



Centre de recherche  
sur le vieillissement  
Research Centre  
on Aging

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



# Enchrâge

VOLUME 9, NUMÉRO 1, PRINTEMPS 2007

## Dans ce numéro :

- Participation sociale et vieillissement . . . . .1
- Le téléadaptation : Internet au service de la réadaptation . . . .2
- Un outil d'évaluation québécois, le Système de mesure d'autonomie fonctionnelle (SMAF), s'implante en France . . .3

*Le journal Enchrâge 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'Enchrâge peut communiquer avec nous.*

*Nos coordonnées sont à la page 4.*

## Participation sociale et vieillissement

Par Johanne Desrosiers, erg. Ph. D.



Johanne Desrosiers est chercheuse au Centre de recherche sur le vieillissement et directrice du Département de réadaptation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.



**La participation sociale est un sujet d'intérêt depuis plusieurs années en recherche. Plusieurs chercheurs définissent la participation sociale comme l'implication d'une personne dans des activités faites avec d'autres personnes.**

Pour notre part, nous adhérons à une définition plus large de la participation sociale dans laquelle nous incluons non seulement les activités sociales mais aussi les activités quotidiennes (ex. manger, se laver, se déplacer, communiquer) qui doivent être réalisées pour interagir en société. Par conséquent, la participation sociale peut être définie comme étant l'engagement de la personne dans ses activités courantes et ses rôles sociaux. Il ne s'agit pas de la capacité de la personne à faire ses activités et à remplir ses rôles sociaux mais de ce qu'elle fait réellement. Par exemple, on peut très bien être capable de faire son ménage mais pour différentes raisons, on le fait faire par d'autres. On peut aussi être capable de préparer des repas mais on peut ne pas le faire si on a un conjoint qui le fait pour nous.

Plusieurs études sur le thème de la participation sociale ont été réalisées au Centre de recherche sur le vieillissement. Certaines d'entre elles ont été faites auprès de personnes en santé tandis que d'autres l'ont été auprès de personnes présentant des incapacités secondaires à des problèmes de santé. Ces études nous ont appris plusieurs choses sur la participation sociale.

Premièrement, la participation diminue avec l'âge, surtout à partir de l'âge de 75 ans et ce, autant chez des personnes en santé que chez celles qui vivent avec des incapacités. Cependant, il faut aussi savoir que la participation sociale dans certains domaines n'est pas réduite avec l'âge. À titre d'exemple, la prise de ses responsabilités et l'établissement des relations interpersonnelles sont maintenus avec l'âge.

Ensuite, comme on peut se l'imaginer, la participation sociale diffère entre les hommes et les femmes dans quelques domaines de la vie. Les femmes sont plus actives dans les tâches reliées à la nutrition et aux relations interpersonnelles tandis que les hommes le sont plus dans les tâches reliées à l'entretien extérieur de la maison et aux déplacements.

**LE SAVIEZ-VOUS ?**  
L'accident vasculaire cérébral est la cause la plus fréquente des incapacités chez les personnes âgées. Des séquelles plus ou moins importantes sont présentes chez près de 65 % des personnes qui ont subi un accident vasculaire cérébral.

Voir PARTICIPATION SOCIALE ET VIEILLISSEMENT à la page 4...

# La téléadaptation : Internet au service de la réadaptation

Par Mélanie Couture, M.A., étudiante au doctorat en sciences cliniques



Mélanie Couture mène ses travaux de recherche sur le processus d'adaptation et l'ajustement à l'amputation d'un membre inférieur. Elle travaille sous la supervision de Chantal D. Caron, Ph. D., et de Johanne Desrosiers, Ph. D., chercheuses au Centre de recherche sur le vieillissement. Madame Couture s'intéresse également à la vulgarisation scientifique. Elle a rencontré Michel Tousignant, Ph. D., et Patrick Boissy, Ph. D., chercheurs au Centre de recherche sur le vieillissement. Une partie de leurs travaux portent sur la téléadaptation.

**L**e réseau Internet à la rescousse du système de santé? Certainement, vous diront les différents paliers de gouvernements qui perçoivent le réseau Internet comme une solution potentielle aux problèmes d'accessibilité aux soins de santé. Des chercheurs du Centre de recherche sur le vieillissement vont plus loin. Ils souhaitent « transporter » les traitements de réadaptation directement au domicile du patient par le biais du réseau Internet. « Cette procédure, appelée téléadaptation, met en contact un physiothérapeute et une personne... par un lien Internet dans le but de traiter la personne à domicile », précise Michel Tousignant, physiothérapeute et membre de l'équipe de recherche en téléadaptation du Centre de recherche sur le vieillissement et de l'Université de Sherbrooke.

Le but des services de réadaptation est d'aider le patient à retrouver le plus possible son état initial à la suite d'un problème de santé ou d'une hospitalisation. À l'heure actuelle, pour avoir accès aux services de réadaptation après son congé de l'hôpital, le patient doit se déplacer dans un centre de services communautaires (CLSC) ou dans un centre de réadaptation. Or, une partie de la population a difficilement accès à ces soins spécialisés, à cause, entre autres, de la grande distance entre leur domicile et les centres de soins et de services. De plus, plusieurs régions ont de la difficulté à recruter du personnel spécialisé.

**LE SAVIEZ-VOUS?** Selon le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC), 89 % des Canadiens vivent dans un territoire desservi par une connexion Internet à haute vitesse et 46 % des personnes y sont abonnées.

Statistique Canada rapportait en 2000 que 11 % des personnes de 60 ans et plus vivant au Québec ont utilisées Internet au cours de l'année précédente.

« L'avantage de la téléadaptation est de garder les patients chez eux, tout en leur offrant des services », remarque M. Tousignant.

Au cours des dernières années, la téléadaptation à domicile est devenue une possibilité grâce à l'accès Internet à haute vitesse. « Maintenant, il est possible de faire circuler beaucoup d'information sur le réseau Internet, ce qui n'était pas le cas, il y a trois ou quatre ans », ajoute Patrick Boissy, kinésologue et chercheur de l'équipe.

## Souriez, vous êtes filmé!

La téléadaptation est basée sur un système comprenant des caméras, des téléviseurs et une connexion Internet à haute vitesse. Ceci permet l'échange d'images et de sons entre le domicile du patient et l'établissement où se situe le physiothérapeute. « Au domicile du patient, un téléviseur de 20 pouces à écran plat est placé sur un meuble et une caméra est intégrée sur le dessus », explique M. Tousignant. Le patient n'a qu'à appuyer sur un bouton du téléviseur pour mettre le système en marche. Pour sa part, le physiothérapeute contrôle la caméra à distance. Il est important de souligner qu'aucune image ne peut être captée au domicile du patient si le système n'est pas activé par le patient. Cette mesure vise à préserver la vie privée et à augmenter, du même coup, le sentiment de confiance du patient envers cette nouvelle technologie.



À partir de son bureau, le physiothérapeute a accès à deux écrans, un ordinateur et une caméra. Compte tenu des besoins en téléadaptation, il est nécessaire que les caméras puissent se déplacer de gauche à droite et de haut en bas tout en ayant la capacité d'effectuer des zooms sur le patient. « Quand nous demandons à la personne de se lever, de marcher et de se déplacer dans son environnement, il s'agit d'un processus dynamique », ajoute M. Boissy.

« À chaque séance, un parent, un voisin ou un ami doit être sur place. Sinon, la séance est annulée pour des raisons de sécurité », mentionne M. Tousignant. De plus, le physiothérapeute téléphone au patient en cas de problème technique.

## Dans un téléviseur près de chez vous

Au cours des cinq dernières années, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a appuyé financièrement des projets qui visent le développement de la télésanté pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé. La téléadaptation, qui est encore au stade expérimental, doit toutefois faire ses preuves sur le plan scientifique avant d'être officiellement intégrée au réseau de la santé. Selon M. Tousignant, cela pourrait prendre encore quelques années.!



# Un outil d'évaluation québécois, le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), s'implante en France

Par Pauline Gervais, M.A. étudiante au doctorat en gérontologie



Pauline Gervais mène ses travaux sous la supervision du Dr Réjean Hébert, doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé et de Michel Tousignant, professeur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé. Tous deux sont chercheurs au Centre de recherche sur le vieillissement.

**U**n instrument d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, bien connu dans tous les établissements du Québec, intéresse les Français. Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle, mieux connu sous le nom de SMAF, a été conçu par le Dr Réjean Hébert, un chercheur du Centre de recherche sur le vieillissement. Cet outil est utilisé pour mesurer le niveau d'autonomie dans différentes activités de la vie courante, telles que s'habiller, marcher, parler, s'orienter, utiliser le téléphone, etc. Il permet de connaître les besoins d'une personne en perte d'autonomie et de déterminer les services d'aide nécessaires.

En France, la grille utilisée pour évaluer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées et handicapées ne permet pas d'identifier les incapacités et les besoins. Le SMAF est plus global et il est reconnu scientifiquement. C'est ce qui a amené le directeur de la Maison de retraite

la Madeleine de Bergerac, en Dordogne, à implanter le SMAF dans son établissement. Nous sommes allés sur place pour former le personnel de l'établissement et nous avons ensuite supervisé une première évaluation des 211 résidents. Six mois plus tard,

nous sommes retournés afin de s'assurer que tout se passait bien. Les résultats sont convaincants. Le personnel maîtrise très bien la méthode d'évaluation, la planification des services est plus efficace et qui plus est, la réalisation d'une évaluation avec le SMAF est plus rapide qu'avec la méthode utilisée auparavant. Nous avons aussi démontré que le SMAF était plus précis. Ce dernier point a fortement intéressé les adminis-

trateurs de la Maison de retraite, mais aussi les hauts dirigeants de la Dordogne, région située dans l'Ouest de la France. Ils ont pu constater que 10 % des résidents ne recevaient pas tout le financement auquel ils ont droit parce que la méthode utilisée en France n'est pas assez précise pour évaluer les besoins des personnes en perte d'autonomie.

Devant ces faits, il a été décidé de développer un projet pilote pour implanter le SMAF dans toutes les maisons de retraite et tous les organismes de maintien à domicile du département de la Dordogne. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, l'organisme national de financement pour les personnes âgées et handicapées, a accepté de supporter tous les coûts de réalisation du projet.

Au cours de l'année 2007, nous mettrons notre expertise à la disposition des établissements de la Dordogne pour les soutenir dans la formation de leur personnel et dans l'implantation du SMAF dans les différents milieux. Nous assumerons également l'évaluation du

*Voir UN OUTIL D'ÉVALUATION à la page 4...*



**En avant:** Dr Jacques Allard, directeur du CESS, Béatrice Lartisant, infirmière qualité à La Madeleine, Johanne Guilbeault, infirmière formatrice SMAF au CESS, Sylvain Connangle, directeur de La Madeleine, Martine Montagut, responsable de l'accueil temporaire à La Madeleine

**En arrière:** Pauline Gervais, étudiante au doctorat, Catherine Guyot, infirmière responsable du SMAF à La Madeleine, Jean Chagneau, conseiller général en Dordogne, Dr Jean-Marie Charles, médecin coordonnateur à La Madeleine


## ...PARTICIPATION SOCIALE ET VIEILLISSEMENT *(suite de la page 1)*

Quant aux autres domaines de vie, comme les soins de sa personne, les loisirs, la communication (exemples : parler, communiquer par écrit) et les responsabilités, aucune différence n'a été trouvée entre les hommes et les femmes. Nous avons aussi constaté que les personnes qui ont des problèmes de santé chroniques tels que le diabète de type 2, l'arthrose et l'hypertension artérielle, ont un niveau de participation sociale inférieur comparativement à ceux ne souffrant pas de ces problèmes de santé. De plus, le fait de vivre seul ou à deux va influencer notre participation sociale.

L'étude de la participation sociale auprès de personnes qui ont subi un accident vasculaire cérébral (AVC) nous a considérablement aidés à mieux comprendre l'impact des incapacités dans leur vie de tous les jours. Grâce à la collaboration de plus d'une centaine de personnes qui ont subi un AVC et qui ont été hospitalisées, nous avons été en mesure d'identifier les variables qui permettaient le mieux de prédire la participation sociale quelques mois après leur congé. Le facteur le plus étroitement associé à une bonne participation sociale est un faible nombre de symptômes dépressifs. Ce résultat, aussi observé dans des études réalisées dans d'autres pays, confirme l'importance des aspects psychologiques dans l'engagement dans nos activités quotidiennes et nos rôles sociaux. Certaines variables physiques, comme un bon équilibre et une bonne coordination des mouvements des jambes, sont aussi importantes pour le maintien d'une bonne participation sociale.


Les personnes qui avaient participé à cette étude ont été revues deux à quatre ans plus tard afin de vérifier si elles maintenaient leur participation sociale. La bonne nouvelle est que nous avons trouvé que l'engagement dans les rôles sociaux était stable dans le temps. Nous avons même identifié une amélioration dans le domaine des responsabilités face à soi, à autrui et au plan financier.

Par contre, la participation dans les activités courantes, tels les soins personnels et les déplacements, est réduite de façon significative. Ces résultats suggèrent que certaines personnes pourraient profiter de services de réadaptation pour les aider à retrouver les capacités nécessaires pour conserver un niveau de participation sociale optimal.

Jusqu'à présent, nos études sur la participation sociale nous ont permis de faire avancer les connaissances mais beaucoup reste à faire pour mieux comprendre l'impact de la participation sociale sur le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées. Nous souhaitons que nos études en cours et celles qui suivront dans les prochaines années nous permettent d'y contribuer. 

## ...UN OUTIL D'ÉVALUATION QUÉBÉCOIS... *(suite de la page 3)*

projet. Si les résultats sont intéressants, le SMAF pourrait éventuellement s'implanter dans plusieurs autres régions en France.

Le projet pilote fera l'objet d'une collaboration entre le Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS), le Conseil général de la Dordogne et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. 



Centre de recherche  
sur le vieillissement  
Research Centre  
on Aging

1036, Belvédère Sud  
Sherbrooke, Québec J1H 4C4

Tél. : 819 821-1170 poste 2131

Courriel : [lucie.duquette@usherbrooke.ca](mailto:lucie.duquette@usherbrooke.ca)

Visitez notre site Internet : <http://www.cdrv.ca>

**Bienvenue à notre nouvelle collaboratrice Marie-France Dubois qui est chercheure au Centre de recherche!**

**Comité du journal : Martin Brochu, Chantal Caron, Marie-France Dubois, Nadine Fortin, Nancy Leclerc**

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