

www.iugm.qc.ca

# Solid-age

Bulletin signalétique  
préparé par les bibliothécaires de  
l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal



www.solidage.ca

<http://catalogue.iugm.qc.ca>

Volume 2, numéro 3 - Hiver 2004

## ÉDITORIAL



Le concept de fragilité suscite un intérêt grandissant et est de plus en plus présent dans la littérature scientifique et grand public. Souvent utilisé au sens large de vulnérabilité, incapacité, dépendance ; parfois présent sans être nommé, ou à l'inverse, quelque peu galvaudé, ce concept multi-facettes décrit pourtant une « réalité bien réelle ».

Les différents intervenants et professionnels ont en fait une bonne idée de ce qu'est la fragilité dans leur champ d'expertise. Le défi est maintenant d'en arriver à un consensus interdisciplinaire.

C'est dans cette perspective réflexive que nous vous proposons dans ce numéro une sélection de textes traitants de différents aspects de la fragilité et du vieillissement qui rendent bien compte de la polysémie du terme.

Je vous souhaite, au nom de toute l'équipe, un joyeux temps des fêtes et une nouvelle année remplie de défis et de succès!

Audrey Attia, bibliothécaire



## FOCUS SUR... la fragilité et le vieillissement

### FRAGILITÉ ET ÉVALUATION GÉRIATRIQUE

Jennie L. Wells, Jamie A Seabrook, Paul Stolee, Michael J. Borrie, Frank Knoefel. **State of the art in geriatric rehabilitation. Part 1 : review of frailty and comprehensive geriatric assessment.** *Archives of physical medicine and rehabilitation*, vol. 84, juin 2003, p. 890-897.

Cette étude avait pour objectif de favoriser une meilleure compréhension de la réadaptation gériatrique et de formuler des recommandations pour la pratique et les recherches futures. Réalisée à l'aide des bases de données Cinahl, Medline et Cochrane, l'étude a identifié des sous-thèmes principaux liés à la réadaptation gériatrique tels que la **fragilité**, l'évaluation gériatrique complète, l'examen d'admission, les outils d'évaluation, les équipes disciplinaires, la fracture de la hanche, l'accident vasculaire cérébral, la nutrition, la démence et la dépression.

La première partie de cette étude décrit les cinq premiers sous-thèmes qui englobent différents concepts et processus en réadaptation gériatrique.

La deuxième partie porte sur les cinq derniers sous-thèmes qui traitent de problèmes cliniques fréquents chez les personnes plus âgées fragiles. L'étude conclut qu'il faudrait évaluer les patients âgés fragiles pour déterminer leur potentiel de réadaptation. On recommande des outils standardisés pour faciliter le diagnostic, l'évaluation et la mesure des impacts. Des études sur la médication et sur l'automédication pourraient être utiles.

Les futures recherches devraient explorer le rapport coût-efficacité, le consensus sur les indicateurs d'impact et l'évaluation et examiner quels éléments de la réadaptation gériatrique sont les plus efficaces et quels résultats sont durables.

### COMORBIDITÉ, INCAPACITÉ OU FRAGILITÉ?

Linda P. Fried, Luigi Ferrucci, Jonathan Darer, Jeff D. Williamson et Gerard Anderson. **Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity : implications for improved targeting and care.** *Journal of gerontology : Medical Sciences*, vol. 59 (3), 2004, p. 255-263.

Trois termes sont couramment utilisés de façon interchangeable pour caractériser les adultes âgés vulnérables : la comorbidité ou états chroniques multiples, la fragilité et l'incapacité. Toutefois, en médecine gériatrique, on s'accorde de plus en plus sur le fait que ce sont trois entités cliniques distinctes qui ont une relation de cause à effet. Chacune, prise isolément, survient fréquemment et a une importance majeure sur le plan clinique.

Cet article propose une analyse circonstanciée de l'interprétation actuelle des définitions et des caractéristiques distinctives de chacune de ces conditions, y compris de leur pertinence clinique et de certains aspects distincts en matière de prévention et de traitement ainsi que de leurs liens entre eux.

À cette revue de l'état actuel des connaissances publiées s'ajoutent des analyses ciblées dans des domaines choisis où il n'existe actuellement aucune donnée publiée.

Globalement, cet article vise à fournir une base pour établir une distinction entre ces trois importants états cliniques chez les adultes âgés et pour démontrer comment une utilisation de définitions séparées et distinctes pour chacune d'elles peut améliorer la compréhension des problèmes qui touchent les patients plus âgés et mener à l'élaboration de meilleures stratégies de diagnostic, de soins, de recherche et d'enseignement médical dans ce domaine.



### UN QUESTIONNAIRE POUR ÉVALUER LA FRAGILITÉ

**Margaret Matthews, Amy Lucas, Rebecca Boland, Victor Hirth, Germaine Odenheimer, Darryl Wieland, Harriet Williams et G. Paul Eleazer. Use of a questionnaire to screen for frailty in the elderly : an exploratory study. *Aging and Clinical Experimental Research*, vol. 16 (1), p. 34-40.**

Dans une étude-pilote auprès de patients en clinique gériatrique résidant dans la communauté (N=48, âgés de 63 à 90 ans), les auteurs ont examiné l'utilisation d'un questionnaire pour classer le niveau de fragilité en le comparant à des marqueurs de fragilité normalisés. Le questionnaire, mis au point par Strawbridge et coll. en 1998, définit la fragilité comme étant une difficulté dans plus de un des quatre domaines de fonctionnement suivants : physique, cognitif, sensoriel et nutritif.

**Méthodes :** Le questionnaire a classé les sujets comme étant fragiles ou non fragiles et cette classification a été comparée à la mise à l'essai de mesures physiques et cognitives par analyse en coupe. On a aussi examiné les variables démographiques, les inventaires des fonctions, les niveaux d'activité physique, la perception de la fragilité par le clinicien et les effets sur la santé après 3 ans.

**Résultats :** Trente-trois pour cent des sujets ont été classés dans la catégorie des personnes fragiles. La classification de fragilité par le questionnaire Strawbridge a été corrélée avec des essais chronométrés et des répétitions assis-debout, des épreuves de dextérité bimanuelle et des tests cognitifs. On a relevé un écart entre la classification de la difficulté cognitive établie par le questionnaire et la performance cognitive. Quand les résultats globaux de la classification de fragilité Strawbridge ont été modifiés pour tenir compte des sujets qui présentaient une faible performance cognitive mais qui n'avaient pas signalé de difficulté cognitive, la prévalence de la fragilité a augmenté à 42 %. Au suivi après 3 ans, la classification de fragilité Strawbridge modifiée ( $p < 0,05$ ) et la perception de la fragilité par le clinicien ( $p < 0,01$ ) se sont avérées toutes deux des variables explicatives significatives de la mortalité et de l'institutionnalisation combinées.

**Conclusions :** Cette étude sert d'enquête initiale pour évaluer la validité et l'utilité potentielles du questionnaire sur la fragilité de Strawbridge comme outil d'évaluation simple pour identifier les patients susceptibles de nécessiter une évaluation fonctionnelle détaillée.

### LA FORCE DE PRÉHENSION : UN BON MARQUEUR DE LA FRAGILITÉ?

**Holly Syddall, Cyrus Cooper, Finbarr Martin, Roger Briggs, Avan Aihie Sayer. Is grip strength a useful single marker of frailty? *Age and Ageing*, vol. 32 (6), 2003, p. 650-656.**

L'utilisation de l'âge chronologique comme marqueur de la fragilité est largement répandu en pratique clinique. Néanmoins, la fragilité chez des personnes d'âge similaire peut varier. La force de préhension est une variable explicative efficace de l'incapacité, de la morbidité et de la mortalité qui a été utilisée dans un certain nombre de grilles d'évaluation de la fragilité, mais pas comme seul marqueur de la fragilité. Cette étude a pour but d'examiner le potentiel de la force de préhension comme seul marqueur de la fragilité chez des personnes plus âgées d'âge chronologique similaire.

Les résultats montrent que chez les hommes, une force moindre présente une corrélation significative avec dix marqueurs du vieillissement comparativement à l'âge chronologique qui présente une correspondance significative avec sept marqueurs. Chez les femmes, on dénombre six relations déterminantes pour la force de préhension contre trois pour l'âge. Le nombre plus élevé d'associations entre la force de préhension et les marqueurs du vieillissement n'a pas été justifié par l'association entre la force de préhension et l'âge et il persiste après ajustement en fonction de la taille de l'adulte.

En conclusion, la force de préhension était associée à plus de marqueurs de fragilité que l'âge chronologique dans l'étroite tranche d'âge étudiée. La force de préhension se révélera peut-être un marqueur individuel plus utile de la fragilité chez des personnes plus âgées d'âge similaire que l'âge chronologique dans l'étroite tranche d'âge étudiée. La force de préhension pourrait s'avérer un marqueur individuel plus utile de la fragilité chez des personnes plus âgées d'âge similaire que l'âge chronologique seul. Sa validité dans un cadre clinique doit être vérifiée.

### UN INDICE DE FRAGILITÉ

**Kenneth Rockwood, Alexander Mogilner, Arnold Mitnitski. Changes with age in the distribution of a frailty index. *Mechanisms of Ageing and Development* 125 (2004), p. 517-519**

Les modèles de mortalité humaine incluent un facteur qui résume les différences intrinsèques entre les taux individuels du vieillissement, appelé couramment la fragilité. La fragilité décrit aussi un syndrome

clinique de vulnérabilité apparente. Dans une étude transversale représentative canadienne (n=66,589), les auteurs ont calculé un indice de fragilité correspondant à l'accumulation moyenne des déficits et ont démontré antérieurement que cet indice s'accroissait exponentiellement avec l'âge. Ici, sa fonction de densité a révélé un changement monotone de forme, moins asymétrique dans les tranches d'âges les plus élevées. Malgré un changement graduel de la forme, l'indice de fragilité était bien corrélé par une distribution gamma. Fait intéressant à noter, le coefficient de variation, au départ élevé, diminuait à partir de l'âge moyen. Cette capacité de quantifier la fragilité permet de résumer les risques pour la santé aux niveaux individuel et collectif.

### LA FRAGILITÉ EST-ELLE INÉLUCTABLE?

**Jean-Pierre Michel. La fragilité est-elle inéluctable avec l'avance en âge ? In *Les colloques de L'Institut Servier. Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ? Paris : Elsevier, 2002, pp. 57-64.***

Jean-Pierre Michel, du Département de gériatrie des hôpitaux universitaires de Genève (Suisse), commence son texte en différenciant les termes fragilité et vulnérabilité. Selon lui, le terme vulnérabilité est sans âge, tandis que la fragilité se manifeste au terme d'un long processus intrinsèque de fragilisation de l'organisme. Ce processus (fragilisation) et l'état (fragilité) auquel il conduit irrémédiablement expliquent bien qu'il n'y a pas d'insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire, clinique liée à l'avance en âge, mais que celle-ci existe, silencieuse, à bas bruit, plus fréquente alors que l'âge avance. Selon l'auteur, avec l'introduction de ce terme de « fragilité », les gériatres détiennent une approche explicative dynamique et interactive des concepts fondamentaux (biomédicaux, fonctionnels, environnementaux et qualitatifs) qu'ils défendent pour la meilleure prise en soins des personnes vieillissantes et/ou âgées.

Le texte s'articule autour des points suivants : Tentative de définition de la vulnérabilité et de la fragilité ; Possible reconnaissance de l'état de « fragilité » ; Le processus de fragilisation est-il irréversible ; Reconnaissances possibles du processus de fragilisation et de l'état de fragilité ; Est-il possible de retarder ou ralentir le processus de fragilisation et l'état de fragilité ?



### RÉSEAUX SOCIAUX DES AÎNÉS FRAGILES

Janet Fast, Norah Keating, Pam Otfinowski, Linda Derksen. **Characteristics of family/friends care networks of frail seniors.** *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 23 (1), p. 5-19.

Ce mémoire explore certaines hypothèses souvent formulées par les décideurs et praticiens, à savoir que les réseaux informels, comme la famille, les amis et les voisins, peuvent fournir une aide soutenue aux Canadiens fragilisés âgés. À partir des données d'une enquête nationale, les auteurs ont étudié les caractéristiques des réseaux de soins offerts à 1104 personnes âgées ayant une affection chronique. Ils ont constaté que les réseaux de soins différaient considérablement par la taille, la composition des relations, des sexes et de l'âge, et la proximité, et ces caractéristiques permettaient d'expliquer les variations entre le type et la quantité de soins reçus. Les auteurs ont ainsi pu identifier certaines caractéristiques pouvant être préjudiciables aux personnes âgées parce qu'elles se traduisent par des soins inadéquats (p. ex., petits réseaux, forte proportion d'intervenants sans lien de parenté avec la personne âgée, forte proportion d'hommes et éloignement géographique). Pourtant ces facteurs de risque ne semblent pas pris en compte dans les politiques actuelles.

### SATISFACTION DE VIVRE ET FRAGILITÉ

Nynke Frieswijk, Bram P. Buunk, Nardi Steverink, Joris P. J. Slaets. **The interpretation of social comparison and its relation to life satisfaction among elderly people : does frailty make a difference?** *Journal of gerontology : Psychological Sciences*, vol. 59B (5), 2004, p. 250-257.

Les auteurs ont examiné l'interprétation de la comparaison sociale ascendante et descendante et ses effets sur la satisfaction de vivre dans une étude par questionnaire auprès de 444 personnes âgées résidant dans la communauté et présentant différents niveaux de fragilité. Conformément à leurs attentes, les auteurs ont constaté que les personnes âgées qui présentent des niveaux de fragilité plus élevés sont moins enclines à se distancier et plus portées à s'identifier à une cible de comparaison descendante. De plus, elles sont plus enclines à se distancier d'une cible de comparaison ascendante, mais contrairement aux prévisions des auteurs, elles étaient aussi plus enclines à

s'identifier à cette cible. L'identification ascendante et la distanciation descendante avaient un effet positif, alors que la distanciation ascendante et l'identification descendante avaient un effet négatif sur la satisfaction de vivre. Ces effets se présentaient indépendamment de l'effet négatif de la fragilité sur la satisfaction de vivre.

### INTERDISCIPLINARITÉ REQUISE

Carmel Bitondo, Kathryn Hyer, Karen S. Feldt, David A. Lindemann, Jan Busby-Whitehead, Sherry Greenberg, Robert D. Kennedy, Ellen Flaherty. **Frail older patient care by interdisciplinary teams : a primer for generalists.** *Gerontology & Geriatrics Education*, vol. 24 (2) 2003, p. 51-62.

Dans le système de santé, les patients âgés frêles, contrairement aux personnes plus jeunes ou même aux personnes âgées en bonne santé, nécessitent des soins complexes. La plupart des aînés fragiles souffrent de maladies chroniques. Or, il est impossible d'offrir des soins optimaux en se conformant au paradigme des soins de santé traditionnels continus, qui met l'accent sur la maladie et sur le traitement. Comme aucun professionnel de la santé ne peut détenir toutes les compétences spécialisées requises pour mettre en place un tel modèle de prestation des soins de santé, les soins en équipe interdisciplinaire se sont développés. Cet article décrit les rôles des membres participants de l'équipe dans le contexte des soins interdisciplinaires pour les adultes plus âgés fragiles. En outre, il cerne et analyse les défis associés au processus de mise en œuvre d'équipes interdisciplinaires gériatriques pour la prestation de soins aux patients plus âgés fragiles.

### FRAGILITÉ ET AIDANTS

Maida J. Sewitch, Jane McCusker, Nandini Dendukuri et Mark J. Yaffe. **Depression in frail older elders : impact on family caregivers.** *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 19, 2004, p. 655-656.

Les objectifs de cette étude consistaient à examiner la relation entre la dépression chez les personnes âgées fragiles malades médicalement et les heures de soins, l'état de santé et la qualité de vie des aidants familiaux. On a mené une étude transversale auprès de 193 aidants familiaux de personnes âgées traitées à l'urgence. L'âge moyen de l'aidant naturel était  $60,0 \pm 16,1$  ans et 70,5 % d'entre eux étaient des femmes. Un plus grand nombre d'aidants de personnes âgées déprimées avaient dispensé plus de soins

au cours du mois précédent (37,3 % contre 22,4 %,  $p = 0,03$ ), avaient une mauvaise santé mentale (63,5 % contre 47,0 %,  $p = 0,03$ ) et une qualité de vie perçue comme étant médiocre (63,5 % contre 50,4 %,  $p = 0,04$ ) comparativement aux aidants de personnes âgées non déprimées. En conclusion, un soutien psychosocial pourrait être nécessaire pour les aidants de personnes âgées déprimées.

### SOINS DE HAUTE QUALITÉ

Neil S. Wenger, David H. Solomon, Carol P. Roth, et al. **The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients.** *Annals of internal medicine*, 2003, 139, p. 740-747.

Beaucoup de personnes de 65 ans et plus présentent des risques de déclin fonctionnel et de mortalité. Néanmoins, les soins médicaux à force intensité de ressources fournis à ce groupe ont jusqu'à maintenant été peu évalués. Les études antérieures ont porté sur les soins des affections médicales générales destinés à prolonger la vie, et non sur les enjeux gériatriques déterminants pour la qualité de la vie.

Cette étude par observation de cohortes visait à mesurer la qualité des soins médicaux dispensés aux personnes âgées vulnérables en évaluant le processus de soins au moyen d'indicateurs de qualité des soins chez les personnes âgées vulnérables. Cette étude révèle que pour un large éventail d'affections, les soins aux personnes âgées vulnérables n'atteignent pas des niveaux acceptables. Les soins pour des affections gériatriques sont beaucoup moins optimaux que les soins dispensés pour les affections médicales générales.

### IMPACT DE L'ADMINISTRATION SUR LA QUALITÉ DES SOINS

Castle NB, Banaszak-Holl J. **The effect of administrative resources on care in nursing homes.** *Journal of Applied Gerontology* 2003 September; 22(3): 405-424.

Cette étude visait à déterminer, au moyen de divers indicateurs de qualité largement reconnus, si les heures passées au travail par les administrateurs des centres d'hébergement ont eu une incidence sur la qualité de soins. Les résultats révèlent que les indicateurs de qualité sont directement associés au nombre d'heures équivalentes consacrées à plein temps à l'administration et permettent d'établir de façon préliminaire que l'intensité déployée dans l'administration des établissements peut avoir des répercussions sur la qualité des soins.



### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

**Jeremy S. Barron, Patricia L. Duffey, Linda Jo Byrd, Robin Campbell and Luigi Ferrucci. Informed consent for research participation in frail older persons. *Aging and Clinical Experimental Research*, vol. 16 (1), p. 79-85.**

Le consentement éclairé est l'aspect de l'éthique en recherche clinique le plus étudié et le plus controversé. Les comités de révision institutionnels (CRI), les organismes de réglementation gouvernementaux et les risques de poursuite ont tous conduit à l'élaboration de documents de consentement de plus en plus détaillés qui visent à assurer que les sujets ne sont pas induits en erreur ni contraints. Malheureusement, ce fardeau réglementaire croissant sur les chercheurs n'a pas permis de protéger les sujets; il a plutôt rendu le processus de consentement moins efficace et a découragé la recherche sur les populations vulnérables. De fait, les chercheurs et les éthiciens continuent d'observer des lacunes dans le processus de consentement, notamment en ce qui a trait à la participation à la recherche des personnes plus âgées. Parmi les enjeux liés à l'obtention d'un consentement approprié de la part des personnes âgées figurent la fragilité physique, l'autonomie réduite, le respect de la confidentialité et l'altération de la capacité à prendre des décisions causée par la démence, le délire ou d'autres maladies neuropsychiatriques. De toute évidence, les personnes âgées fragiles constituent une population vulnérable qui demande une attention spéciale lorsque vient le temps de mettre au point un processus de consentement éclairé. Les auteurs doivent garder à l'esprit deux importants conflits éthiques. D'abord, même si les patients plus âgés vulnérables doivent être protégés, cette protection ne devrait pas empêcher la recherche sur cette importante population. Par ailleurs, comme les documents de consentement éclairé sont souvent rédigés de manière à prévenir tout risque juridique, ces documents techniques sont formulés dans une langue parfois difficile à comprendre, ce qui peut empêcher le sujet de comprendre les notions en jeu et ainsi desservir le but éthique de la protection de la personne humaine.

### ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

**Adil E. Shamoo and David B. Resnik. Responsible Conduct of Research. New York, Oxford University Press, 2003, 364p.**

Cette introduction exhaustive aux enjeux éthiques liés à la conduite de recher-

ches biomédicales est illustrée par de nombreux exemples de cas. Son contenu suit les recommandations de la Commission on Research Integrity et traite des questions éthiques relatives à l'utilisation des animaux et des humains en recherche. L'ouvrage comprend des chapitres sur la propriété intellectuelle, sur l'autorité d'auteur, sur l'évaluation par les pairs et sur les conflits d'intérêt. Il peut servir de texte de référence pratique pour des cours abrégés ou des séminaires sur l'éthique de la recherche et constituer un guide utile pour l'ensemble du grand public.

### SOINS INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES

**Hebert R, et al. Frail elderly patients: new model for integrated service delivery. *Canadian Family Physician* 2003 August; 49(8): 992-997.**

Cet article présente une description de PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie), un modèle novateur d'intégration des services conçu pour améliorer la continuité des soins s'appuyant sur les mécanismes suivants : i) concertation des décideurs et des gestionnaires des différents organismes et services, ii) porte d'entrée unique, iii) gestion par cas, iv) plans de services individualisés, v) instrument unique d'évaluation fondé sur l'autonomie fonctionnelle, vi) dossier clinique informatisé pour faciliter les communications et le suivi des clients et vii) système de classification des besoins de la clientèle. Une évaluation du modèle menée dans deux régions du Québec au moyen d'une étude par cohortes de 3 ans indique que le modèle résulte en un taux inférieur du déclin fonctionnel, une réduction de l'institutionnalisation, une diminution de la charge du fournisseur de soins et une réduction du risque de retour aux urgences après la sortie de l'hôpital.


**Nicole Dubuc, Réjean Hébert et Johanne Desrosiers. Les soins de longue durée aux personnes âgées : choix d'un système clinico-administratif dans le contexte d'un réseau de soins intégrés. *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement*, vol 23 (1), p. 35-45.**

Depuis ces dix dernières années, on a observé dans le domaine des soins de longue durée le déploiement de systèmes de gestion constitués de groupes iso-ressources. Un groupe iso-ressource est un groupe d'individus possédant des caractéristiques communes et consommant

approximativement les mêmes ressources. Cependant, certaines caractéristiques concernant leur développement doivent être soulevées. De plus, aucun de ces systèmes n'a été développé dans le contexte d'une organisation de soins intégrés qui peut suivre l'évolution d'une personne âgée en perte d'autonomie à travers tous les types de ressources disponibles. Cet article met en évidence la nécessité d'être bien avisé en regard des particularités des systèmes déjà opérationnels afin de retenir ou de développer celui répondant le mieux aux objectifs visés par un système de santé particulier. Enfin, il souligne les éléments importants devant être considérés à chacune des étapes lors du développement de groupes iso-ressources dans un tel contexte.


### LES AÎNÉS DU QUÉBEC

Chantal Lefebvre. Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2003, 19 p.

Au Québec, en 2003, près d'un million de personnes ont 65 ans et plus. Cet âge qui, à une autre époque aurait pu paraître fatidique ou vénérable, est maintenant monnaie courante, puisque les aînés représentent à ce jour plus de 13 % de la population. Mais qui sont les aînés d'aujourd'hui ? Et surtout, qu'en est-il de leur état de santé ? C'est ce à quoi répond ce portrait des conditions de vie et de l'état de santé des personnes âgées du Québec.  [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180\\_PortraitSantePersonnesAgees.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180_PortraitSantePersonnesAgees.pdf)

### OPTIMISEZ VOS RECHERCHES DANS MEDLINE

Nancy L. Wilczynski, R. Brian Haynes, John N. Lavis, Ravi Ramkissoonsingh, Alexandra E. Arnold-Oatley. Optimal search strategies for detecting health services research studies in MEDLINE. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 9 nov. 2004, Vol. 171, n° 10, p. 1179-1185.

Actuellement, les résultats des travaux sur les services de santé étant disséminés dans diverses revues, les chercheurs, les gestionnaires et les décideurs des services de santé ont de la difficulté à trouver les recherches sur les lignes directrices de pratique clinique et sur la pertinence, les processus, les retombées, les coûts et les facteurs économiques des services de santé. Les auteurs ont élaboré et mis à l'essai des syntagmes de recherche permettant d'extraire de la base de données MEDLINE des articles de recherche qui satisfont à des normes de qualité minimales.  <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/171/10/1179>



# PUBLICATIONS des membres de SOLIDAGE

## INITIATIVE CANADIENNE SUR LA FRAGILITÉ ET LE VIEILLISSEMENT

Howard Bergman, François Béland, Sathya Karunanathan, Silvia Hummel, David Hogan, Christina Wolfson pour l'Initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement. *Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité*. *Gérontologie et Société*, n° 109, Juin 2004, p. 15-29.

Sous l'égide de l'Initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement, Howard Bergman, François Béland, Sathya Karunanathan, Silvia Hummel, David Hogan et Christina Wolfson viennent de publier « Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité » dans le numéro thématique « Fragilités » de la revue francophone *Gérontologie et Société*. Ils y abordent le concept de fragilité et indiquent qu'il n'existe toujours pas de consensus au niveau de la définition et des caractéristiques de ce concept. Ils présentent les objectifs de l'Initiative canadienne et sa première réalisation, à savoir, une revue systématique de la littérature sur la fragilité. Cette revue est actuellement en cours de réalisation et débouchera sur l'élaboration d'un modèle permettant une meilleure compréhension des causes, des conséquences et des trajectoires de la fragilité chez les personnes âgées.

Retrouvez également dans ce numéro spécial sur les « Fragilités » les articles suivants :

- La fragilité du sujet âgé : actualité, perspectives
  - La fragilité dans le grand âge : définition et impact sur les échanges de services
  - De l'impact de la fragilité sur la vie quotidienne : changements et continuité des activités et du bien-être dans le grand âge
  - Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille AGGIR
  - Résilience et vulnérabilité : de l'ajustement des concepts en psychogérontologie
  - Le concept de fragilité dans la législation médico-sociale : « vieux et fragiles », de la protection à la valorisation des droits
  - Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles
  - La protection des majeurs vulnérables : pourquoi la loi actuelle devrait être repensée ?
  - Le sujet âgé peut-il fragiliser le réseau qui le soutient?
- Imaginaire institutionnel, problématiques institutionnelles : les institutions sont-elles fragilisantes?

## DÉMENCE ET INSTITUTIONNALISATION

R. Hébert, M.-F. Dubois, C. Wolfson, L. Chambers, C. Cohen.

Chapitre de livre « Facteurs associés à l'institutionnalisation à long terme de personnes âgées démentes », issu de *Démence sévère*, Serdi Edition, Paris, 2003.

Au Canada, la moitié des personnes atteintes de démence vivent en institution. Les facteurs liés à l'institutionnalisation doivent être identifiés non seulement dans le but de mettre en place des stratégies permettant aux déments de rester à domicile aussi longtemps que possible mais également pour s'assurer que des mesures appropriées sont prises, au moment opportun, pour le placement en institution. Sur la base des données longitudinales de l'étude canadienne sur la santé et le vieillissement, les auteurs étudient les facteurs liés à l'institutionnalisation de sujets déments. Les facteurs significatifs retrouvés à l'issue de l'analyse de survie multivariée étaient : le type de démence, la sévérité des incapacités, l'âge de l'aidant, le lien de parenté de l'aidant autre que le conjoint ou l'enfant, et un fardeau sévère ressenti par l'aidant. Le fardeau de l'aidant était associé aux troubles du comportement de l'aide et à l'humeur dépressive de l'aidant. Dépister le fardeau et la dépression des aidants, concevoir des interventions pour diminuer le retentissement des troubles du comportement sur les aidants seraient des interventions appropriées destinées à diminuer l'institutionnalisation de personnes atteintes de démence.

## BASE DE GRAPHIQUES

La Base des graphiques et tableaux SOLIDAGE est maintenant accessible en ligne. Réalisation conjointe du **Groupe SOLIDAGE**, de l'**Initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement** et de la **bibliothèque de l'IUGM**, cette base contient plus de 500 statistiques actuelles traitant de divers sujets dont : fragilité, incapacité, qualité de vie, facteur de risque, performance du système de santé, coûts et dépenses, hébergement et vie à domicile, vieillissement démographique, mortalité, état de santé, etc. Ces statistiques sont prêtes à être insérées dans vos présentations PowerPoint.

Toutes les informations sont sur le site de Solidage : [http://www.solidage.ca/f/docu\\_centre.htm](http://www.solidage.ca/f/docu_centre.htm).

**Solid-Age** est un bulletin signalétique préparé par le centre de documentation de Solidage et la bibliothèque de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM).

Il est destiné aux membres de **SOLIDAGE**, groupe de recherche Université de Montréal - McGill University sur les services intégrés pour les personnes âgées fragiles et toute personne intéressée par la recherche sur les services de soins intégrés et les services sociaux, le transfert des résultats de la recherche clinique en politiques et pratiques destinées aux personnes âgées fragiles.

## Rédactrices

Audrey Attia  
bibliothecaire@solidage.ca

Louise Bourbonnais  
louise.bourbonnais.iugm@ssss.gouv.qc.ca

## Bibliothèque de l'IUGM

4565, Chemin Queen-Mary  
Rez-de-Chaussée, Montréal, QC  
Tel: (514) 340-2800 p. 2412  
Fax: (514) 340-2815

## Horaires

Lundi au vendredi  
8h30 à 17h.

## Adresse postale

4545, Chemin-Queen Mary  
Montréal (Québec) H3W 1W5

## Sites Internet :

### Solidage Research Group

<http://www.solidage.ca>

### Initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement

<http://www.frail-fragile.ca>

### Catalogue de la Bibliothèque de l'IUGM

<http://catalogue.iugm.qc.ca>

### IUGM

<http://www.iugm.qc.ca>

