



Centre de recherche
sur le vieillissement
Research Centre
on Aging

Centre de santé et de services sociaux -
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



Encrâge

VOLUME 8, NUMÉRO 1, PRINTEMPS 2006

Dans ce numéro :

- Apprentissage de nouvelles informations dans la maladie d'Alzheimer : des méthodes pour aider la mémoire1
- Effet de la perte d'équilibre sur l'habileté à éviter une chute ...2
- Quand l'appétit va, tout va!3
- La continuité des services dans le cadre de réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d'autonomie4
- PRISMA : des recherches utilisées par le réseau de la santé5

Le journal Encrâge a pour but d'informer les personnes ayant déjà participé aux études du Centre de recherche sur le vieillissement.

Cependant, toute personne qui souhaite recevoir l'Encrâge peut communiquer avec nous. Nos coordonnées sont à la page 6.

Apprentissage de nouvelles informations dans la maladie d'Alzheimer : des méthodes pour aider la mémoire

Par Nathalie Bier, étudiante au doctorat en sciences cliniques



Nathalie Bier effectue ses travaux sous la supervision de Lise Gagnon, Ph. D., et de Johanne Desrosiers, Ph. D., chercheuses au Centre de recherche sur le vieillissement et professeures à l'Université de Sherbrooke, ainsi que Martial Van de Linden, Ph. D., de l'Université de Genève en Suisse avec la collaboration du Service de neuropsychologie de l'Université de Liège en Belgique.

Depuis de nombreuses années, des chercheurs concentrent leurs efforts sur le développement de médicaments qui permettent d'améliorer la mémoire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, il est également possible d'aider les personnes à se souvenir de nouvelles informations en travaillant directement sur leur mémoire.

Une équipe du Centre de recherche sur le vieillissement mènent des études à cet effet. Dans ce cas, il ne s'agit pas de redonner la mémoire d'antan ou d'empêcher la maladie de progresser, mais bien d'utiliser

des capacités préservées de mémoire afin de favoriser l'apprentissage d'une petite quantité d'information utile pour fonctionner dans la vie quotidienne. En effet, les personnes aux stades débutant et modéré de la maladie présentent plusieurs capacités de mémoire préservées. Il est donc possible, par exemple, d'aider ces personnes à apprendre à utiliser un four à micro-ondes, à retenir leurs rendez-vous ou le nom des personnes de leur entourage.

Différentes méthodes, qui visent à favoriser l'apprentissage de ces informations, sont développées pour répondre spécifiquement aux besoins et aux difficultés de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Ces méthodes sont appliquées par un proche ou un intervenant et non par la personne qui est atteinte de la maladie. Ainsi, ce type

d'intervention pourrait être utilisé en conjonction avec une médication et une adaptation de l'environnement, afin d'aider la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à demeurer le plus longtemps possible à domicile.

Les études actuelles montrent le potentiel de trois méthodes d'apprentissage dans la démence de type Alzheimer (DTA) en début

de maladie : la **méthode de récupération espacée**, la **méthode d'estompage** et la **méthode sans erreur**. Malgré le potentiel évident de ces méthodes d'apprentissage, ces dernières doivent être expérimentées, au laboratoire et au domicile, avant d'être utilisées par tous les intervenants et les proches.

Le but de notre recherche est d'évaluer leur efficacité. Dans un premier temps, l'efficacité des méthodes a été mesurée au Centre de recherche. Ensuite, nous les avons appliquées directement dans le milieu de vie des personnes, afin de les aider à retenir des informations pertinentes qui amélioreront certains aspects de leur niveau d'autonomie.

Nous possédons plus de cinq sortes de mémoire?

- **La mémoire épisodique** retient les événements qui se sont déroulés dans notre vie jusqu'à tout récemment;
- **La mémoire sémantique** est le dictionnaire des mots et des choses que nous savons sur le monde;
- **La mémoire procédurale** enregistre les gestes;
- **La mémoire perceptuelle** retient la forme des objets, des sons, etc.;
- **La mémoire de travail** nous permet d'effectuer des tâches en cours.

Dans la maladie d'Alzheimer en début de maladie, les mémoires procédurale, perceptuelle et, dans une moindre mesure, la mémoire sémantique, sont bien préservées, ce qui permet d'ap-prendre de nouvelles informations de cette nature.

SAVIEZ-VOUS QUE

Voir APPRENTISSAGE DE NOUVELLES INFORMATIONS à la page 6...

Effet de la perte d'équilibre sur l'habileté à éviter une chute

Par Alessandro Telonio, étudiant au doctorat en génie mécanique



Alessandro Telonio est étudiant à la Faculté de génie de l'Université de Sherbrooke. Il travaille sous la supervision de Cécile Smeesters, ingénieure, chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement et professeure adjointe au Département de génie mécanique de la Faculté de génie de l'Université de Sherbrooke.

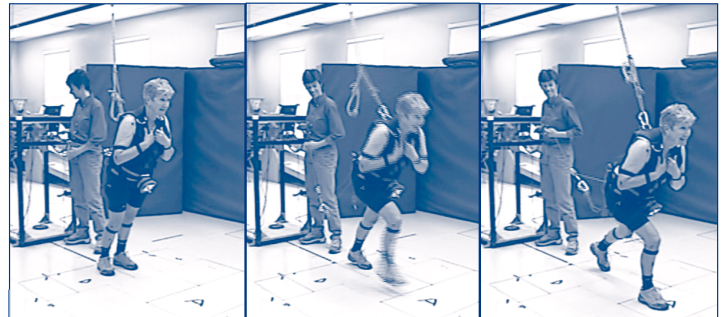
La prévention des chutes est une préoccupation importante, notamment chez les personnes âgées. Les chutes sont les plus importantes causes de décès, d'hospitalisation, de traitements et de handicap par blessure non intentionnelle au Canada, toutes catégories d'âge confondues. Une étude québécoise rapporte qu'environ 290 000 personnes âgées ont fait une chute entre 1997 et 1999. Une autre recherche a évalué que le coût moyen d'une hospitalisation à la suite d'une chute (coût qui exclut la réadaptation) est de 6 321 \$ par personne chez les individus de 65 ans et plus, comparativement à 4 792 \$ par personne pour l'ensemble de la population.

Au cours des 20 dernières années, il y a eu beaucoup d'études sur la perte d'équilibre et sur l'habileté à rétablir son équilibre à la suite de petites et de moyennes perturbations posturales. Ces études ont permis d'identifier un grand nombre de facteurs de risque de chutes liés aux capacités motrices, perceptuo-sensorielles et cognitives. En parallèle, d'autres travaux de recherche ont démontré que tomber latéralement (sur le côté) augmente le risque de fracture de la hanche. Depuis quelques années, des études ont porté sur la limite du rétablissement de l'équilibre à la suite de grandes perturbations posturales où il n'est pas toujours possible de rétablir son équilibre et d'éviter la chute. Le nombre limité d'études, les différences méthodologiques entre celles-ci et l'absence d'études sur l'effet de la direction de la perte d'équilibre font que les causes de l'incapacité des personnes âgées à rétablir leur équilibre, et donc d'éviter la chute, ne sont pas encore comprises.

SAVIEZ-VOUS QUE
Des études démontrent que tomber de la position debout peut causer une fracture de la hanche. Selon d'autres observations, la plupart des gens qui ont souffert de fractures sont tombés latéralement (sur le côté). Finalement, des recherches ont démontré que tomber latéralement augmente le risque de fracture de la hanche de 3 à 5 fois comparativement aux autres directions de chute.

Un de nos projets vise à mesurer l'effet de la direction de la perte d'équilibre sur les capacités des personnes âgées à rétablir leur équilibre afin d'éviter la chute. Ainsi, nous avons simulé différentes situations : 1) un trébuchement par une perte d'équilibre vers l'avant, 2) un déséquilibre vers l'arrière imitant l'effet d'un glissement et 3) une perte d'équilibre latérale pour simuler un sol qui bouge de façon inattendue.

Quarante-huit personnes participeront à notre étude : 24 jeunes adultes (18 à 30 ans) en santé et 24 personnes âgées (65 à 86 ans) en santé avec un nombre égale d'hommes et de femmes dans chaque groupe. Les capacités motrices, les capacités perceptuo-sensorielles et les capacités cognitives seront évaluées par différents tests cliniques sur chacun des participants (voir la description des différents types de capacités dans le tableau 1).



Une participante est placée en situation de déséquilibre et elle doit faire quelques pas afin d'éviter de chuter. Un système de harnais de sécurité empêche la participante de tomber sur le sol et de se blesser. Des capteurs, placés à différents endroits sur son corps, permettent d'enregistrer tous les mouvements qu'elle effectue.

Les mêmes capacités seront également évaluées lors d'une tâche à la limite du rétablissement de l'équilibre. Ainsi, chaque participant sera incliné vers l'avant, vers l'arrière, vers son côté dominant et vers son côté non-dominant tout en étant supporté par un câble (voir la série de photos). Après un délai indéterminé, un déséquilibre sera provoqué en relâchant soudainement le câble. La personne devra rétablir son équilibre en faisant seulement un pas. L'angle d'inclinaison initial augmentera de 2,5 degrés à chaque essai, jusqu'à ce que le participant ne parvienne plus à rétablir son équilibre avec un pas ou qu'il utilise le harnais de sécurité pour rétablir son équilibre. L'angle d'inclinaison maximale sera alors utilisé comme mesure de performance du rétablissement de l'équilibre. Toutes ces mesures seront effectuées à l'aide de nombreux appareils : des détecteurs placés sur les muscles, un système de mesure du mouvement par caméra, etc.

TABLEAU 1 - LES DIFFÉRENTES CAPACITÉS ÉVALUÉES

CAPACITÉS MOTRICES	CAPACITÉS PERCEPTUO-SENSORIELLES	CAPACITÉS COGNITIVES
• la force musculaire; • l'amplitude de mouvement; • le temps, la longueur et la vitesse du pas; • l'équilibre.	• le temps de réponse; • la sensibilité; • l'acuité visuelle et l'intégration sensorielle.	• l'attention; • les fonctions exécutives (plus spécifiquement la capacité d'inhibition de l'information non pertinente).

Voir EFFET DE LA PERTE D'ÉQUILIBRE à la page 6...

Quand l'appétit va, tout va!

Par Hélène Payette, Ph. D. et l'équipe NuAge du Centre de recherche sur le vieillissement



Directrice et chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement
Professeure titulaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et nutritionniste



Cette meilleure perception est d'ailleurs confirmée par les mesures physiques recueillies. De façon générale, les personnes qui rapportent un bon appétit ont une meilleure mobilité mesurée par l'équilibre, la vitesse de marche et la capacité à se lever et    s'asseoir sur une chaise. Elles sont aussi

plus fortes. En effet, les femmes montrent une plus grande force musculaire des bras et les hommes, une plus grande force des jambes.

En ce qui concerne l'alimentation, il est important de noter que toutes les personnes qui rapportent un bon appétit ont plus le goût de manger de la viande, de la volaille, du poisson et des légumes. De plus, contrairement à l'image populaire, ces participants n'ont pas mentionné avoir plus le goût de manger des aliments gras ou sucrés.

Ces goûts se reflètent sur les apports énergétiques et nutritionnels. En effet, parmi les 300 participants pour lesquels nous avons déjà analysé les données nutritionnelles, la di  te des personnes rapportant un bon appétit est plus riche en énergie et fournit une plus grande quantité de protéines, de minéraux essentiels à la santé (fer, calcium, magnésium, potassium), ainsi que de vitamines (C, K, niacine, thiamine et riboflavine).

En conclusion, le vieil adage « Quand l'appétit va, tout va! » semble se confirmer. Avoir bon appétit est synonyme d'une di  te de qualité, de capacités fonctionnelles supérieures d'où une meilleure perception de sa santé...

Il reste maintenant à clarifier les mécanismes qui sous-tendent ces relations. Est-ce que l'appétit est l'élément clé d'une bonne alimentation? En retour, est-ce que l'appétit est stimulé par une di  te adéquate? Quel est le rôle de l'exercice dans ces relations? Bien d'autres questions restent en suspens. Les quatre prochaines années de mesures dans le cadre de l'étude NuAge nous permettront d'y répondre. En attendant, bon appétit à vous!   

Quand on pose la question : « Avez-vous bon appétit... Souvent? Quelques fois? Ou jamais? », beaucoup de personnes en forme, particulièrement les femmes, sont tentées de répondre : « J'ai trop d'appétit, ce n'est pas bon pour moi! ».

L'appétit se définit comme un ensemble de sensations révélant le désir d'ingérer des aliments. L'appétit est diff  rent de la faim qui est une sensation physique exprimant un besoin dont la satisfaction est nécessaire. Dans notre société d'abondance alimentaire où l'image corporelle est prédominante, l'appétit est souvent vu comme un désir coupable, car non nécessaire.

Par contre, le manque ou la perte d'appétit est reconnu comme un signal d'alarme de la malnutrition. Dans presque tous les cas, il indique une perte de poids et d'énergie, une diminution de la résistance aux infections et à d'autres maladies. La question est donc : Où se trouve l'équilibre entre le manque et l'excès d'appétit pour assurer une bonne santé?

Afin de mieux comprendre le rôle de l'appétit et de son impact dans notre quotidien, nous avons comparé la perception de l'appétit à plusieurs aspects nutritionnels ainsi qu'à des mesures de la santé et de la force musculaire. Nous avons utilisé les données recueillies lors de la 1  re visite des 1 793 participants et participantes de l'étude NuAge, qui sont suivis annuellement pour une période de 5 ans. NuAge s'intéresse au rôle de la nutrition comme déterminant d'un vieillissement réussi. Pour ce faire, l'état nutritionnel, les performances physiques et l'état émotionnel sont mesurés par une série de tests chez des participants sélectionnés pour leur relative bonne santé.

SAVIEZ-VOUS QUE
L'acronyme NuAge est formé des mots **NU**trition et **ÂGE**. NuAge est le nom donné à l'étude qui s'intéresse à l'effet de l'alimentation et du vieillissement réussi des personnes âgées. Des gens de la région de Montréal et de Sherbrooke prennent part à cette recherche d'une durée de 5 ans.

La majorité des participants de NuAge, soit 85 % des hommes et 80 % des femmes, déclare avoir souvent un bon appétit. Ces derniers se perçoivent également en meilleure santé générale (physique et mentale) et font état d'une meilleure vitalité par rapport aux personnes qui disent avoir moins bon appétit.



Marie-Andrée Roy, une agente de recherche de l'équipe de Sherbrooke, rencontre une participante du projet NuAge.

La continuité des services dans le cadre de réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d'autonomie

Par Yves Couturier, Ph. D., Sébastien Carrier et Dominique Gagnon, étudiants à la maîtrise en service social



Yves Couturier est chercheur au Centre de recherche sur le vieillissement et professeur agrégé au Département de service social de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke.

Les réformes actuelles dans le milieu de la santé et des services sociaux s'appuient sur l'idée d'une meilleure continuité des services d'un professionnel à l'autre. Cette continuité des services constitue l'une des caractéristiques de la qualité des services. Mais qu'entend-on au juste par continuité?

Des travaux de recherche ont permis d'identifier trois formes de continuité. Premièrement, la **continuité d'approche** suppose que les actions des professionnels de la santé soient toutes orientées vers un objectif commun. Par exemple, il importe que le médecin et la travailleuse sociale soient d'accord sur l'objectif du maintien de la personne âgée à domicile. Deuxièmement, la **continuité informationnelle** implique un accès facile aux informations utiles au moment opportun. Ainsi, le pharmacien devra avoir accès aux informations médicales nécessaires à son bon travail. Troisièmement, la **continuité relationnelle** exige que l'expérience de soin vécue par le client se réalise grâce à des relations humaines significatives et stables dans le temps. Par exemple, il importe que la personne âgée ait un professionnel significatif à qui elle pourra se référer au besoin.

Les auteurs de ces études arrivent à une conclusion cruciale : la continuité est d'abord et avant tout une expérience vécue, ce qui la rend très difficile à observer et à mesurer. Cette condition oblige les chercheurs à être attentifs à l'expérience que vivent les personnes, autant les clients qui utilisent les services de santé que les professionnels de la santé.

Notre équipe de recherche a donc interviewé 63 praticiens (travailleurs sociaux, infirmières, médecins, etc.) impliqués dans 18 dossiers cliniques de personnes âgées en perte d'autonomie des régions de Sherbrooke, Coaticook et Mégantic. Tous ces dossiers impliquaient au moins un gestionnaire de cas, soit un professionnel de la santé qui a pour tâche de coordonner les services auprès d'une personne âgée en perte d'autonomie.

Nous estimons que l'utilité de la gestion de cas varie selon la forme de continuité considérée. Ainsi, nous avons constaté que la **continuité d'approche** est tout compte fait assez efficace. Nous avons observé que le travail du gestionnaire de cas permet une plus grande cohérence entre le travail de tous les intervenants que ce soit le médecin, l'infirmière, le travailleur social,

etc. Cependant, nous avons constaté que cette forte cohérence n'empêche pas quelques débats entre les professionnels de la santé, comme la question : quelle serait la meilleure façon d'intervenir auprès d'une personne en perte d'autonomie? En fait, ce sont moins des enjeux cliniques qu'organisationnels qui peuvent entraîner de l'incohérence dans les interventions.

Au plan de la **continuité informationnelle**, nous avons observé que la gestion de cas quand elle est appuyée par des outils d'information performants, permet de bien assurer la diffusion de l'information nécessaire au parcours adéquat de l'utilisateur dans les services. Par contre, certaines difficultés demeurent, notamment en raison d'un déploiement incomplet des systèmes d'information. Certains médecins, par exemple, n'ont pas accès au dossier informatisé du patient, parce qu'ils n'ont pas d'ordinateur dans leur cabinet.

Plus encore, nous avons observé la grande importance des rapports directs entre les professionnels pour soutenir cette forme de continuité. En fait, dans les régions où les professionnels de la santé se connaissent et interagissent quotidiennement dans un cadre de travail partagé, la continuité informationnelle est beaucoup plus intense. Ce constat questionne les risques inhérents à la forte croissance de la taille des établissements de santé et de services sociaux que connaît actuellement le Québec. Il rappelle l'importance de la proximité des professionnels entre eux, dans un même milieu de travail.

Enfin, nous constatons que la **continuité relationnelle** constitue la forme de continuité où il reste le plus de travail à réaliser. Nous avons en effet observé plusieurs trous dans cette forme de continuité. Ils s'expliquent notamment par l'organisation du travail, qui provoque des discontinuités souvent irréductibles (vacances, congés de maladie, etc.). En fait, cette dernière forme de continuité, au cœur de la perception qu'aura l'utilisateur des services qu'il aura reçus, appelle à concevoir des services moins centrés sur les systèmes d'information. La relation clinique avec le client permet à la personne âgée de participer à la prise de décision à propos des services qui lui sont offerts. La relation significative permet non seulement d'humaniser les soins, mais surtout elle donne la capacité à la personne âgée d'orienter en temps réel l'évaluation clinique qui la concerne. On le voit, le progrès accompli en matière de continuité des services est grand, même s'il faut poursuivre la réflexion à ce propos. ¶

PRISMA : des recherches utilisées par le réseau de la santé

Par Michel Raïche, coordonnateur de recherche et étudiant au doctorat en sciences cliniques



Michel Raïche est coordonnateur de l'étude PRISMA-Estrie. En plus de ses activités au sein de PRISMA, il a entrepris un doctorat en sciences cliniques à l'Université de Sherbrooke. Les résultats de ses recherches s'ajouteront à ceux de PRISMA. Il mène ses travaux sous la supervision des D^{rs} Réjean Hébert, Marie-France Dubois et Nicole Dubuc, chercheurs au Centre de recherche sur le vieillissement et professeurs à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (D^r Hébert est également le doyen de la Faculté).

LE RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES COMPREND SIX ÉLÉMENTS :

- la concertation entre les établissements de santé, entre les départements, entre les cliniciens;
- un guichet unique pour l'accès aux services;
- des questionnaires de cas pour les personnes ayant besoin de plusieurs services;
- un plan de service individualisé pour les personnes ayant besoin de plusieurs services, afin qu'ils soient coordonnés;
- un outil d'évaluation de l'autonomie qui soit le même pour tous les cliniciens;
- un dossier clinique informatisé (plutôt qu'un dossier en papier) accessible à l'ordinateur par une infirmière, un travailleur social, un médecin, etc.

L'automne dernier, l'équipe de recherche PRISMA a reçu un prix national pour l'application des connaissances. Cette reconnaissance souligne que les connaissances acquises durant cette étude ont vraiment été utilisées, appliquées... Mais par qui? Par l'ensemble du réseau de la santé du Québec. Les 1551 personnes âgées, qui ont participé à l'étude, ont également contribué à améliorer les services de santé. Ce prix leur revient tout autant, car sans elles, pas de recherche, pas de résultats et pas d'amélioration possible!

PRISMA signifie **P**rogramme de **R**echerche sur l'**I**ntégration des **S**ervices de **M**aintien de l'**A**utonomie. Le groupe de chercheurs dirigé par le D^r Réjean Hébert vise à évaluer l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux, en testant un réseau mieux coordonné, intégré.

Le réseau intégré de services comprend six éléments (voir l'encadré). Dans l'étude PRISMA, nous avons observé si ces éléments étaient présents dans le réseau de la santé en Estrie et dans la région de Chaudière-Appalaches, et dans quel pourcentage. Nous avons aussi observé quels sont leurs effets sur l'autonomie des personnes âgées, l'institutionnalisation, la satisfaction par rapport aux services reçus, l'autonomisation (le sentiment de participer aux décisions de santé qui nous concernent), les aidants, l'utilisation des services de santé (publics, privés et communautaires) et les coûts de ces services utilisés. L'étude s'est déroulée autant dans des régions rurales qu'urbaines.

Afin de recueillir toutes les données de cette étude de 4 ans, les 1551 participants ont été rencontrés à leur domicile à chaque année. À tous les deux mois, nous les avons appelés pour connaître les services de santé qu'ils avaient utilisés. Est-ce que ces services de santé les ont aidés à rester autonomes?



De gauche à droite, D^r Alan Bernstein, président des Instituts de recherche en santé du Canada, qui a remis le prix de l'Application des connaissances au D^r Réjean Hébert, chercheur principal de PRISMA, Michel Tousignant, l'un des cochercheurs de PRISMA, et Michel Raïche, coordonnateur de l'étude PRISMA.

Bien évidemment, l'être humain n'est pas construit génétiquement pour vivre jusqu'à l'âge de 400 ans. Mais peut-il se rapprocher de l'espérance de vie maximale tout en restant autonome le plus longtemps possible? Cette étude ne peut répondre à toutes les questions, mais on sait qu'un réseau intégré aide à rester plus longtemps et de manière plus satisfaisante à la maison. Et comme c'est ce que souhaitent la plupart des personnes âgées, c'est donc très intéressant.

Le Ministère de la santé et des services sociaux a décidé d'organiser le réseau de la santé sous forme de réseau intégré pour les personnes âgées. On peut donc dire que les connaissances acquises durant cette étude ont été utilisées!

L'outil d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle qui est maintenant utilisé dans tout le réseau au Québec est le SMAF. Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) a été développé par le D^r Réjean Hébert. C'est une autre des raisons qui a mené les Instituts de recherche en santé du Canada à remettre, le 22 novembre dernier, le Prix de l'application des connaissances au D^r Réjean Hébert et à son équipe PRISMA. La bourse de 20 000 \$, qui accompagne le prix, servira à publier un livre sur les résultats finaux de PRISMA, ainsi qu'à organiser le quatrième et dernier congrès en 2006, afin de diffuser les résultats de la recherche aux décideurs, aux gestionnaires et aux professionnels de la santé. 

PRISMA

...APPRENTISSAGE DE NOUVELLES INFORMATIONS

La méthode de récupération espacée consiste à demander à la personne de retrouver l'information dans sa mémoire après des délais de temps de plus en plus longs (après 10 secondes, 20 secondes, 30 secondes, 1 minute, 1 minute 30 et ce, jusqu'à 5 minutes).

Cette méthode s'est avérée très efficace auprès de nos participants atteints de DTA en stade débutant qui ont été rencontrés dans notre laboratoire. Elle s'est également montrée efficace directement dans le milieu de vie pour favoriser l'utilisation d'un calendrier. Elle a également permis à une dame de se souvenir de l'heure et de l'endroit où se déroule la récitation du chapelet dans une maison pour personnes âgées.

La méthode d'estompage vise à donner des indices pour aider la personne à trouver l'information. Au départ, il faut donner plusieurs indices, puis les diminuer graduellement jusqu'à ce que la personne puisse produire la réponse d'elle-même. Par exemple, dans notre étude auprès de personnes atteintes de DTA en stade débutant, nous présentions la photographie d'une personne ainsi que son nom de famille. Nous lisions les informations avec le participant. Ensuite, lors des autres essais, nous diminuions graduellement le nombre de lettre du nom de famille jusqu'à ce que le participant puisse donner la réponse de lui-même. Cette méthode s'avère aussi très efficace dans nos laboratoires et directement dans le milieu de vie des gens. Grâce à cette méthode, nous avons aidé une personne qui adorait la musique à réapprendre à utiliser une radiocassette.

La **méthode sans erreur**, qui porte bien son nom, vise à limiter les erreurs dans la mesure du possible. La logique de cette méthode est la suivante : puisque les personnes atteintes de DTA présentent des troubles de mémoire importants, elles ne peuvent se rappeler qu'elles ont produit une erreur et auront tendance à la répéter sans arrêt. Dans notre étude, nous présentions des photographies de personnes associées à leur nom de famille et nous répétions ces informations à plusieurs reprises en empêchant aux participants de deviner la réponse. Nous nous assurons que seule la bonne réponse était répétée. Cette méthode s'est aussi avérée efficace auprès de nos participants atteints de DTA en stade débutant.

En résumé, toutes les méthodes sont efficaces. Cependant, davantage de participants ont pu profiter de la méthode de récupération espacée, qui semble être la méthode la plus efficace des trois. Actuellement, nous poursuivons nos études afin de mieux comprendre le fonctionnement de ces méthodes et ce qui fait que la méthode de récupération espacée semble être la méthode à privilégier. Un autre volet de cette étude explore l'efficacité des méthodes auprès de personnes âgées qui ne présentent pas de trouble de mémoire. En effet, les personnes âgées peuvent aussi expérimenter certaines difficultés avec leur mémoire dans la vie de tous les jours. Ces méthodes pourraient peut-être les aider à compenser certaines de leurs difficultés, comme retenir les noms de personne ou la date des rendez-vous.

Il s'agit d'un domaine de recherche novateur et une meilleure compréhension de ces méthodes permettra d'améliorer les interventions faites auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs proches aidants. 

...EFFET DE LA PERTE D'ÉQUILIBRE

Nous estimons que l'angle d'inclinaison maximal sera plus grand chez les jeunes adultes que chez les personnes âgées. Cette différence, en fonction de l'âge, sera également affectée par la direction de l'inclinaison.

Le projet proposé permettra d'identifier les capacités les plus importantes liées à la chute selon la direction de la perte d'équilibre. En effet, nous supposons qu'un nombre limité de fonctions motrices, perceptuo-sensorielles et cognitives des participants expliqueront une portion significative de la variation de l'angle d'inclinaison maximal pour chaque direction de l'inclinaison. À partir des résultats obtenus, le projet devrait permettre d'améliorer l'identification des personnes à risque de chutes ainsi que l'efficacité des programmes de prévention des chutes. De cette façon, les personnes âgées pourront minimiser le risque de blessures et augmenter les chances de demeurer autonomes plus longtemps. 

Ne manquez pas la prochaine Conférence des gouverneurs!

Développer des tissus et des organes humains pour une meilleure qualité de vie

Par **Patrick Vermette**, Ph. D., ing.

Chercheur au Centre de recherche sur le vieillissement
Professeur adjoint au Département de génie chimique de
l'Université de Sherbrooke

Mardi 25 avril à 14 h

**À la salle Frances-Whittle,
Édifice Norton de l'Institut**
461, rue Argyll, Sherbrooke

Cette activité est gratuite et s'adresse au grand public.



**Centre de recherche
sur le vieillissement**
Research Centre
on Aging

1036 Belvédère Sud
Sherbrooke, Québec J1H 4C4

Tél. : (819) 821-1170 poste 2285

Courriel : Nadine.Fortin@USherbrooke.ca

Visitez notre site Internet : [Http://www.cdrv.ca](http://www.cdrv.ca)

**Comité du journal : Martin Brochu, Chantal
Caron, Nadine Fortin, Nancy Leclerc**

Si vous déménagez ou si vous ne voulez plus recevoir
l'Encrêpe, veuillez contacter Lucie Duquette par
téléphone au (819) 829-7131.