

GÉRONTO-McGILL

BULLETIN DU CENTRE MCGILL D'ÉTUDES SUR LE VIEILLISSEMENT



Janvier - Février 2003

ISSN 0838-2263

Volume 19, N° 1

UNE LÉGÈRE ANÉMIE ENTRAÎNE DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ CHEZ LES FEMMES ÂGÉES

par Alison McTavish

L'anémie est un état pathologique caractérisé par une faible concentration d'érythrocytes ou d'hémoglobine et se voit fréquemment chez les femmes âgées. Souvent un signe de maladie chronique, l'anémie peut être à l'origine de symptômes tels que la fatigue, les douleurs thoraciques, l'essoufflement et les étourdissements. Les médecins recommandent généralement que les patientes prennent un supplément de fer, de folate et de vitamine B12 pour l'anémie associée aux carences nutritives.

Chez les femmes âgées, une légère anémie a souvent été considérée comme sans importance clinique, mais elle peut être un grave problème de santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé, des teneurs en hémoglobine de 12 à 16 g/dL sont considérées comme normales. Pourtant, une nouvelle étude portant sur plus de 600 septuagénaires de sexe féminin suggère que les femmes ayant une teneur en hémoglobine à la limite inférieure de la normale de 12 g/dL sont plus susceptibles

(suite en page 2)

UNE APPROCHE DE LA DÉMENCE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

Une entrevue avec le D^r Dolly Dastoor, Directrice clinique et administrative, Programme de démence et de comorbidité psychiatrique, psychologue clinicienne, division de gérontopsychiatrie, Hôpital Douglas, professeur adjoint, département de psychiatrie, Université McGill, et membre du Centre McGill d'études sur le vieillissement

par Jeff Boyczuk

Pour les cliniciens qui traitent les patients en psychogériatrie, le travail prend parfois une tournure personnelle douloureuse. C'est ce qui est arrivé au D^r Dolly Dastoor, dont la mère a souffert de démence à la fin de sa vie. « En un sens, mes connaissances m'ont été utiles, se rappelle le D^r Dastoor, et j'ai appris de première main comment il peut être difficile pour les familles de faire face à la situation. Je pense que je suis sortie de cette expérience avec une meilleure compréhension et plus d'empathie pour ces patients et leurs proches. »

La carrière du D^r Dastoor a commencé au début des années 60 à l'Université de Bombay, où elle a obtenu un baccalauréat et une maîtrise en psychologie. Bien qu'à l'origine, elle prévoyait poursuivre ses études au doctorat, après son mariage, elle s'est rendue au Nigeria, où elle a obtenu un poste d'attachée de recherche à l'Université d'Ibadan en 1966. Elle y a participé à un



projet pilote international de l'Organisation mondiale de la santé sur la schizophrénie, qui visait à en standardiser la terminologie pour les professionnels œuvrant dans la classification, le diagnostic et le traitement de cette maladie. Elle y a également participé à un projet de recherche sur l'efficacité des services psychiatriques communautaires, tels qu'ils étaient fournis dans un village nigérian, par rapport à ceux qui étaient offerts dans un cadre hospitalier plus classique.

(suite en page 2)

SOMMAIRE

ANÉMIE LÉGÈRE ET PROBLÈMES DE MOBILITÉ.....	1
ENTREVUE AVEC DOLLY DASTOOR.....	1
LA BANQUE DE CERVEAUX.....	1
L'ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE, JUSQU'À QUEL ÂGE? ...	3
TAI CHI ET PRÉVENTION DES CHUTES.....	3
PÉNURIES D'EFFECTIFS EN SANTÉ.....	5
LE SAVIEZ-VOUS?.....	6

LA BANQUE DE CERVEAUX : CONVERGENCE DE LA GÉNÉROSITÉ ET DE L'INNOVATION

par Julie Comber

La banque de cerveaux du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas est une ressource inestimable pour les spécialistes des neurosciences du monde entier. Fondée en 1980, elle était la première banque de tissu cérébral canadienne. L'idée de ses concepteurs, les docteurs Yves Robitaille et Paul Étienne, était d'appuyer la recherche locale, mais la banque a grandi pour devenir une ressource

internationale. L'Hôpital Douglas et son Centre de recherche sont affiliés à l'Université McGill et à l'Organisation mondiale de la santé. De plus, la banque de cerveaux collabore étroitement avec les neuropathologistes de l'Hôpital Sainte-Justine et de l'Institut neurologique de Montréal. Elle est principalement subventionnée par le Réseau en

(suite en page 4)

NOVARTIS

UNE LÉGÈRE ANÉMIE ENTRAÎNE DES PROBLÈMES DE MOBILITÉ CHEZ LES FEMMES ÂGÉES

(suite de la page 1)

d'avoir des difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne.

Les chercheurs ont étudié 633 femmes âgées autonomes. Après avoir fait passer aux femmes un examen médical de routine, ils ont recueilli des échantillons de sang et ont demandé aux femmes à quel point elles avaient de la difficulté à parcourir une distance de 400 mètres ou à gravir un escalier de 10 marches. Ils ont également évalué les capacités des femmes à accomplir différentes tâches : marcher, se relever d'une chaise à plusieurs reprises et maintenir leur équilibre.

Les femmes ayant une teneur en hémoglobine située entre 13 et 14 g/dL ont généralement mieux réussi aux tests de mobilité. Celles dont la teneur en hémoglobine était inférieure à 12 g/dL ont eu les moins bons résultats et celles dont la teneur se situait entre 12 et 13 g/dL, des résultats intermédiaires. Chez les femmes ayant une teneur en hémoglobine de 12g/dL, le risque de problèmes de mobilité était plus du double de celui des femmes ayant plus d'hémoglobine, même après correction pour tous les indicateurs de santé associés au déclin des fonctions physiques.

Les résultats de cette étude suggèrent que le critère définissant l'anémie chez les femmes âgées pourrait devoir être modifié. Un tel changement pourrait aider les quelque 35 % de femmes de 70 à 80 ans qui ont des problèmes de mobilité générale affectant leur capacité à accomplir des tâches telles que marcher sur une distance de quelques rues ou monter un escalier.

Référence

Chaves et al. Looking at the relationship between hemoglobin concentration and prevalent mobility difficulty in older women. Should the criteria currently used to define anemia in older people be reevaluated? *J Am Geriatr Soc.* 2002 50(7):1257-64.

Une entrevue avec le D^r Dolly Dastoor, Directrice clinique et administrative, Programme de démence et de comorbidité psychiatrique, psychologue clinicienne, division de gérontopsychiatrie, Hôpital Douglas, professeur adjoint, département de psychiatrie, Université McGill, et membre du Centre McGill d'études sur le vieillissement

(suite de la page 1)

La prestation et l'évaluation des services sont les domaines où le D^r Dastoor a poursuivi ses recherches lorsqu'elle est arrivée au Canada en 1973. C'est ainsi qu'elle a commencé sa carrière à l'Hôpital Douglas à titre d'attachée de recherche à temps partiel sur un projet portant sur l'évaluation multidisciplinaire des patients en psychogériatrie. L'approche reposait sur l'intervention d'une équipe composée d'un psychiatre, d'un médecin, d'un psychologue et d'une assistante sociale. « Nous avons examiné chaque patient sous différents angles pour savoir si l'évaluation multidisciplinaire faisait une différence dans leur traitement et leur prise en charge », dit le D^r Dastoor, ajoutant que les résultats avaient entraîné une réorganisation du programme à l'Hôpital Douglas. L'équipe a été élargie pour inclure un psychologue clinicien, un poste que le D^r Dastoor a occupé peu après.

Bien que le travail clinique soit devenu par la suite sa principale occupation à l'Hôpital Douglas, elle est demeurée active en recherche sur des modèles de déclin cognitif chez les patients gériatriques. L'un de ces projets a abouti à la mise au point de l'échelle Hierarchic Dementia Scale (Échelle hiérarchique de la démence, HDS) avec le D^r Martin Cole (maintenant à l'Hôpital St. Mary). La HDS comprend 20 sous-échelles qui mesurent des domaines fonctionnels généralement touchés dans la démence, tels que la concentration, la lecture, le calcul, la motricité et la mémoire. Le D^r Dastoor note que l'organisation hiérarchique des tâches dans chaque échelle permet d'obtenir rapidement et efficacement un pronostic et un portrait fonctionnel du patient atteint de démence. « Le clinicien commence normalement au milieu de l'échelle et remonte ou descend un peu... si le patient ne réussit pas deux éléments au milieu, il présume qu'il ne réussirait pas non plus ceux qui sont situés plus haut dans l'échelle. » La HDS a été commercialisée en 1983 et adoptée ensuite par un grand nombre de cliniciens et de chercheurs.

L'influence du D^r Dastoor à l'Hôpital Douglas s'est également fait sentir dans l'élaboration des services offerts par la division de gérontopsychiatrie, où elle a joué un rôle actif. Sa contribution la plus visible

est sans doute le programme récemment adopté pour la démence accompagnée de comorbidité psychiatrique, qui trouve son origine dans un projet qu'elle avait soumis à la fin des années 80. « J'avais remarqué que nous avons un grand choix de services, par exemple la clinique de la mémoire, le centre de jour, l'unité des patients hospitalisés, ainsi qu'une vaste gamme de programmes de recherche allant des études sur le vieillissement normal à la banque de cerveaux, mais que toutes ces activités n'étaient pas très étroitement reliées. J'ai donc voulu rassembler tous les services concernés par la démence sous la même autorité. » Le projet s'est mis en marche, bien que lentement, après sa proposition initiale et, après plusieurs années de travail en comité, la recherche de financement pour un nouveau bâtiment a commencé au milieu des années 90. Si vous êtes entré à l'hôpital Douglas par le boulevard Lasalle récemment, vous avez sans doute remarqué la construction sur le coin nord-ouest de l'hôpital. Il s'agit du Centre Moe Levin, qui est presque achevé et qui devrait ouvrir à la fin de janvier 2003; le centre abritera le Programme de démence accompagnée de comorbidité psychiatrique.

Le D^r Dastoor est particulièrement enthousiasmée par la conception du nouveau centre. Les corridors sont de forme circulaire; les patients ne rencontrent ainsi aucune « impasse » lorsqu'ils se déplacent dans les aires communes. Une « salle de Snoezelen », c.-à-d. une aire multisensorielle aux couleurs et aux odeurs calmantes, a été aménagée pour les patients. En outre, l'aspect des chambres, la couleur, les meubles et l'aménagement des salles de bains, ont été spécialement étudiés pour faciliter le fonctionnement des patients et aider le personnel soignant. Le concept qui sous-tend l'aménagement du centre et du programme est d'offrir aux patients des soins personnalisés. « Le traitement de la démence ne consiste pas simplement à administrer un médicament en espérant que tout va s'arranger. C'est en réalité une maladie biopsychosociale, et nous sommes convaincus que l'environnement joue un grand rôle dans le comportement d'une personne atteinte de démence, que ce soit

(suite en page 6)

L'ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES : BIENFAITS ET MISES EN GARDE

par Jeff Boyczuk

Est-ce que l'exercice physique est bon pour la santé, indépendamment de l'âge? On l'a souvent entendu dire, mais en fait, peu de recherches ont été effectuées sur cette question chez des personnes de plus de 75 ans. Deux études finlandaises parues dans le numéro de juillet 2002 de *Age and Ageing* abordent ce sujet et révèlent que l'exercice physique chez les aînés « âgés » peut avoir des bienfaits, mais entraîner également des problèmes de santé.

Une étude de Katie Malbut et coll.¹, de la University Medical School de Londres, rapporte des bienfaits cardio-respiratoires chez des femmes bien portantes de 79 ans et plus qui ont participé à un programme d'entraînement aérobique de 24 semaines. La puissance aérobique maximale (VO₂max), une mesure courante dans l'évaluation de l'endurance cardio-respiratoire, tend à diminuer avec l'âge, au point où les tâches quotidiennes telles que la cuisine ou le ménage deviennent difficiles pour certaines personnes âgées. Malbut et coll. ont découvert que leur programme d'entraînement augmentait le VO₂max de 15 % en moyenne chez les femmes plus âgées. Étrangement, on n'a pas observé d'amélioration semblable chez les hommes du même groupe d'âge. Selon les auteurs, cela pourrait être dû au fait que les sujets de sexe masculin avaient un VO₂max plus élevé que celui des femmes au départ, ne laissant pas autant de place à l'amélioration.

Kallinen et coll.² suggèrent une approche plus prudente dans l'entraînement physique. Ils ont examiné les effets de 18 semaines d'entraînement de la force ou de l'endurance sur l'état de santé cardiovasculaire de femmes âgées de 76 à 78 ans. Dans ce cas, les femmes âgées de leur échantillon démographique souffraient en moyenne de 2 à 3 troubles chroniques tels que l'hypertension ou des problèmes musculo-squelettiques; cependant, aucun de ces problèmes n'était assez grave pour exclure les femmes de l'étude. L'entraînement de la force ou de l'endurance n'a eu que des effets modestes ou négligeables sur l'endurance cardio-respiratoire. Toutefois, observation plus troublante, 5 sujets sur 31 des deux groupes d'entraînement se sont retirés de l'étude en raison de l'apparition de problèmes cardiovasculaires. Bien qu'aucun de ces problèmes ne se soit manifesté pendant les séances

d'entraînement, Kallinen et coll. notent « qu'il demeure possible que l'entraînement physique ait contribué à ces problèmes de santé. »

Ces deux études tracent un portrait contradictoire de l'efficacité et de l'innocuité des programmes d'exercices généraux pour les personnes âgées de plus de 80 ans. Dans un éditorial accompagnant les deux articles, Carolyn Greig de l'Université d'Édimbourg suggère que les programmes d'entraînement pour les aînés plus âgés devraient être personnalisés. Les résultats de l'étude de Kallinen et coll. suggèrent à tout le moins que d'autres études sont nécessaires pour examiner la relation « dose-réponse » de l'entraînement physique chez les personnes âgées, particulièrement chez celles qui souffrent de problèmes de santé chroniques.

1. Malbut KE, Dinan S, Young A. Aerobic training in the 'oldest old': The effect of 24 weeks of training. *Age and Ageing* 2002; 31: 255-60.

2. Kallinen M, Sipilä S, Alen M, Suominen H. Improving cardiovascular fitness by strength or endurance training in women aged 76-78 years. A population-based randomized controlled trial. *Age and Ageing* 2002; 31: 247-254

LE TAI CHI PEUT-IL PRÉVENIR LES CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES?

par Julie Comber

Chez une personne âgée, une chute peut entraîner une réaction en chaîne menant à la maladie, à l'invalidité et même à la mort. Par conséquent, prévenir les chutes est devenu une priorité. Récemment, on s'est intéressé à la pratique du tai chi, une forme traditionnelle d'art martial chinois, afin de prévenir les chutes chez les aînés. Les personnes âgées aiment généralement les exercices modérés, comprenant des mouvements non vigoureux mais constants, qui mobilisent toutes les parties du corps. On pense que le tai chi peut aider à prévenir les chutes parce que ses mouvements incorporent des éléments de musculation, d'équilibre, d'alignement postural et de concentration. Contrairement à d'autres interventions axées sur une seule variable (comme la résistance, l'équilibre, l'endurance ou la démarche), le tai chi améliore la fonction physique dans son ensemble.

Malheureusement, les résultats des nombreuses études sur le tai chi et la prévention des chutes sont confus et discordants. Par conséquent, le Dr Ge Wu, du département de physiothérapie de l'Université du Vermont, a fait une analyse systématique de la littérature sur le tai chi et la prévention des chutes. Il existe plusieurs explications de la variabilité des résultats. Premièrement, il n'y avait pas de mesures standard permettant de comparer les résultats des différentes études. Une seule étude a directement évalué le lien entre le tai chi et la prévention des chutes (et a montré qu'il était positif), alors que les autres visaient à évaluer si le tai chi améliorait l'équilibre. Deuxièmement, la durée de l'entraînement au tai chi variait énormément d'une étude à l'autre, la participation de longue durée étant plus susceptible d'apporter des résultats positifs. Troisièmement, il y a plusieurs styles de tai chi, et il a été postulé que certains styles (comme le Wu) pouvaient être plus efficaces dans l'amélioration de l'équilibre. Toutefois, cette hypothèse n'a jamais été vérifiée. La plupart des études utilisaient le style populaire Yang (qui pourrait être plus efficace dans le renforcement des muscles des jambes, mais moins que le style Wu pour ce qui est de l'équilibre), mais dans certains cas, le style n'était pas précisé. Enfin, l'âge,

(suite en page 4)

LA BANQUE DE CERVEAUX : CONVERGENCE DE LA GÉNÉROSITÉ ET DE L'INNOVATION

(suite de la page 1)

santé mentale et neurosciences du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) ainsi que par la Fondation de l'Hôpital Douglas et des dons privés.

Le tissu cérébral humain est précieux, étant donné que les modèles animaux ne conviennent pas toujours aux recherches sur les troubles mentaux humains. La banque de cerveaux recueille, entrepose et distribue ces dons précieux et généreux. Les donateurs peuvent prendre des dispositions pour faire don de leur cerveau eux-mêmes, ou les membres de leur famille peuvent légalement consentir au don en leur nom. Les autopsies sont effectuées dans des hôpitaux régionaux près du lieu de résidence du décédé sans frais pour la famille. Des protocoles spécifiques ont été élaborés pour le traitement du tissu cérébral afin d'assurer la meilleure qualité de conservation possible. Une fois le cerveau arrivé aux laboratoires de la banque, une moitié est rapidement congelée et entreposée à -80 °C dans des congélateurs spéciaux à sécurité intégrée sous surveillance 24 heures sur 24. L'autre moitié du cerveau est conservée dans une solution de formol à 10 %. Ces méthodes garantissent que les tissus cérébraux peuvent être entreposés en permanence dans un état qui convient aux recherches scientifiques de pointe.

Une fois l'information du dossier médical du donneur obtenue, un diagnostic neuropathologique est produit. Une copie du rapport peut être envoyée à la famille du donneur si elle en a fait la demande. Les renseignements sur le cerveau sont recueillis et stockés dans une banque de données strictement confidentielle. Seul le personnel de la banque de cerveaux peut y avoir accès.

Une idée fausse que le Dr Panisset, le directeur de la banque de cerveaux, voudrait dissiper est que la banque ne sert que pour la maladie d'Alzheimer. « La banque de cerveaux accepte les dons de patients atteints de n'importe quelle maladie neurodégénérative ou psychiatrique ainsi que de gens n'ayant aucune maladie cérébrale. » En fait, les spécimens sans maladie sont extrêmement importants puisqu'ils servent de témoins auxquels les cerveaux des patients atteints de troubles neurologiques peuvent être comparés.

Une autre fausse conception répandue, selon Danielle Cécylre, coordonnatrice de la banque de cerveaux, est de penser qu'en autorisant le don d'organes (p. ex. sur la carte d'Assurance-maladie du Québec), n'importe quel organe peut être utilisé pour la recherche en plus des greffes. C'est faux. « Si une personne veut faire don de son cerveau pour la recherche, elle devra signer des formulaires de consentement particuliers que l'on peut obtenir en appelant à nos bureaux au (514) 761-6131

(et en demandant la banque de cerveaux) », explique-t-elle.

Comment les chercheurs obtiennent-ils l'accès aux cerveaux entreposés? Tous les scientifiques peuvent y avoir librement accès. Ils doivent soumettre un projet de recherche. Si le projet est effectué dans un établissement universitaire, les chercheurs doivent inclure les documents attestant que leur projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de leur établissement. Autrement, la demande doit passer par le comité d'éthique de l'Hôpital Douglas. Les demandeurs dont les projets sont acceptés reçoivent avec un spécimen anonyme le diagnostic neuropathologique et certains renseignements généraux et cliniques.

Depuis 1980, la banque a recueilli 1320 cerveaux. Toutefois, il ne reste maintenant qu'environ 500 spécimens, et dans certains cas, des structures anatomiques manquent parce qu'elles ont été utilisées pour la recherche. « C'est pourquoi il est important que les gens continuent de faire don de leur cerveau. De plus, pour quelques maladies, il peut être très difficile d'obtenir des spécimens cérébraux en raison de la rareté de la maladie ou parce que les personnes sont très vulnérables et qu'il est alors extrêmement délicat d'obtenir leur consentement », dit Mme Cécylre.

La grande qualité du tissu cérébral de la banque de cerveaux a permis aux chercheurs canadiens et du monde entier de réaliser des recherches dans l'espoir d'améliorer le traitement et la prévention d'un grand nombre de maladies mentales, telles que la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la dépression et la schizophrénie. Deux exemples de découvertes faites à McGill et facilitées par la banque de cerveaux sont celles des docteurs Poirier et Srivastava. Le Dr Poirier et ses collègues ont identifié une mutation génétique qui permet d'établir le risque d'une personne d'être victime de la maladie d'Alzheimer. Le Dr Srivastava et ses collègues ont découvert une protéine intervenant dans le traitement de l'information et dont la concentration est réduite dans le cerveau des patients atteints de schizophrénie. Grâce à cette ressource inestimable, il est certain que de nombreuses autres découvertes prometteuses seront faites.

LE TAI CHI PEUT-IL PRÉVENIR LES CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES?

(suite de la page 3)

Le sexe et l'état de santé des participants sont tous des facteurs qui pourraient avoir des effets sur les résultats, mais ils n'ont généralement pas été évalués.

Le Dr Wu a finalement conclu que la littérature actuelle ne fournissait que des preuves isolées des effets bénéfiques présumés du tai chi sur l'équilibre et la prévention des chutes chez les personnes âgées. Il recommande que les études futures portent sur des sujets à risque de chute (plutôt que seulement sur des personnes âgées « en bonne santé »), qu'elles comparent des sujets de divers groupes d'âge et qu'elles établissent la durée et la fréquence optimales des programmes de tai chi ainsi que le meilleur style pour la prévention des chutes. Enfin, il estime qu'il serait particulièrement important de mesurer directement le nombre de chutes, étant donné que l'amélioration de l'équilibre pourrait ne pas être directement reliée à la réduction des chutes.

À la lumière des observations du Dr Wu, il sera intéressant de voir les résultats du Dr Hélène Corriveau de l'Université de Sherbrooke. En effet, celle-ci se propose d'étudier l'efficacité d'un programme de tai chi dans la prévention des chutes chez des personnes âgées diabétiques souffrant de neuropathie périphérique diabétique. La neuropathie périphérique mène à des lésions nerveuses qui peuvent entraîner une perte de sensation dans les extrémités, en particulier les pieds. Ceci crée des problèmes d'équilibre qui peuvent accroître les risques de chute. Par conséquent, une étude auprès de cette population de patients irait dans le sens des recommandations du Dr Wu d'étudier des sujets à risque de chute.

Références

1. Wu, Ge. 2002. Evaluation of the Effectiveness of Tai Chi for Improving Balance and Preventing Falls in the Older Population – A Review. *Journal of the American Geriatric Society* 50:746-754.

POLITIQUE ET AFFAIRES PUBLIQUES

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : LES EFFECTIFS DES SERVICES DE SANTÉ SONT-ILS PRÊTS?

par Alison McTavish

Selon les prévisions, la population totale du Canada va passer de 30,8 millions en 1999 à 35 millions en 2041, soit une augmentation de 14 %. On estime que le nombre de Canadiens âgés de 65 ans et plus va plus que doubler, passant de 3,9 millions en 1999 à 8,7 millions environ en 2041.

Selon les estimations de 1999 de l'Institut canadien d'information sur la santé, les aînés représentent 31 % des personnes hospitalisées, et 12 % des personnes âgées reçoivent des soins à domicile par des infirmières et d'autres travailleurs. On estime également que les aînés sont responsables de 25 % des visites chez les médecins.

Il est évident que le vieillissement de la population va augmenter les pressions sur le système de santé déjà surchargé. Malgré tout, relativement peu de médecins ou d'autres professionnels de la santé sont formés en gériatrie.

Certes, les premiers ministres canadiens ont convenu de veiller à ce que chaque gouvernement ait le personnel compétent nécessaire pour fournir le niveau approprié de soins et de services de santé, mais les récentes pénuries de main-d'œuvre rapportées dans l'ensemble du pays laissent entrevoir qu'il sera difficile de respecter cet engagement.

Pénurie de médecins

Le nombre de médecins pratiquant actuellement au Canada a chuté de 5 % depuis 1993. Cela est étonnant, étant donné que le Canada était censé avoir un surplus de médecins dix ans auparavant. Cette impression de surplus a eu pour conséquence que les médecins ont été encouragés à prendre leur retraite, que les inscriptions aux facultés de médecine ont été réduites et que les médecins étrangers n'ont pas été encouragés à venir au Canada.

De plus, il y a eu une baisse considérable du nombre de nouveaux diplômés choisissant la médecine familiale. C'est une mauvaise nouvelle pour les personnes âgées, car ces professionnels fournissent généralement des soins à beaucoup de patients âgés. Malgré que le Collège des médecins de famille du Canada ait agréé des programmes de formation universitaire en gériatrie menant à un diplôme, seulement 1,8 % des résidents en médecine familiale ont été admis dans ces programmes en 2001.

Il y a également une pénurie aiguë de gérontopsychiatres. Selon des études récentes, jusqu'à 80 % des résidents de centres d'hébergement et de centres de soins de longue durée souffrent de maladies psychiatriques, mais une grande proportion d'entre eux n'ont

pas accès à des services spécialisés en santé mentale. Un rapport a signalé que près de 40 % des centres d'hébergement n'offraient pas de services psychiatriques.

Récemment, l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique a tenu un symposium national sur cette question. Les participants ont reconnu qu'un nouveau plan était nécessaire pour améliorer la formation des fournisseurs de services et s'assurer que tous les patients reçoivent une évaluation et des soins adéquats.

Pénurie d'infirmières

Il y a une grave pénurie d'infirmières dans tout le Canada. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada prévoit un manque de 114 000 infirmières diplômées au cours de la prochaine décennie. Le Québec emploie actuellement 62 000 infirmières, mais les établissements de santé ont de la difficulté à combler les 1500 postes vacants à Montréal seulement. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec estime que le manque d'effectifs dépassera 19 800 en 2015 à moins que des mesures ne soient prises maintenant.

Les principales raisons de cette pénurie sont le vieillissement des effectifs, les inscriptions moins nombreuses aux programmes de formation en soins infirmiers en raison de la disponibilité d'emplois moins stressants et mieux payés et l'insatisfaction professionnelle. Les infirmières quittent la profession et les jeunes hésitent à y entrer.

Au cours des années 1970, environ 10 000 nouvelles infirmières recevaient leur diplôme chaque année au Canada. À la fin des années 1990, il n'y en avait plus que 4000. Le nombre de nouveaux diplômés a chuté de 50 % au cours de la dernière décennie et le total des inscriptions aux programmes de formation était de 7600 seulement en 1999.

Le secteur des soins de longue durée sera le plus durement frappé par cette pénurie. À Toronto seulement, près de 9000 patients attendent d'être placés dans des centres d'hébergement ou des résidences pour personnes âgées. Cette situation ira probablement en s'aggravant au cours des 10 prochaines années.

Importance de la préparation des effectifs

Les lignes directrices récentes du Collège royal concernant la formation postuniversitaire en médecine interne suggèrent que tous les étudiants reçoivent une formation en gériatrie. Ces directives concordent avec celles de l'American Geriatric Society et de l'Association médicale canadienne, qui recommandent que les programmes de premier cycle fassent une plus large place à cette discipline.

Selon un rapport publié dans les Annales du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, une expérience clinique en gériatrie est associée à de meilleures connaissances en gériatrie et à de meilleures attitudes à l'égard des personnes âgées. Les résidents sans formation en gériatrie sont plus susceptibles de préférer traiter des maladies aiguës, des patients plus jeunes et des patients sans atteinte cognitive. D'autre part, l'attitude à l'égard des personnes âgées et de la gériatrie s'améliore avec le nombre d'années de résidence en médecine interne.

Les auteurs concluent que les résidents doivent être préparés à prendre soin des aînés, qu'ils aient choisi la gériatrie ou une autre spécialité, étant donné que les médecins verront de plus en plus de personnes âgées parmi leurs patients.

Stratégie nationale

Le Gouvernement du Canada a récemment publié le rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (le rapport Romanow). Le rapport reconnaît la croissance de la clientèle âgée et souligne la nécessité d'accroître les dépenses du gouvernement fédéral en matière de santé. Il faut noter tout particulièrement la recommandation d'un transfert de deux milliards de dollars sur deux ans pour fournir une base à une éventuelle stratégie nationale pour les soins à domicile.

La situation démographique est claire, mais les solutions le sont moins. Bien que le rapport Romanow ait abordé ces problèmes, le gouvernement devra décider comment il mettra en application les recommandations et surtout, où il trouvera les ressources nécessaires.

Sources :

Chan, B. From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada's Physician Workforce in the 1990s? (Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'histoire des médecins canadiens dans les années 1990). Institut canadien d'information sur la santé, 2002.

Kovner et al. Who cares for older adults? Workforce implications of an aging society. *Health Affairs* 2002;21(5):78-89.

Romanow, R. Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada (Building on Values: The Future of Health Care in Canada). Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002. En français et en anglais à <http://www.healthcarecommission.ca>.

Une entrevue avec le D^r Dolly Dastoor, Directrice clinique et administrative, Programme de démence et de comorbidité psychiatrique, psychologue clinicienne, division de gérontopsychiatrie, Hôpital Douglas, professeur adjoint, département de psychiatrie, Université McGill, et membre du Centre McGill d'études sur le vieillissement

(suite de la page 2)

l'agressivité, les tendances à l'errance ou même l'incontinence. »

Le D^r Dastoor croit également que dans la prise en charge du problème plus large de démence dans notre société vieillissante, le soutien des aidants (qui sont souvent les membres de la famille) et l'éducation de la communauté en général, sont des facteurs cruciaux. À cette fin, elle s'est impliquée auprès de nombreux organismes qui font la promotion de ces objectifs, y compris la Société Alzheimer de Montréal, dont elle a été membre fondateur et présidente. Elle est également présidente du Comité de l'éducation du Centre McGill d'études sur le vieillissement (voir Géronto-McGill, novembre 2002), qui a organisé des projets dans des écoles secondaires pour éduquer les jeunes sur les mythes et les stéréotypes à propos des personnes âgées et, en particulier, celles qui sont atteintes de démence.

En plus de sa longue liste d'accomplissements et de plus de 25 ans de service à l'Hôpital Douglas, le D^r Dastoor a également à son actif une autre réalisation récente, l'achèvement de son doctorat. Après une année de congé pour suivre les cours nécessaires, elle a complété ses recherches (sur le taux de déclin dans la démence) et

obtenu son Ph.D. de l'Université Concordia en 1998. Ayant reporté ses études pour des raisons familiales au début de sa carrière, elle note avec fierté que ses deux enfants l'ont encouragée à retourner aux études et que tous trois ont obtenu leurs doctorats en même temps (deux Ph.D. et un M.D.).

En réfléchissant à son cheminement, le D^r Dastoor note, perplexe, qu'elle entend souvent la même question. « Pourquoi, me demandent les gens, travaillez-vous avec des patients âgés et déments; n'est-ce pas déprimant? Mais je n'ai jamais trouvé ce travail déprimant. Certains de ces patients ont connu d'énormes difficultés dans leurs vies avant de tomber malades et malgré tout, ils font preuve de résistance, conservent le moral et sont capables de vivre et de sourire; c'est quelque chose à envier. En réalité, j'ai toujours trouvé ce travail exaltant. »

**CENTRE MCGILL D'ÉTUDES SUR
LE VIEILLISSEMENT**

6825, boul. Lasalle
Verdun (Québec) H4H 1R3
Tél. (514) 766-2010 / téléc. (514) 888-4050
Courriel : mcsainfo@po-box.mcgill.ca
Site web : <http://www.aging.mcgill.ca>

ÉQUIPE DE RÉDACTION

RÉDACTRICE EN CHEF

Sonia Lupien (Hôpital Douglas, CEMV)

RÉDACTRICE

Ginette Lacoste

ADMINISTRATRICE

Lyne Jean (CEMV)

JOURNALISTES

Jeff Boyczuk

(École des sciences et des troubles de la communication, McGill)

Julie Comber

(Médecine expérimentale et Éthique biomédicale, McGill)

Alison McTavish

(Rédactrice médicale à la pige)

TRADUCTION

Lacoste Royal

ÉDITIQUE ET IMPRESSION

Imprimerie Miro inc.

**NOUS REMERCIONS NOVARTIS
POUR SON GÉNÉREUX SOUTIEN
AU GÉRONTO-McGILL.**

LE SAVIEZ-VOUS...?

Au Canada, chez les personnes âgées vivant encore à la maison, 78 % décrivent leur santé comme « bonne » (38 %), « très bonne » (28 %) ou « excellente » (12 %), alors que 16 % la décrivent comme « passable » et seulement 6 %, comme « mauvaise ».

Source : Rapport de Statistique Canada (1997) — préparé pour Santé Canada.

Visité en novembre 2002 :

<http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/fr/no41.htm>

L'alcool est la drogue la plus couramment consommée par les aînés canadiens.

Les personnes âgées sont beaucoup moins susceptibles de rapporter des problèmes liés à l'alcool que les adultes plus jeunes.

Source : Site Web de la Division du vieillissement et des aînés (Santé Canada)

Visité en novembre 2002 :

<http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/medicate/french/pubs/medstats.htm>