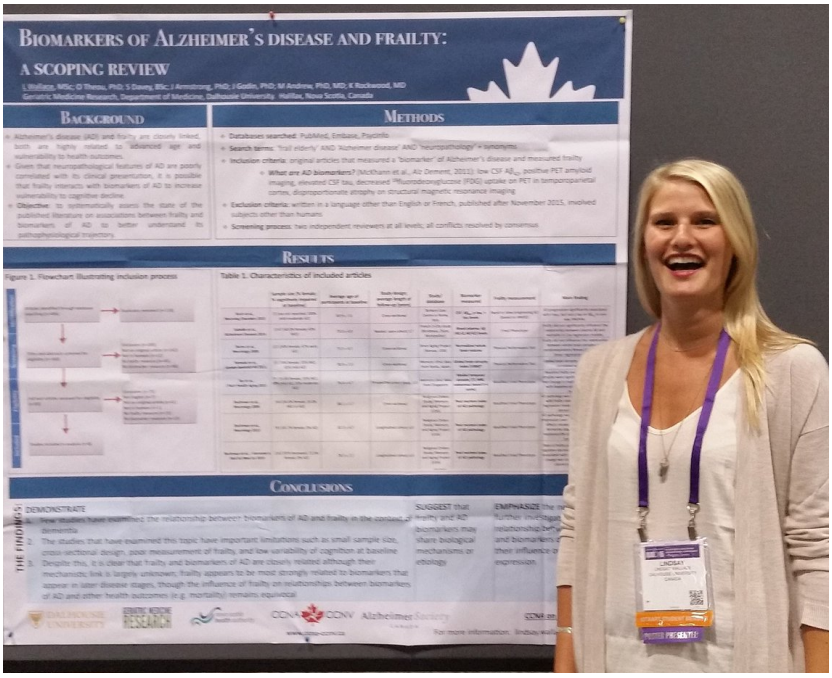
Au cours du congrès international de l'Alzheimer's Association, qui a eu lieu cette année à Toronto, plus de 5000 experts de grand renom, en provenance de 70 pays, ont présenté 1700 affiches, 425 exposés oraux et 90 sessions d'études.

Exposés et affiches sélectionnés pour le congrès



Mme Lindsay Wallace, titulaire de la bourse doctorale du Programme de recherche de la Société Alzheimer/ Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement, examine la relation entre les biomarqueurs de la maladie d'Alzheimer et l'état de fragilité. Les résultats de ses recherches montrent que la fragilité est fortement reliée aux biomarqueurs qui apparaissent plus tard dans l'évolution de la maladie.

Exposés sur l'aménagement, l'implantation et la dissémination des soins à domicile

La **D^re^ Laura Gitlin,** de l'école des sciences infirmières de l'Université Johns Hopkins, a mis l'accent sur l'importance de visiter rapidement à la maison les personnes à qui une maladie cognitive vient d'être diagnostiquée, puisque c'est au début de la maladie que le taux d'incapacité peut être réduit le plus possible. Bien entendu, il peut y avoir un écart entre le degré d'autonomie réel et potentiel de la personne, et c'est au fournisseur de soins de l'évaluer et de trouver des solutions.

La **D^re^ Quincy Samus**, de l'école de médecine John Hopkins, a présenté un rapport sur un outil d'évaluation des besoins permettant l'élaboration d'un plan de soins individuel. Comme on pouvait s'y attendre, les personnes qui bénéficient de ce plan de soins, qui comprend un programme de formation, l'acquisition de compétences et la coordination active des soins, restent à la maison plus longtemps. Ce programme sur les soins à domicile, intitulé « MIND at home », tente de décrire en détail ce que signifie vraiment la « coordination des soins » de manière à mettre en place des procédés normalisés.

La **D^re^ Helen Kales,** de l'Université du Michigan, a rendu compte de l'essai clinique d'un algorithme en ligne portant sur les symptômes comportementaux et psychologiques des maladies cognitives. Les aidants veulent accéder facilement à de l'information pertinente sur les symptômes des maladies cognitives et à des stratégies adaptées à leur propre situation. La D^re^ Kale et son équipe veulent également former les aidants au fur et à mesure de leurs besoins, en leur montrant par exemple que la douleur chez une personne atteinte d'une maladie cognitive peut s'exprimer par des symptômes psychologiques et comportementaux. De plus, les aidants peuvent s'inscrire au programme afin d'obtenir quotidiennement une consigne à suivre pour la journée, à savoir par exemple de prendre un petit congé pour faire quelque chose qu'ils aiment. Ils peuvent également recevoir des conseils quotidiens, comme un message de soutien (par

exemple : « N'oubliez pas de prendre le temps de bien respirer ». Il semble que les aidants aiment beaucoup recevoir ces messages!

Le **Dr Chris Callahan,** de l'Université de l'Indiana, a fait valoir que les gens savent ce qu'ils doivent faire pour assurer leur bien-être, mais qu'ils attendent généralement l'arrivée d'une crise majeure dans leur vie pour passer à l'action. Par exemple, 20% des Américains ne portent toujours pas leur ceinture de sécurité en voiture et une personne seulement sur trois qui souffre d'hypertension se fait traiter. Il est donc important de changer les comportements. Pour y arriver, on pourrait distribuer nos brochures dans les Starbucks, plutôt que seulement dans les pharmacies et autres établissements de soins de santé (la plupart des Américains vivent à moins de cinq milles d'un Starbucks.) Selon le Dr Callahan, la demande en café est beaucoup plus élevée que celle pour des outils gériatriques, jusqu'à l'arrivée d'une crise. La Société Alzheimer pourrait établir un partenariat avec Starbucks et donner aux gens l'occasion de se renseigner tout en buvant leur café.

Comme nous le savons, la diffusion de l'information est une entreprise difficile. Il serait peut-être nécessaire d'apprendre à mieux gérer la logistique associée au transfert des connaissances.

Au cours de l'assemblée plénière de lundi, la **D^re^ Laura Baker**, du département des sciences de la santé de l'Université Wake Forest, a fait un exposé sur la relation entre l'exercice et le déclin de la mémoire. Selon la D^re^ Baker, les preuves s'accumulent sur les avantages liés à l'exercice. L'exercice aérobique pourrait même réduire le risque de maladie cognitive chez les personnes à très haut risque génétique. Il semble même que l'exercice pourrait avoir une influence sur « l'expression génétique ».

L'étude de la D^re^ Baker et de son équipe a porté sur des adultes atteints d'un trouble cognitif léger, qui au départ étaient sédentaires et qui ont commencé ensuite à suivre un programme d'exercice aérobique de 45 minutes par jour et de quatre jours par semaine, au cours d'une période de six mois. La plupart des effets bénéfiques de cette intervention ont été observés dans la zone frontale du cerveau, celle qui influence la fonction exécutive.

Des personnes au stade précoce de la maladie d'Alzheimer ont également participé au même programme. Il a été démontré que leur état est resté stable dans les activités de la vie quotidienne, que leur mémoire à court terme s'est améliorée et que leur volume hippocampique s'est accru.

Mais les études sur l'exercice varient considérablement. Par exemple, on a constaté que les personnes âgées fragiles qui ont participé aux études sur l'exercice léger ont amélioré leur démarche et ont accru leur résistance, mais pas nécessairement leur cognition. La « dose » d'exercice a-t-elle été suffisamment élevée? Si l'étude s'était déroulée sur une plus longue période, les résultats auraient-ils été les mêmes? Il faut poursuivre les essais parce qu'il semble clair que la « dose » a de l'importance. La D^re^ Baker souligne également la nécessité d'harmoniser la méthodologie et la collecte des résultats de manière à ce que la recherche dans ce domaine porte sur les mêmes éléments. Il faut financer les programmes communautaires pour offrir au grand public ce programme très précis fondé sur des données probantes, parce que les médecins ne savent pas pour l'instant où envoyer leurs patients. La D^re^ Baker fait actuellement des essais dans des YMCA et, si tout fonctionne bien, le programme sera offert à travers les États-Unis par les YMCA.

Exposés sur les programmes novateurs et l'amélioration des systèmes

Le **Dr Sube Banerjee**, du Royaume-Uni, a mis en lumière le fait que très peu de fournisseurs de soins de santé possèdent les compétences nécessaires pour s'occuper d'une personne atteinte d'une maladie cognitive. Pour mettre en place des effectifs mieux formés, il est nécessaire de changer nos attitudes et d'accorder plus d'importance à la gestion des maladies chroniques. Le Dr Banerjee a décrit un programme qui vise à créer des liens entre les étudiants du premier

cycle et des personnes âgées qui vivent à domicile. Des visites à domicile sont organisées quatre fois par année pendant deux ans afin de sensibiliser les étudiants aux difficultés que doivent surmonter les personnes âgées fragiles. Le programme leur permet également d'améliorer leur capacité d'établir des rapports sociaux avec les familles et les personnes à titre d'être humain et non seulement à titre de fournisseur de soins. Le programme sera offert très bientôt à tous les étudiants de premier cycle du sud-est de l'Angleterre.

Exposés sur l'amélioration des soins aux personnes âgées

Le **Dr Henry Brodaty**, de l'Australie, a ensuite pris la parole pour faire valoir la nécessité de réduire l'utilisation des antipsychotiques dans les établissements de soins de longue durée. Il a ensuite souligné que non seulement les fournisseurs de soins de santé, mais également les familles, craignent de prendre cette décision. Dans l'étude menée par le Dr Brodaty, la plupart des patients ont commencé à prendre des antipsychotiques dès leur admission dans l'établissement et, dans pas moins de 84% de ces cas, sans aucune formule de consentement!

Dans le cadre de son étude, 80% des patients qui ont abandonné les antipsychotiques n'ont pas recommencé à en prendre et leurs symptômes ne sont pas réapparus. Selon lui, les familles et les professionnels des soins doivent acquérir une formation sur les symptômes comportementaux et psychologiques des maladies cognitives et sur les stratégies non pharmacologiques, puisque le personnel infirmier est souvent le premier à demander au médecin de donner un médicament à leur patient, sans avoir tenté aucune autre stratégie.

Mme Kathleen Hunter, chercheuse d'Edmonton avec qui la Société Alzheimer a collaboré à la mise en place de nos outils pour faciliter les visites au service des urgences (en français à : http://www.alzheimer.ca/fr/Living-with-dementia/Caring-for-someone/Hospital-visits; en anglais à **:** http://www.alzheimer.ca/en/Living-with-dementia/Caring-for-someone/Hospital-visits), a fait un exposé sur un autre sujet, à savoir l'incontinence. Elle a remis en question la croyance habituelle selon laquelle l'incontinence est un élément inévitable du vieillissement et du déclin, en soulignant que le personnel soignant peut apprendre des stratégies pour aider les personnes âgées à maintenir leur autonomie plus longtemps dans ce domaine.

Perspectives internationales sur les maladies cognitives et le vieillissement dans les populations autochtones

La **Dre Kristen Jacklin**, de l'École de médecine du nord de l'Ontario, a des liens étroits avec la Société Alzheimer. Elle nous a fait part des ses recherches sur les peuples autochtones en émettant l'avis selon lequel la colonisation a bouleversé les diverses formes d'aide offertes aux personnes âgées, y compris en ce qui a trait au rôle des aînés et à l'accès à des aliments sains et à des activités. En considérant les maladies cognitives comme un retour vers l'enfance dans un cycle normal de vie, les populations autochtones ont une manière différente d'envisager la prise en charge des personnes atteintes. Les fournisseurs de soins de santé qui respectent et comprennent vraiment la culture autochtone renforcent les liens de confiance et la communication. Il n'est pas possible d'établir des relations solides lorsqu'il n'y a pas de médecin de famille dans les collectivités rurales et isolées et que les médecins doivent se relayer à tour de rôle. Les maladies cognitives ont maintenant été ajoutées à la liste des maladies qui frappent les populations autochtones. Ainsi donc, la sensibilisation et l'initiation aux différences culturelles sont plus urgentes que jamais.

Le **Dr Leon Flicker**, de l'Université Western Australia, a révélé que l'Australie accuse l'écart le plus marqué au monde entre l'espérance de vie des peuples autochtones et celle des non autochtones. Cependant, les mythes entourant les soins de santé ne sont pas uniques à l'Australie et créent des barrières à l'excellence des soins. Parmi ces mythes, mentionnons celui voulant que les peuples autochtones ne vivent pas assez vieux pour développer des maladies cognitives et que les maladies cognitives sont presque toujours reliées à l'alcool au sein de ces populations.

Exposés sur le parcours des maladies cognitives

Mme **Mary Schulz**, de la Société Alzheimer du Canada, a présidé cette séance qui incluait Mme **Kathryn Lord** du Royaume-Uni. Mme Lord a fait état de l'étude « Decide Sudy », qui mise à mettre des ressources à la disposition des familles aidantes pour les soutenir au cours des décisions difficiles qu'elles doivent souvent prendre, comme déterminer le moment approprié pour placer un proche dans un établissement de soins de longue durée.

Mme **Kathy Hickman,** de la Société Alzheimer de l'Ontario, a fait un exposé intitulé : « Aider les personnes atteintes d'une maladie cognitive au stade précoce à profiter d'une bonne qualité de vie grâce à une démarche pédagogique fondée sur le dialogue ». Mme Hickman a expliqué comment la Société Alzheimer de l'Ontario a contribué à la poursuite de cet objectif en facilitant l'élaboration d'un programme d'apprentissage pour les aidants et en diffusant les résultats positifs recueillis à ce jour.

M. **Jordan Ali**, de la Colombie-Britannique, a livré une brève description interprétative sur le chagrin et la perte d'identité chez les personnes âgées atteintes d'un trouble cognitif léger. Les médecins ne tiennent pas suffisamment compte du sentiment de deuil et de douleur que peuvent ressentir les personnes atteintes d'un trouble cognitif léger.

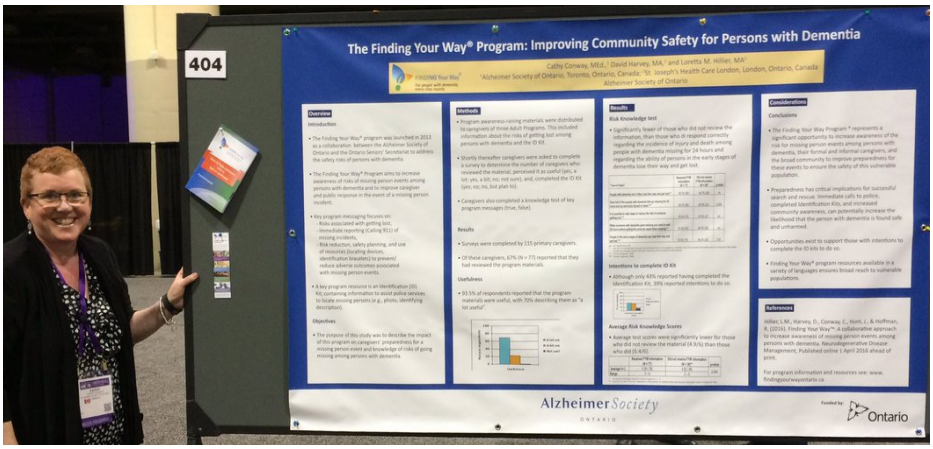
Mme **Andrea Ubell**, de la Société Alzheimer de la région de York, et Mme Mary Schulz ont présenté un exposé sur un document de la Société Alzheimer intitulé « La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées et le chagrin du personnel », qui fait la lumière sur cette problématique et offre des conseils et stratégies. Le document peut être téléchargé à http://www.alzheimer.ca/~/media/Files/national/For-HCP/staff_grief_f.pdf (en français) et à http://www.alzheimer.ca/~/media/Files/national/For-HCP/staff_grief_e.pdf (en anglais).

Mme **Kayla Regan**, de l'Université de Waterloo, a donné un compte rendu sur le programme Minds in Motion®, qui a été mis en place par la Société Alzheimer de l'Ontario dans plusieurs régions de la province. Le programme propose divers niveaux d'activité physique et des exercices de stimulation mentale pour les personnes atteintes d'une maladie cognitive et leurs aidants.

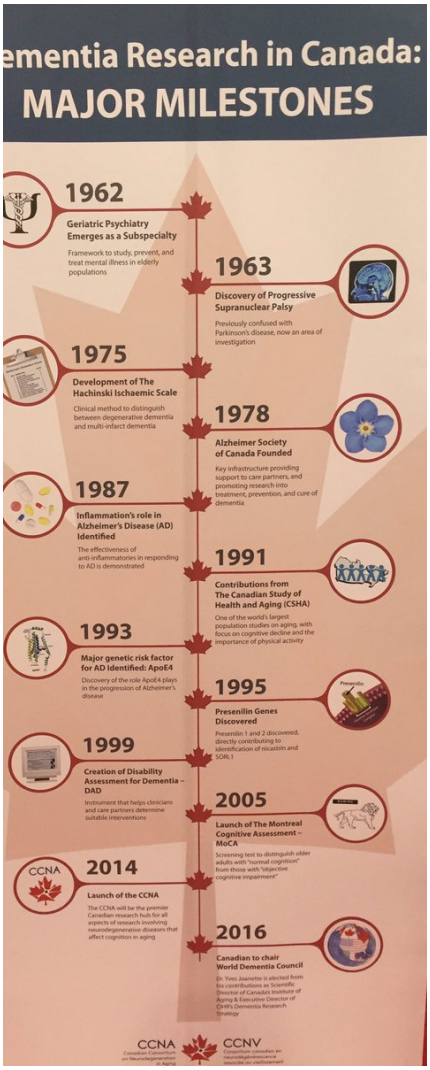
Débat : Les biomarqueurs devraient-ils être utilisés dans les soins cliniques?

Le **Dr Larry Chambers**, conseiller scientifique de la Société Alzheimer du Canada, et Mme **Mimi Lowi Young**, ancienne chef de la direction de la Société Alzheimer du Canada, ont coprésidé ce débat. L'accès universel à la neuroimagerie, comme l'IRM fonctionnelle, la tomographie par émission de positons et l'analyse du liquide céphalorachidien n'est pas possible pour les personnes atteintes d'une maladie cognitive, à moins qu'elles ne s'inscrivent à un essai clinique. La Société Alzheimer et les centres américains pour les services Medicare & Medicaid (CMS) ont récemment accordé 100 millions de dollars à l'étude *Imaging Dementia—Evidence for Amyloid Scanning (IDEAS)*. L'objectif de cette étude est de déterminer l'utilité clinique de la tomographie par émission de positons pour détecter les plaques amyloïdes, qui est l'une des caractéristiques clés de la maladie d'Alzheimer. Les tiers payeurs veulent savoir s'ils doivent couvrir les coûts de ces technologies des biomarqueurs dans le cadre des soins cliniques habituels. On désigne parfois les biomarqueurs sous le nom de « technologies de transition » parce qu'ils permettent de prolonger la survie aux stades les plus avancés de la maladie, mais sans la guérir. Le débat a permis de développer de nouvelles approches intéressantes sur ce sujet controversé.

Au cours du débat, les **Drs Michel Grignon**, Centre for Health Economics and Policy Analysis (Hamilton), et **Howard Feldman**, Université de la Californie (San Diego), ont souligné l'utilité des biomarqueurs pour les soins cliniques. Les **Drs Martin Knapp,** London School of Economics and Political Science (Londre G.-B.), et **Eric Larson**, Group Health Research Institute (Seattle, Washington), ont pris la position opposée. La majorité des 150 membres de l'assistance ont voté pour l'utilisation des biomarqueurs au début du débat et ont voté de la même façon à la fin du débat.



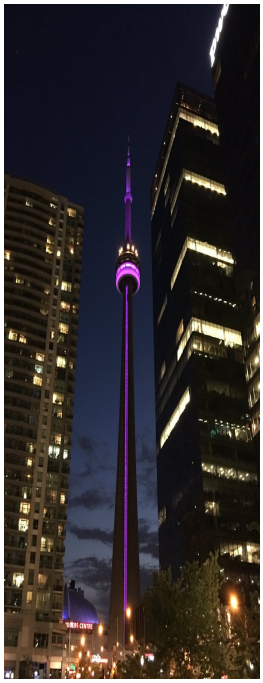
Mme Cathy Conway, de la Société Alzheimer de l'Ontario, a présenté son affiche sur le programme « Trouvez votre chemin ». Ce programme vise à alerter les aidants et la population en général sur les risques de désorientation des personnes atteintes d'une maladie cognitive et le danger pour leur sécurité lorsqu'elles n'arrivent plus à retrouver leurs repères et le chemin de la maison.



Le Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement a présenté cette affiche sur les principaux jalons de la recherche au Canada sur les maladies cognitives.

Mme Nathalie Nilsson, titulaire de la bourse doctorale 2016, volet biomédical, du Programme de recherche de la Société Alzheimer/Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement, et Mme Nalini Sen au Pavillon canadien.

Mme Aynsley Moorehouse, Société Alzheimer de Toronto, a présenté son affiche intitulée : « Moment by Moment: A Reflection on Art, Dementia Personhood and Love. »



.a tour du CN en violet à
'occasion de l'AAIC 2016

In conjunction with AAIC 2016, Collective Disruption Presents

CRACKED

NEW LIGHT ON DEMENTIA

by Julia Gray and the Ensemble

Produced by The Partnerships in Dementia Care Alliance

Cracked is an innovative research-based play that follows persons with dementia and their families on their unique journeys with dementia, from diagnosis to their new lives in long-term care. The families struggle to see beyond the disease as they come to accept that each of us has cracks as part of being human.

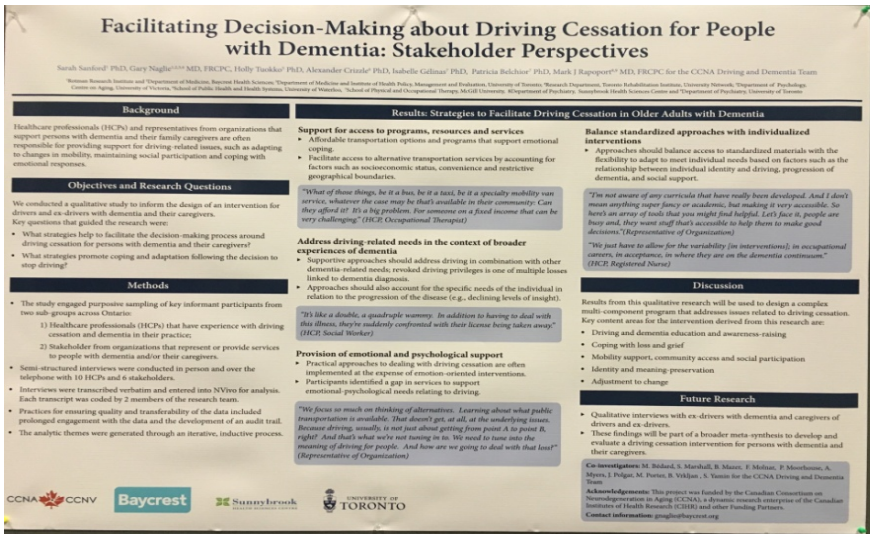
July 26th 2016 | 5:45 pm - 7:15 pm

Concert Hall, Fairmont Royal York Hotel

100 Front Street West, Toronto

Admission Free for AAIC Conference Delegates

Au cours du congrès, Mme **Julia Gray** et l'**Ensemble** ont donné trois représentations de la pièce *Cracked: New Light on Dementia* à divers endroits près du Centre des congrès. La pièce a été réalisée par The Partnerships in Dementia Alliance et produite par Mmes **Pia Kontos** et **Christina Jonas-Simpson** grâce au Programme de recherche de la Société Alzheimer.



Facilitating Decision-Making about Driving Cessation for People with Dementia: Stakeholder Perspectives

Sarah Sanford[1] PhD, Gary Naglie[1,2,3,4] MD, FRCPC, Holly Tuokko[5] PhD, Alexander Crizzle[6] PhD, Isabelle Gelinas[7] PhD, Patricia Belchior[7] PhD, Mark J Rapoport[8,9] MD, FRCPC for the CCNA Driving and Dementia Team

[1]Rotman Research Institute and [2]Department of Medicine, Baycrest Health Sciences, [3]Department of Medicine and Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, [4]Research Department, Toronto Rehabilitation Institute, University Network, [5]Department of Psychology, Centre on Aging, University of Victoria, [6]School of Public Health and Health Systems, University of Waterloo, [7]School of Physical and Occupational Therapy, McGill University, [8]Department of Psychiatry, Sunnybrook Health Sciences Centre and [9]Department of Psychiatry, University of Toronto

Background

Healthcare professionals (HCPs) and representatives from organizations that support persons with dementia and their family caregivers are often responsible for providing support for driving-related issues, such as adapting to changes in mobility, maintaining social participation and coping with emotional responses.

Objectives and Research Questions

We conducted a qualitative study to inform the design of an intervention for drivers and ex-drivers with dementia and their caregivers.
Key questions that guided the research were:

- What strategies help to facilitate the decision-making process around driving cessation for persons with dementia and their caregivers?
- What strategies promote coping and adaptation following the decision to stop driving?

Methods

- The study engaged purposive sampling of key informant participants from two sub-groups across Ontario:
  1) Healthcare professionals (HCPs) that have experience with driving cessation and dementia in their practice;
  2) Stakeholder from organizations that represent or provide services to people with dementia and/or their caregivers.
- Semi-structured interviews were conducted in person and over the telephone with 10 HCPs and 6 stakeholders.
- Interviews were transcribed verbatim and entered into NVivo for analysis. Each transcript was coded by 2 members of the research team.
- Practices for ensuring quality and transferability of the data included prolonged engagement with the data and the development of an audit trail.
- The analytic themes were generated through an iterative, inductive process.

Results: Strategies to Facilitate Driving Cessation in Older Adults with Dementia

Support for access to programs, resources and services

- Affordable transportation options and programs that support emotional coping.
- Facilitate access to alternative transportation services by accounting for factors such as socioeconomic status, convenience and restrictive geographical boundaries.

"What of those things, be it a bus, be it a taxi, be it a specialty mobility van service, whatever the case may be that's available in their community: Can they afford it? It's a big problem. For someone on a fixed income that can be very challenging." (HCP, Occupational Therapist)

Address driving-related needs in the context of broader experiences of dementia

- Supportive approaches should address driving in combination with other dementia-related needs; revoked driving privileges is one of multiple losses linked to dementia diagnosis.
- Approaches should also account for the specific needs of the individual in relation to the progression of the disease (e.g., declining levels of insight).

"It's like a double, a quadruple wammy. In addition to having to deal with this illness, they're suddenly confronted with their license being taken away." (HCP, Social Worker)

Provision of emotional and psychological support

- Practical approaches to dealing with driving cessation are often implemented at the expense of emotion-oriented interventions.
- Participants identified a gap in services to support emotional-psychological needs relating to driving.

"We focus so much on thinking of alternatives. Learning about what public transportation is available. That doesn't get, at all, at the underlying issues. Because driving, usually, is not just about getting from point A to point B, right? And that's what we're not tuning in to. We need to tune into the meaning of driving for people. And how are we going to deal with that loss?" (Representative of Organization)

Balance standardized approaches with individualized interventions

- Approaches should balance access to standardized materials with the flexibility to adapt to meet individual needs based on factors such as the relationship between individual identity and driving, progression of dementia, and social support.

"I'm not aware of any curricula that have really been developed. And I don't mean anything super fancy or academic, but making it very accessible. So here's an array of tools that you might find helpful. Let's face it, people are busy and, they want stuff that's accessible to help them to make good decisions."(Representative of Organization)

"We just have to allow for the variability [in interventions]; in occupational careers, in acceptance, in where they are on the dementia continuum." (HCP, Registered Nurse)

Discussion

Results from this qualitative research will be used to design a complex multi-component program that addresses issues related to driving cessation. Key content areas for the intervention derived from this research are:

- Driving and dementia education and awareness-raising
- Coping with loss and grief
- Mobility support, community access and social participation
- Identity and meaning-preservation
- Adjustment to change

Future Research

- Qualitative interviews with ex-drivers with dementia and caregivers of drivers and ex-drivers.
- These findings will be part of a broader meta-synthesis to develop and evaluate a driving cessation intervention for persons with dementia and their caregivers.

Co-investigators: M. Bédard, S. Marshall, B. Mazer, F. Molnar, P. Moorhouse, A. Myers, J. Polgar, M. Porter, B. Vrkljan , S. Yassin for the CCNA Driving and Dementia Team

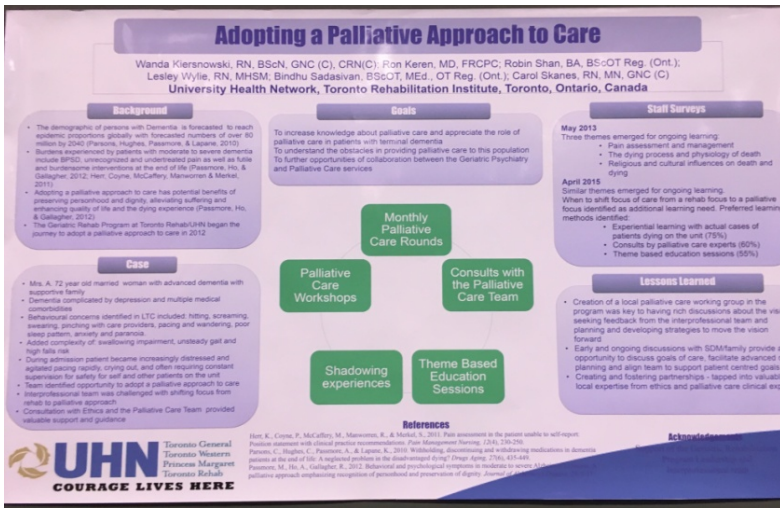
Acknowledgements: This project was funded by the Canadian Consortium on Neurodegeneration in Aging (CCNA), a dynamic research enterprise of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and other Funding Partners.

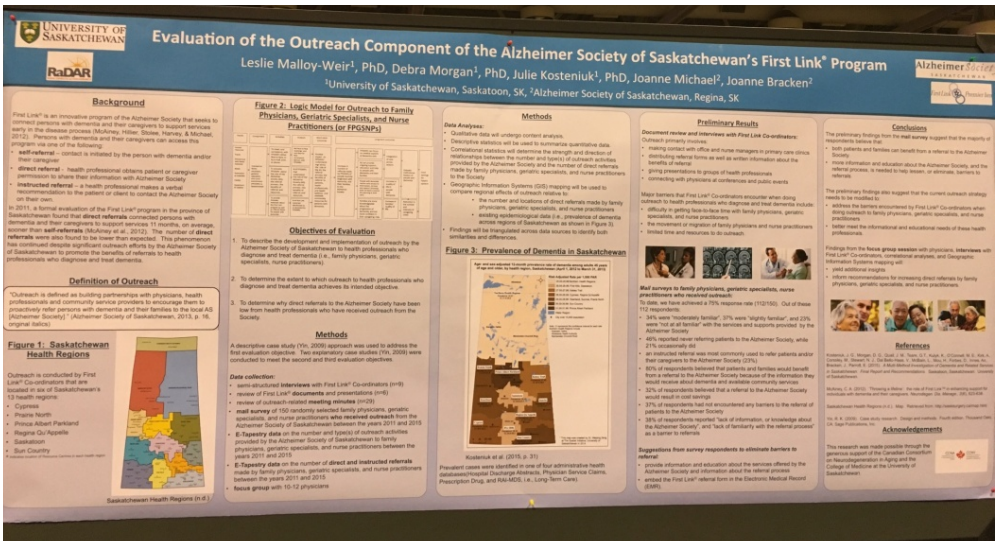
Contact information: gnaglie@baycrest.org

CCNA CCNV Baycrest Sunnybrook UNIVERSITY OF TORONTO

Les chercheurs de l'Hôpital Baycrest Sunnybrook et de l'Université de Toronto ont mené une étude qualitative afin de guider la conception d'un programme visant à soutenir les conducteurs et ex-conducteurs et leurs aidants. Le programme met l'accent sur les questions entourant l'abandon de la conduite automobile. Selon l'étude décrite sur l'affiche, les composantes du programme devraient inclure : la sensibilisation à la conduite et aux maladies cognitives; la gestion des sentiments de dépossession et de frustration; le soutien à la mobilité; et l'adaptation au changement.

Le programme de recherche en gériatrie de l'Institut de réadaptation de Toronto/Réseau universitaire de santé a proposé en 2012 une nouvelle manière d'aborder les soins palliatifs. Le groupe de travail sur les soins palliatifs a élaboré ses stratégies en consultation avec des équipes interprofessionnelles au cours de deux enquêtes menées en 2013 et 2015. Pour établir ses objectifs de soins, le groupe a également consulté des familles et noué des partenariats avec des cliniques locales de soins palliatifs.





La Société Alzheimer de la Saskatchewan a présenté un compte rendu sur le volet sensibilisation de son programme Premier lien.

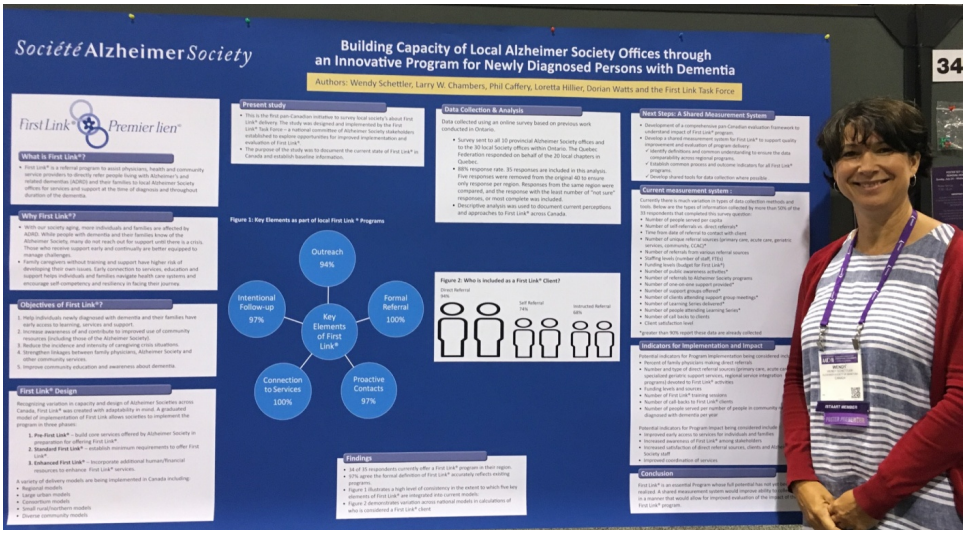
Mme Sharlene Webkamigad, titulaire de la bourse de maîtrise du Programme de recherche de la Société Alzheimer/Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement /Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées, a décrit comment la documentation promotionnelle sur les maladies cognitives peut répondre aux besoins des populations autochtones et de leurs soignants à Sudbury (Ontario). Les résultats ont été communiqués à l'aide du symbole de l'arbre pour mettre en évidence les points suivants :

1. Semences : La population peut échanger de l'information par l'entremise des séances de groupe.

2. Branches : Instruire en se fondant sur les traditions visuelles et l'échange des connaissances.

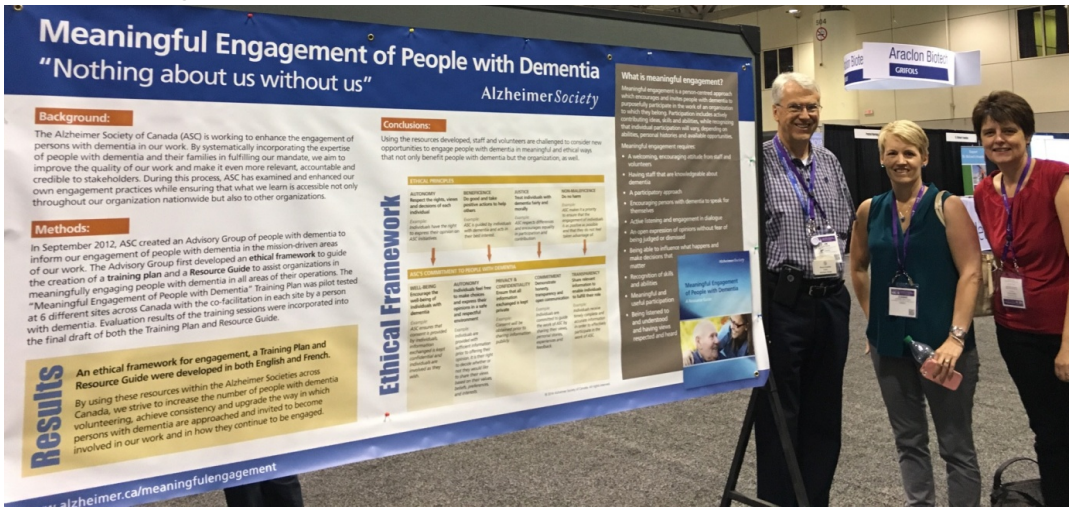
3. Tronc : Développer des liens par l'offrande et la narration.

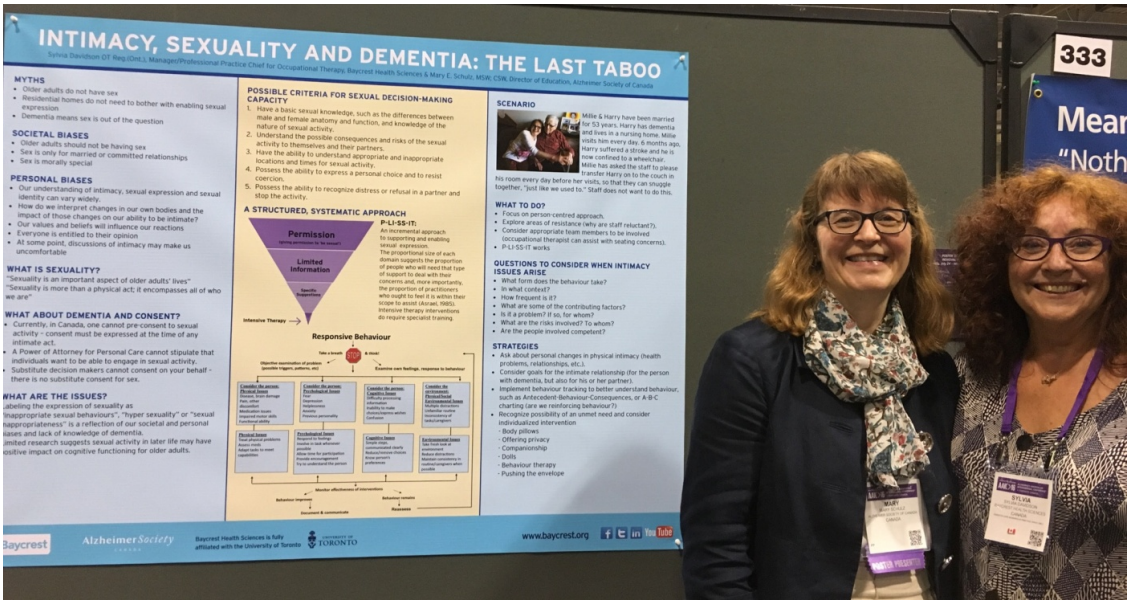
4. Racines : Donner un sens au processus en faisant de la sensibilisation sur l'histoire des peuples autochtones.



Mme Wendy Schettler, chef de la direction de la Société Alzheimer du Manitoba et présidente du groupe de travail Premier lien de la Société Alzheimer, a donné un compte rendu sur la première évaluation pancanadienne de Premier Lien dans les bureaux de la Société. Selon les résultats de l'étude, les normes du programme sont respectées scrupuleusement, mais, par ailleurs, un système de mesure commun permettrait d'améliorer la capacité de recueillir des données et de mieux évaluer le programme.

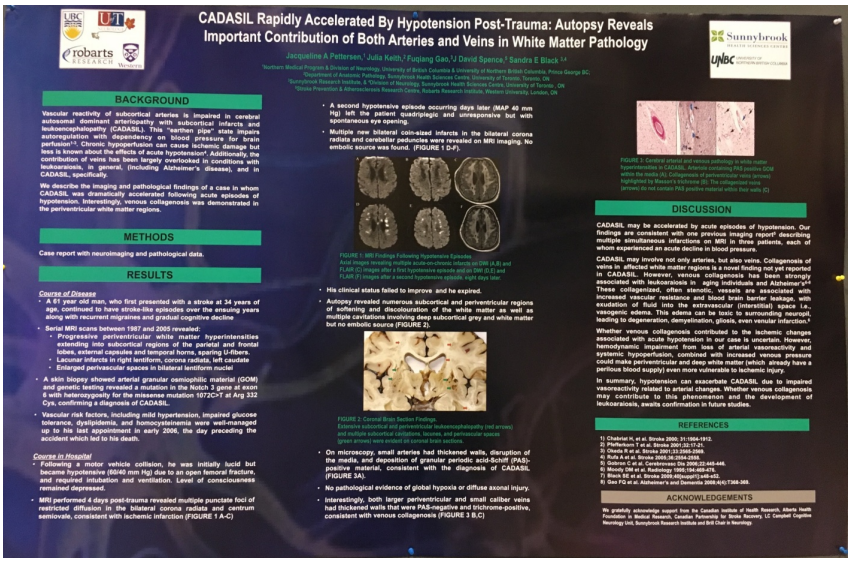
M. Jim Mann, personne atteinte d'une maladie cognitive, Mme **Joanne Bracken,** chef de la direction de la Société Alzheimer de la Saskatchewan, et Mme **Joanne Michael**, directrice des programmes de soutien et d'éducation, ont présenté une affiche sur l'importance de la participation pleine et entière des personnes atteintes d'une maladie cognitive à l'œuvre de la Société Alzheimer.



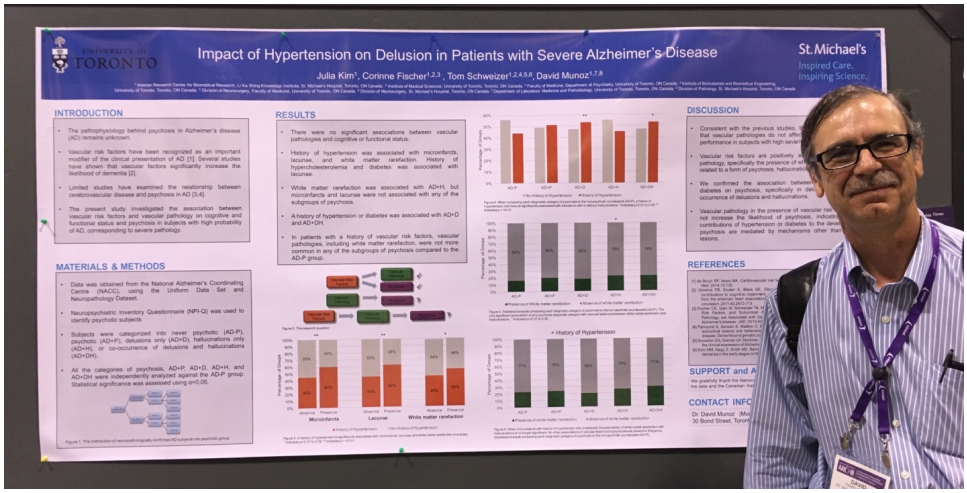


Mmes Mary Schulz et **Sylvia Davidson** ont présenté une affiche sur l'ultime tabou : l'intimité, la sexualité et les maladies cognitives. L'affiche propose une ligne de conduite pour soutenir et rendre possible l'expression sexuelle des personnes atteintes d'une maladie cognitive.

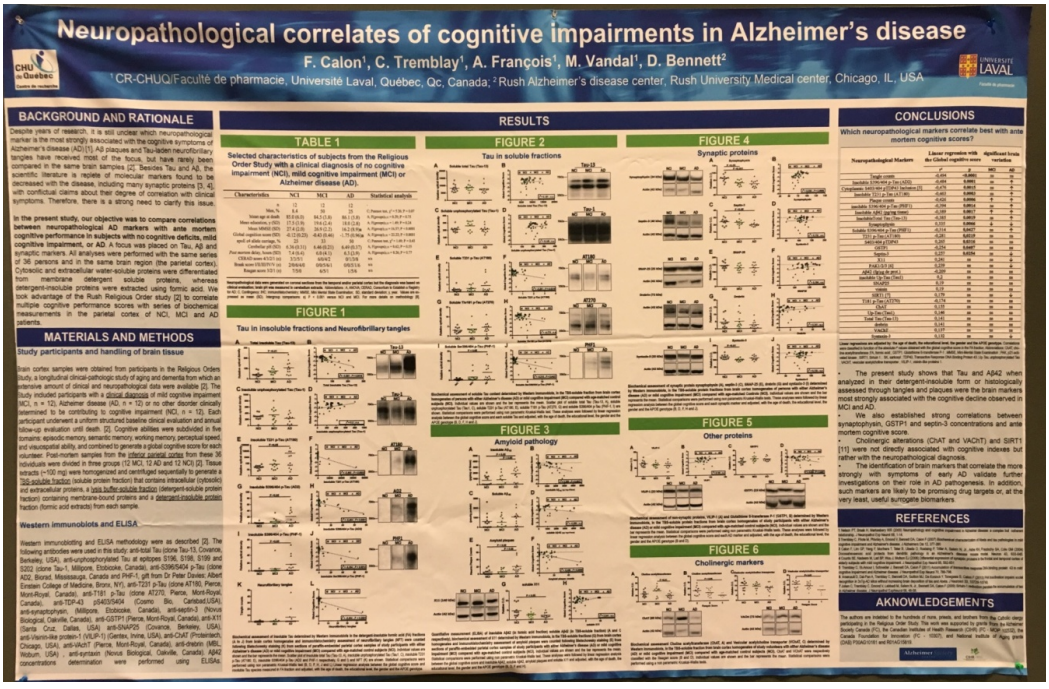
Mme Kathy Hickman, de la Société Alzheimer de l'Ontario, a présenté ses conclusions sur l'importance d'appliquer les principes de l'ouverture au dialogue.



La **D[re] Jacqueline Pettersen** a présenté son étude sur le syndrome CADASIL. Il s'agit d'une maladie neurologique héréditaire qui provoque des infarctus cérébraux à répétition, lesquels entraînent une perturbation des fonctions cognitives. Il faut poursuivre les études pour évaluer les facteurs en cause dans cette maladie.



Le **Dr David Munoz** a présenté l'affiche de son équipe sur l'impact de l'hypertension sur l'illusion sensorielle chez les patients au stade avancé de la maladie d'Alzheimer. Selon les résultats de cette étude, il n'existe aucun lien significatif entre les pathologies vasculaires et l'état fonctionnel de ce groupe de patients.



Le **Dr Frédéric Calon**, titulaire d'une subvention du Programme de recherche de la Société Alzheimer, a présenté les résultats de son étude sur les marqueurs cérébraux associés aux symptômes de la maladie d'Alzheimer au stade précoce. Il est nécessaire de poursuivre la recherche sur leur rôle dans la pathogenèse de la maladie d'Alzheimer.

Échange de propos au « Pavillon canadien » entre l'honorable **Art Eggleton**, sénateur de l'Ontario au gouvernement du Canada, **Mme Debbie Benczkowski**, Société Alzheimer du Canada, **M. Jim Mann**, personne atteinte d'une maladie cognitive, et **Mme Lynn Beattie** de l'Université de la Colombie-Britannique et membre du conseil d'administration de la Société Alzheimer du Canada.

L'honorable **Dipika Damerla**, ministre de l'Ontario déléguée aux Affaires des personnes âgées, s'adresse aux participants du congrès au Pavillon canadien.

Réception à l'intention des chercheurs en début de carrière

Une activité de réseautage pour les nouveaux chercheurs organisée par plusieurs partenaires, dont la Société Alzheimer du Canada.

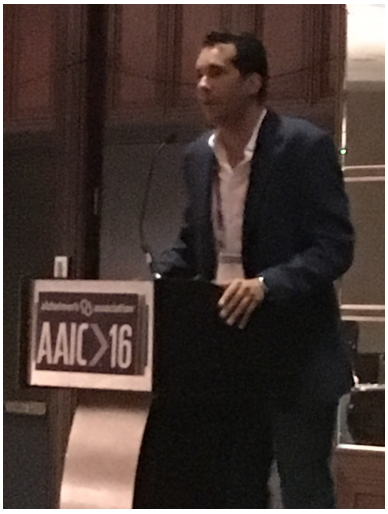
Dre Heather Snyder, directrice des relations médicales et scientifiques, Alzheimer's Association, États-Unis.

Conseils offerts au cours de la réception aux chercheurs étudiants et aux nouveaux chercheurs en début de carrière :

1. Avouer avec humilité que je ferai des erreurs.

2. Reconnaître que je ne peux réussir sans être bien entouré.

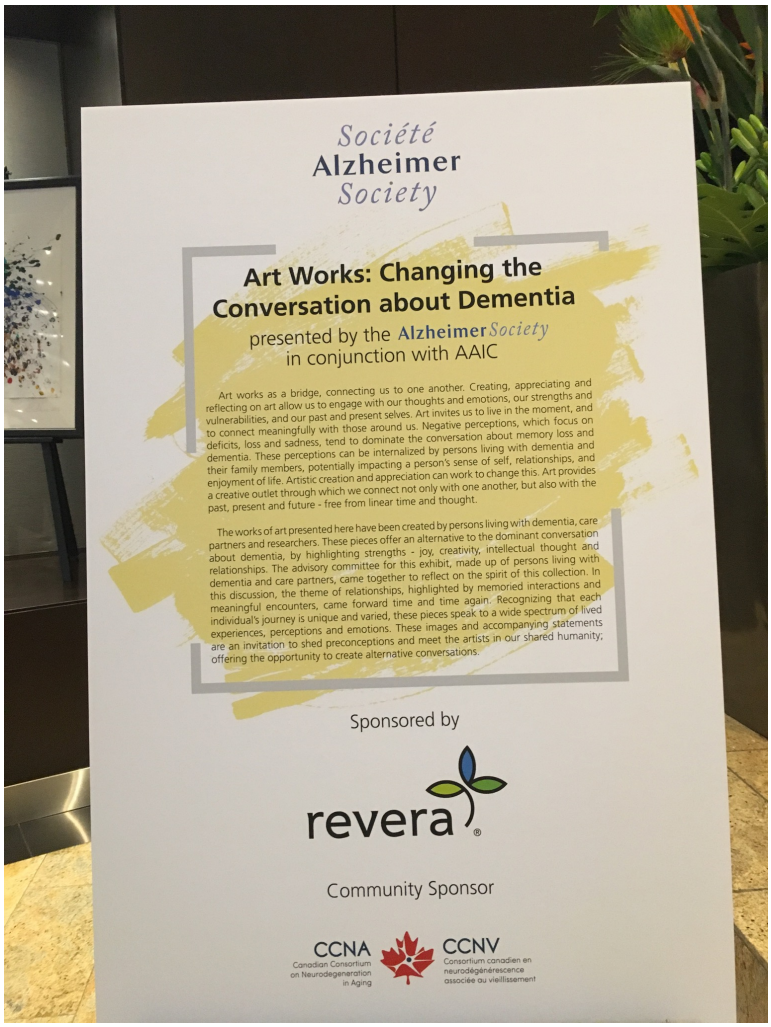
3. Faire preuve d'humilité intellectuelle.



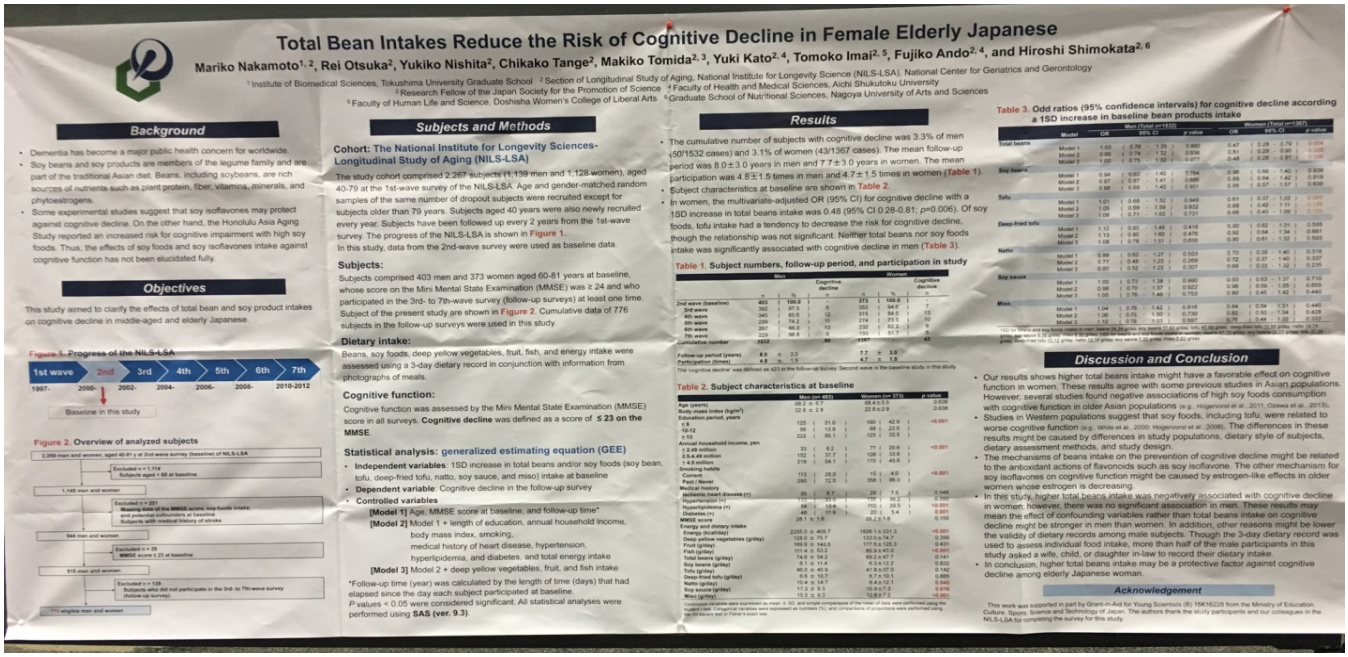
Le conférencier d'honneur, Dr Jose Abisambra, centre sur le vieillissement Sanders-Brown, Collège de médecine, Université du Kentucky

Réseautage avec les chercheurs et les agences de financement au cours de la réception à l'intention des chercheurs en début de carrière. Dans l'ordre habituel : Mme **Nalini Sen**, Société Alzheimer du Canada; Mme **Amanda Duncan**, CCNV; les stagiaires postdoctorales du PRSA Mme **Amanpreet Badhwar**, Université de Toronto et Mme **Jaqueline Patterson**, Université de la Colombie-Britannique.

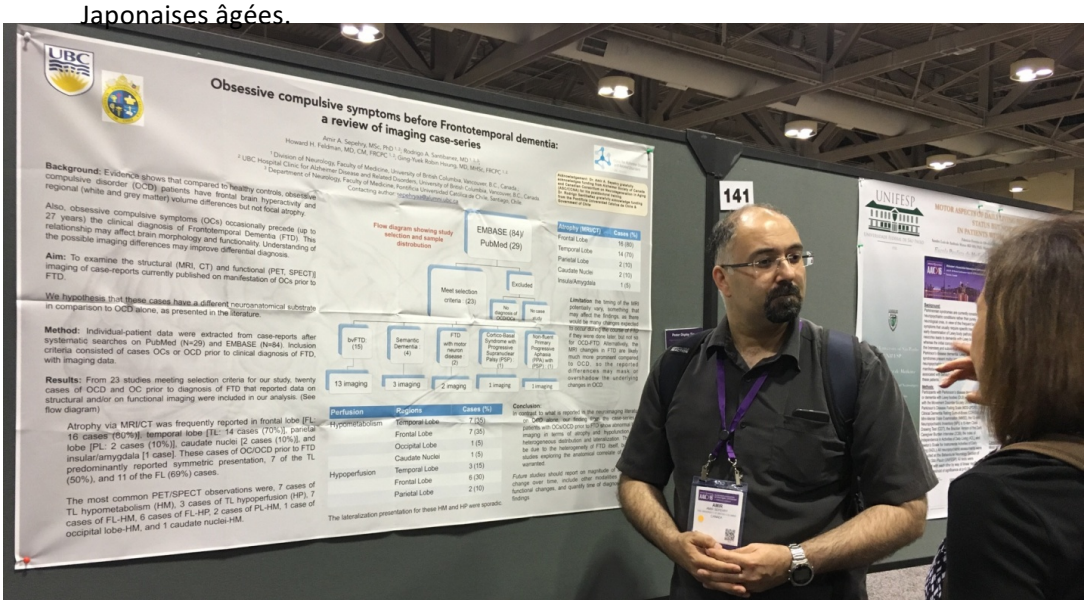
Nalini, Amanda et le stagiaire postdoctoral du Programme de recherche de la Société Alzheimer, **Pradeep Reddy Ramana,** Université Simon Fraser.



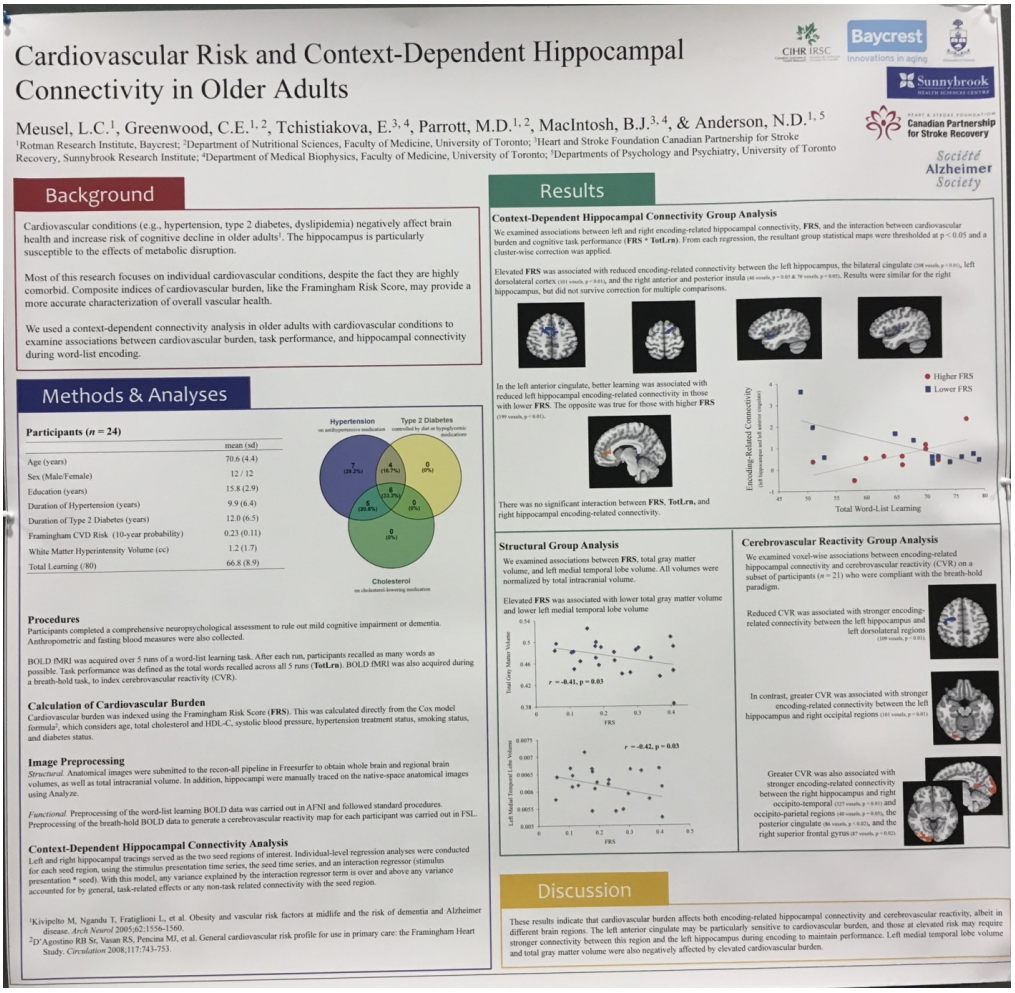
Au cours du congrès de l'AAIC de 2016, la Société Alzheimer a organisé une magnifique exposition d'œuvres créées par des personnes atteintes d'une maladie cognitive, des aidants et des chercheurs. L'exposition a été financée en partie par Revera et le CCNV.



Selon une étude réalisée au Japon, la consommation de haricot pourrait être un élément protecteur contre les maladies cognitives parmi les Japonaises âgées.



M. Amir Sepehry, boursier du PRSA/CCNV, présente les conclusions tirées de son étude sur des patients atteints de troubles obsessionnels compulsifs, avant une dégénérescence frontotemporale. Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur la magnitude au fil du temps de l'atrophie démontrée par l'imagerie cérébrale.

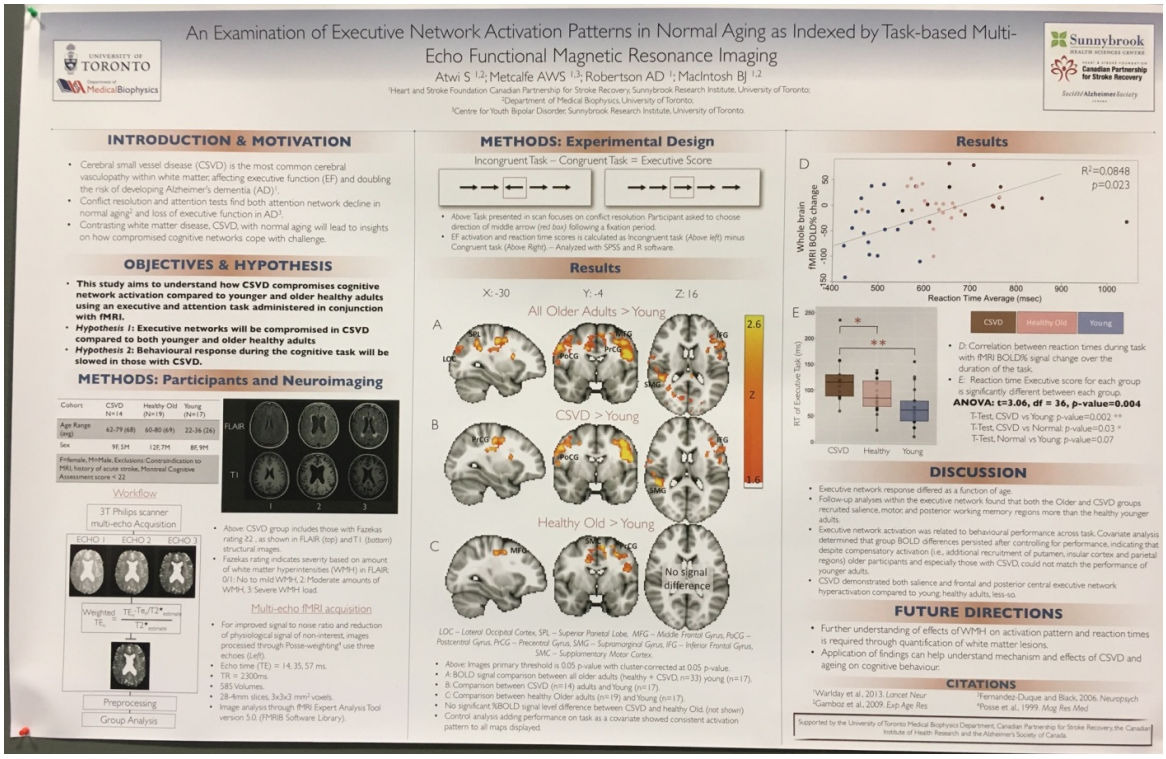


Selon une étude financée par le PRSA, les affections cardiovasculaires affectent la connectivité et la réactivité hippocampiques dans diverses zones du cerveau.

Réception pour les chercheurs canadiens et les partenaires internationaux : Dr Alex Mihailidis, AGE-WELL; Dr Michael Borrie, C5R, M. Anthony Lombardo, ACG; Dr Parminder Raina, ÉLCV; D[re] Susan Kirkland, ÉLCV; Dr Anthony Phillips, IRSC INSMT; Dr Yves Joanette, IRSC IA; Mme Debbie Benczkowski, SAC; Dr Tom Mikkelsen, OBI.

Jn mode de vie sain pour la santé du cerveau : a D[re] Jennifer Bethell, boursière postdoctorale PRSA/CCNV prend sa bicyclette pour se rendre au congrès de l'AAIC.

Mmes Joanne Michael, de la Société Alzheimer de la Saskatchewan, et Cathy Conway, de la Société Alzheimer de l'Ontario, deux partisanes des Blue Jays.



Les chercheurs de l'Université de Toronto présentent les conclusions de leur recherche sur la maladie des petits vaisseaux, qui met en cause la matière blanche du cerveau, et les personnes âgées. Il est nécessaire de poursuivre la recherche sur les hypersignaux de la matière blanche et les temps de réaction en faisant la quantification des lésions de la matière blanche.

alzheimer's association

AAIC 17

A Global Forum to Advance Dementia Science.