco, Margaret			
Boulianne, Danielle			
Carey, G. Keith	Seniors' Canadian Club – Larder Lake		705-642-3180
Chambers, Larry W.	Institut de recherche Elisabeth Bruyère	lchamber@scohs.on.ca	613-562-4262 poste 4059
Chipman, George	Banque Scotia		905-732-1936
Cimprich, Alan	Société Alzheimer de la région de Niagara	acimprich@hotmail.com	905-934-9439
Clarke, Helen			
Davidson, Sylvia	Toronto Rehabilitation Institute	Davidson. Sylvia@torontorehab.on.ca	416-597-3422 poste 3709
Demers, Pierre-Paul	Conseil sur le vieillissement Ottawa	ppdemers@sympatico.ca	613-746-9998
Downie, Ian	Canada's Association for the Fifty-Plus (CARP)	i.downie@50plus.com	416-363-8748 ext. 229
Dupuis, Sherry	Murray Alzheimer Research and Education Program (MAREP)	sldupuis@healthy.uwaterloo. ca	519-888-4567 poste 6188
Ferguson, Helen	Elderly Services Advisory Committee (Halton Region)	hferguson16@cogeco.ca	905-335-9595
Fine, Randi	Older Persons Mental Health & Addictions Network of Ontario	rfine@sympatico.ca	416-782-1601
Fobister, Veronica	Kenora Chiefs Advisory	veronica. fobister@kenorachiefs.ca	807-467-8144 poste 235
Gagnon, Sylvia	United Citizens of Ontario	slivers39@hotmail.com	705-476-0301
Hawryluck, Laura			
Hébert, Françoise	Société Alzheimer de Toronto	fhebert@alzheimerontario.org	416-926-1902
Hong, Eric	Société Alzheimer de l'Ontario	ehong@alzheimeront.org	416-967-5900 poste 241
Hubley, Françoise	Niagara Region Public Health Department	fran.hubley@regional.niagara. on.ca	905-688-8248 poste 7252

Name	Organization/Address	E-mail	Phone
Isherwood, Ivy	Council on Positive Aging	ivyish@tbaytel.net	807-344-9416
Johnson, Deana	Council on Aging, Windsor-Essex County	council@windsor.igs.net deana@councilonaging.ca	519-971-9217
Junkin, Sarah	Ross Memorial Hospital	sjunkin@rmh.org	705-324-6111 poste 4517
Kassamali, Zul	Multicultural Alliance for Seniors and Aging	zul.kassamali@rogers.blackberry.net	416-464-4691
Legault, Suzanne	La Cité collégiale	sulegau@lacitec.on.ca	613 742 2493
Leung, Helen	Carefirst Seniors and Community Services Association	helen.leung@carefirstseniors.com	416-502-2323 poste 2069
Lonsdale, Caroline			
Mah, Valerie	Yee Hong Wellness Centre for Geriatric Care	vmah@ican.net	416-417-9377
Manji, Shehanaz			
Mazerolle, Eva	Fédération des Aînés et des Retraités Francophones de l'Ontario - FAFO	eva.mazerolle@sympatico.ca	705 969-5176
McGillivray, Thelma	Older Women's Network	thelma.mcgillivray@sympatico.ca	905-639-0447
McSwiggan, Thomas	CAW Retirees Executive	mcswigg@sprint.ca	519-667-4035
Miranda, Dielle	Programme de santé mentale gériatrique, Centre de toxicomanie et de santé mentale	dielle_miranda@camh.net	416-535-8501 poste 3120
Mitchell, Joyce	United Senior Citizens of Ontario and National Pensioners & Senior Citizens	mitchell2@sympatico.ca	613-394-0739
Morden, June	United Seniors of Ontario Executive		905-522-7128
Muzumdar, Azok	Canadian Association of Physicians with Disabilities (CAPD)	amuzumdar@sympatico.ca	613-228-7727
Ng, John			905-780-9629
O'Neil, Jack	Niagara Gate Keepers Program	oneil_jj@hotmail.com	905-834-9289
Orange, J.B.	Université Western Ontario	jborange@uwo.ca	519-661-2111 poste 8892
Peters, Ruth	United Senior Citizens of Ontario	rutken@kingston.net	613-536-0312



Name	Organization/Address	E-mail	Phone
Potson, Josephine			
Robert, Nicole	Geriatric Psychiatry Community Services. of Ottawa	nrobert@scohs.on.ca	613 562-9777 poste 225
Shulman, Rhea	Bernard Betel Centre	MPHALE@ROGERS.COM	416-425-7260
Sievwright, Pat			
Smith, Donald	Légion royale canadienne	laurdon@ezlink.ca	519-238-6712
Spadafora, Pat	Sheridan Elder Research Centre	pat.spadafora@sheridanc. on.ca	905-845-9430 poste 8615
Stones, Lee	Stratégie ontarienne de prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées	healthy@lakeheadu.ca	807-577-4500
Thorning, Susan	Association ontarienne de soutien communautaire	susant@ocsa.on.ca	416-256-3010 poste 231
Tooke, Jim	Association des centres pour aînés de l'Ontario	jtooke@kmts.ca	807-468-8468
Ujimoto, K. Victor	Université de Guelph	vujimoto@uoguelph.ca	519-836-1806
Wolfson, Sheldon	Municipalité régionale de Halton	wolfsons@region.halton.on.ca	905 825 6000 poste 7700



Annexe B : Membres du Comité régional de mise en œuvre de l'Ontario

- **Elizabeth Esteves** (coprésidente), gestionnaire, Initiatives stratégiques, Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario
- **Debby Vigoda** (coprésidente), directrice exécutive, Association ontarienne de gérontologie
- **Joan Barham**, directrice exécutive, Halton Hills Community Support and Information
- **Max Beck**, directeur exécutif national, Conseil National des Timbres de Pâques et de la Marche des Dix Sous
- **Amy Go**, directrice exécutive, Yee Hong Centre for Geriatric Care
- **Melanie Hess**, analyste principale en matière de politiques, Développement social Canada
- **Mary Lou Kelley**, coordinatrice des diplômés, gérontologie, Université Lakehead
- **Roland Lecomte**, directeur, Programme de gérontologie, Université d'Ottawa
- **Richard Mayer**, Président Provincial, Fédération des aînés et des retraités francophones de l'Ontario (FAFO)
- **Judy Muzzi**, présidente, United Senior Citizens of Ontario
- **Douglas Rapelje**, Consultant
- **Linda Stebbins**, Société Alzheimer de l'Ontario

Annexe C : Membres du comité organisateur national

- **Anne Martin-Matthews** (présidente), directrice scientifique, Institut du vieillissement
- **Flora Dell**, ancienne conseillère provinciale affectée aux populations spéciales auprès du gouvernement du Nouveau-Brunswick
- **Elizabeth Esteves**, Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, ministère des Affaires civiques et de l'Immigration, représentante du gouvernement de l'Ontario au comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires
- **Sheila Laidlaw**, retraitée, ancienne chef des services des bibliothèques de l'Université du Nouveau-Brunswick et membre du conseil consultatif de l'Institut du vieillissement
- **Barry McPherson**, Université Wilfrid Laurier, ancien président de l'Association canadienne de gérontologie
- **Linda Mealing**, directrice adjointe, Ottawa, Institut du vieillissement
- **Louise Plouffe**, gestionnaire, Développement des connaissances, Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada
- **Patricia Raymaker**, ancienne présidente, Conseil consultatif national sur le troisième âge
- **Jean-Guy Soulière**, président, comité de coordination du National Congress of Seniors' Organizations
- **Sophie Rosa**, agente des communications, Institut du vieillissement

Annexe D : animateurs et conférenciers

animateurs

- **Kathryn Andrews-Clay**, spécialiste des partenariats, Instituts de recherche en santé du Canada
- **Joan Barham**, membre du Comité régional de mise en œuvre de l'Ontario
- **Melanie Hess**, membre du Comité régional de mise en œuvre de l'Ontario
- **Richard Mayer**, membre du Comité régional de mise en œuvre de l'Ontario
- **Dorothy Pringle**, membre du conseil consultatif de l'Institut du vieillissement

Conférenciers

Nom	Organisation	Courriel	Téléphone
Dr. Michael Borrie	Gériatre et professeur, département de médecine, Université Western Ontario	michael.borrie@sjhc.london.on.ca	519-685-4292 poste 42372
Dr. Gabrielle Boulianne	Chaire de recherche du Canada en neurobiologie moléculaire et du développement, Université de Toronto	gboul@sickkids.ca	416-813-8701
Dr. Lisa Dolovich	Professeure associée, département de médecine familiale, Université McMaster	ldolovic@mcmaster.ca	905-522-1155 poste 3968
Prof. Mary Lou Kelley	Coordonnatrice, Programme d'études supérieures collaboratif en gérontologie, Université Lakehead	marylou.kelley@lakeheadu.ca	807-343-8617
Dr. Malcolm Man-Son-Hing	Médecine gériatrique, Université d'Ottawa	mhing@ohri.ca	613-562-0050 poste 1345
Dr. Parminder Raina	Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster	praina@mcmaster.ca	905-525-9140 poste 22197



Annexe E : Institut du vieillissement – Membres du conseil consultatif de l’Institut

- **Howard Bergman** (président), Université McGill
- **Philip Clark**, Université du Rhode Island
- **Max Cynader**, Université de la Colombie-Britannique
- **Carole Anne Esterbrooks**, Université de l’Alberta
- **Janice Keefe**, Université Mount Saint Vincent
- **Daniel Lai**, Université de Calgary
- **Sonia Lupien**, Centre de recherche de l’Hôpital Douglas, Université McGill
- **Verena Menec**, Université du Manitoba
- **Mary Ellen Parker**, Alzheimer Society of London and Middlesex
- **Hélène Payette**, Université de Sherbrooke
- **Louise Plouffe**, Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada
- **Dorothy Pringle** (ancienne présidente), Université de Toronto
- **Douglas Rapelje**, Consultant
- **Kenneth Rockwood**, Centre de soins de santé pour les personnes âgées, Université Dalhousie
- **Jane Rylett** (vice-présidente), Institut de recherche Robarts
- **Huber Warner**, Université du Minnesota



Annexe F : Institut du vieillissement – Employés et coordonnées

Employés

- **Anne Martin-Matthews**, directrice scientifique
- **Susan Crawford**, directrice adjointe, Vancouver
- **Linda Mealing**, directrice adjointe, Ottawa
- **Rowena Tate**, gestionnaire de projets
- **Sharon Nadeau**, agente de projets spéciaux
- **Terri Bolton**, administratrice
- **Marian Chong-Kit**, adjointe administrative

Coordonnées

Institut du vieillissement des IRSC
Université de la Colombie-Britannique
2080, West Mall, salle 038
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6T 1Z2

Courriel : aging@interchange.ubc.ca
Téléphone : (604) 822-0905
Télécopieur : (604) 822-9304
<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/8671.html>