

# L'utilisation des services de centre de jour par les personnes âgées qui présentent des incapacités\*

Jacinthe Savard,<sup>1,2</sup> Nicole Leduc,<sup>1,3</sup> Paule Lebel,<sup>1,4</sup> François Béland<sup>1,3</sup> et Howard Bergman<sup>1,5</sup>

## ABSTRACT

This study consists of a secondary analysis of data collected during the SIPA demonstration project. Its purpose is to identify the proportion of Adult Day Care (ADC) users as well as the determinants of use in this group of persons 65 years old and over receiving home care services in Montreal. Results show that 18.8% of the sample have at least one ADC presence during a 6 months study period. The following factors increase the probability of ADC use: being younger; not having a university degree; being born outside of Canada or for persons born in Canada, living with a caregiver; receiving help from the CLSC for daily life activities more than once a week; being in the catchment population of an ADC which fees are lower; and for men only, having had a stroke or presenting more functional incapacities.

## RÉSUMÉ

Cette étude consiste en une analyse secondaire de données recueillies dans le cadre du projet SIPA. Elle vise à identifier la proportion d'utilisateurs de centres de jour (CJ) ainsi que les déterminants de l'utilisation au sein de ce groupe de personnes âgées de 65 ans et plus de la région de Montréal qui reçoivent des services de maintien à domicile. Les résultats montrent que 18,8% de l'échantillon ont au moins une présence en CJ pendant la période d'observation de six mois. Les facteurs suivants augmentent la probabilité d'utiliser le CJ: être plus jeune; ne pas avoir une éducation universitaire; être né à l'extérieur du Canada ou, pour les personnes nées au Canada, cohabiter avec une personne de soutien; recevoir l'aide du CLSC pour les activités de vie quotidienne plus d'une fois par semaine; faire partie du bassin de desserte d'un CJ dont les coûts sont moins élevés; et pour les hommes seulement, avoir déjà subi un accident vasculaire cérébral et présenter davantage d'incapacités fonctionnelles.

<sup>1</sup> Groupe de recherche SOLIDAGE, Faculté de Médecine, Université de Montréal et Université McGill

<sup>2</sup> Clinique universitaire interprofessionnelle de réadaptation, Université d'Ottawa

<sup>3</sup> Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Faculté de Médecine, Université de Montréal

<sup>4</sup> Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants (CESPA), Institut universitaire de gériatrie de Montréal

<sup>5</sup> Division of Geriatric Medicine, Université McGill, et Jewish General Hospital, Montréal

\* Pour mener à bien cette étude, la première auteure a reçu une bourse de recherche doctorale de la Société Alzheimer du Canada et une du groupe de recherche SOLIDAGE. Cette étude utilise des données du projet SIPA, financé par le Fond d'adaptation des services de santé de Santé Canada, la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les auteurs remercient Luc Dallaire et John Fletcher, coordonnateurs de recherche du projet SIPA, pour leur aide précieuse relative à la gestion et à la transmission des données. De plus, ils remercient Anne-Marie Boivin, Christian-Paul Gaudet, Mélanie Léonard, Manon Pouliot et Tina Tennenbaum, coordonnateurs de centres de jour pour avoir partagé des informations sur le fonctionnement de leurs centres de jour, ainsi que Jacinthe Auger, Christian-Paul Gaudet et Tina Tennenbaum pour leurs commentaires sur les résultats de l'étude.

Manuscript received: / manuscrit reçu : 12/06/06

Manuscript accepted: / manuscrit accepté : 27/03/07

**Mots clés :** vieillissement, Centre de jour, personnes âgées, maintien à domicile

**Keywords:** aging, Adult Day Care, frail seniors, community long-term care

Requests for offprints should be sent to:/Les demandes de tirés-à-part doivent être adressées à :

Jacinthe Savard, M. Sc., Candidate au doctorat en santé publique  
Clinique universitaire interprofessionnelle de réadaptation  
Université d'Ottawa

451 chemin Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8M5  
 Tél. : 613-562-5800 poste 8037/ Téléc. : 613-562-5428  
 (jacinthe.savard@uottawa.ca)

## Introduction

Confrontés au vieillissement de la population et aux besoins particuliers des personnes âgées, la plupart des pays industrialisés ont développé une gamme variée de services gérontologiques et gériatriques qui visent le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie de cette population. Parmi ces services, on retrouve le centre de jour (CJ), un service offert aux personnes âgées qui demeurent à domicile et présentent des incapacités. Les interventions en CJ sont offertes principalement au moyen d'activités de groupe et comprennent des activités de surveillance de l'état de santé, des activités d'enseignement et de prévention, des activités de réadaptation visant essentiellement le maintien des capacités, des interventions psychosociales et de loisirs, ainsi que du répit et du soutien aux familles (Gutman, Milstein, Killam, Lewis et Hollander, 1993b; Regroupement des centres d'hébergement et de soins de longue durée Région de Montréal, 2001). Par ces interventions, le CJ vise à favoriser le maintien dans la communauté des personnes âgées qui présentent des incapacités.

Les études sur l'efficacité des CJ pour réduire ou retarder l'institutionnalisation de la clientèle ou pour réduire le fardeau des personnes de soutien ont démontré des résultats variables. Dans plusieurs études, même lorsque ce service est accessible, les taux d'utilisation par la clientèle âgée sont faibles (Baumgarten, Lebel, Laprise, Leclerc et Quinn, 2002; Douglass et Visconti, 1998; Lawton, Brody et Saperstein, 1989; Montgomery et Borgotta, 1989). Toutefois, lorsque les chercheurs ont contrôlé les taux d'utilisation, plusieurs ont pu démontrer des effets positifs à la fréquentation du CJ (Baumgarten et al., 2002; Wimo, Mattsson, Adolfsson, Eriksson et Nelvig, 1993; Zarit, Stephens, Townsend, Greene et Leitsch, 1999). Dans un tel contexte, il importe de se questionner sur les caractéristiques des utilisateurs de CJ afin de mieux cibler les personnes les plus susceptibles d'en bénéficier ou encore de revoir l'offre de service de façon à mieux l'adapter aux besoins de la clientèle cible.

Les quelques recherches qui ont porté sur les facteurs qui influencent l'utilisation des CJ ont utilisé des méthodologies variées. Plus particulièrement, la définition de l'utilisation et du groupe de comparaison varie d'une étude à l'autre. Ainsi, nous avons identifié deux études qui ont comparé les utilisateurs de CJ aux utilisateurs de services à domicile qui ne participent

pas au CJ. Dans une étude canadienne des années 1980, les utilisateurs de CJ sont généralement moins instruits et sont moins nombreux à avoir œuvré dans des postes professionnels ou de gestion que les utilisateurs de services à domicile. Ils sont aussi plus nombreux à être nés au Canada et ils présentent plus d'incapacités fonctionnelles (Chappell, 1983). Dans une étude américaine récente, les utilisateurs de CJ sont généralement plus jeunes et présentent davantage de troubles cognitifs que les personnes qui utilisent uniquement les soins à domicile. Bien que les capacités fonctionnelles des deux groupes soient similaires selon les échelles d'activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'activités de la vie domestique (AVD), les utilisateurs de soins à domicile sont hospitalisés plus souvent et utilisent plus d'équipement médical ou d'aides techniques (Dabelko et Balaswamy, 2000). Ces résultats sont cohérents avec le fait que les personnes qui fréquentent le CJ doivent posséder certaines capacités de déplacement. Même lorsqu'un transport adapté est offert par le CJ, il est plus difficile de déplacer des personnes qui utilisent davantage d'équipement médical ou celles qui se sentent fragiles en raison d'une hospitalisation récente.

D'autres études, centrées sur des groupes d'utilisateurs de CJ, ont identifié certains facteurs qui distinguent les forts utilisateurs des plus faibles utilisateurs. Selon ces études, les facteurs associés à une plus forte utilisation étaient: des scores de dépression légèrement supérieurs; des scores d'anxiété légèrement inférieurs; des atteintes cognitives plus grandes (Baumgarten et al., 2002); moins de problèmes de comportements (Lawton, Brody et Saperstein, 1991; Zarit et al., 1999); la présence d'une personne de soutien; un plus grand fardeau ressenti par cette personne (Baumgarten et al., 2002); le fait d'avoir des enfants, et le fait d'être inscrit à raison de trois jours par semaine (Wallace, 1987).

Des études sur l'utilisation de services de répit par les aidants familiaux ont aussi démontré que les aidants de personnes atteintes de troubles cognitifs ont utilisé davantage le CJ que les autres groupes de sujets (Montgomery, Kosloski et Borgotta, 1988-1989) et que les aidants qui disent avoir été influencés par un membre de leur réseau informel ou par un professionnel utiliseraient davantage le CJ que ceux qui ne rapportent pas l'influence d'une tierce personne sur leur utilisation de services (Cotrell et Engel, 1998). De plus, dans une étude qualitative de Cotrell (1996)

auprès d'une clientèle atteinte de démence, les personnes de soutien qui sont des enfants corésidents indiquent une préférence pour le CJ plutôt que d'autres formes de répit pour les bienfaits résultant de la socialisation qu'il procure à leur parent, tandis que les conjoints qui ont besoin de répit semblent préférer le répit à domicile qui leur permet de quitter la maison ou de vaquer librement à certaines occupations domestiques.

Il faut noter qu'à l'exception des travaux de Baumgarten et collaborateurs (2002) et de Chappell (1983), ces résultats proviennent d'études américaines. Les autres études canadiennes recensées au sujet des CJ (Gutman, Milstein, Killam, Lewis et Hollander, 1993a et 1993b; Tourigny, Côté, Laberge, Paradis et Joubert, 1993) n'abordent pas les facteurs qui influencent l'utilisation. Nous ne savons pas si la dynamique d'utilisation des services observée aux États-Unis est similaire à celle du Québec et du Canada. En effet, il existe une variété de modèles de CJ aux États-Unis: modèle social, modèle médical, centres spécifiques pour les personnes atteintes de démence (Gaugler et Zarit, 2001; Weissert et al., 1989). Au Québec et ailleurs au Canada, les CJ sont plutôt génériques, c'est-à-dire qu'ils acceptent une clientèle variée et adaptent leurs activités aux besoins diversifiés de cette clientèle. On constate donc que les CJ offrent à la fois des services habituellement considérés comme des services de santé (suivi infirmier de l'état de santé, activités de réadaptation) et des services de nature plus sociale (activités de socialisation pour des personnes isolées en raison d'une perte d'autonomie importante, répit aux personnes de soutien). La majorité des activités sont offertes sous forme d'activités de groupe et la plupart des personnes âgées qui y participent reçoivent plus d'un type de services. De plus, aux États-Unis la participation à ces services, offerts dans un marché compétitif, est parfois limitée par la capacité financière des individus. Au Québec, elle est plutôt limitée par la capacité d'accueil des centres qui ont souvent des listes d'attente, bien que les coûts liés au transport et aux repas (généralement inférieurs aux coûts des CJ aux États-Unis) puissent aussi représenter des barrières à l'utilisation. Par conséquent, les facteurs qui influencent l'utilisation des CJ dans le contexte québécois et canadien restent encore à définir.

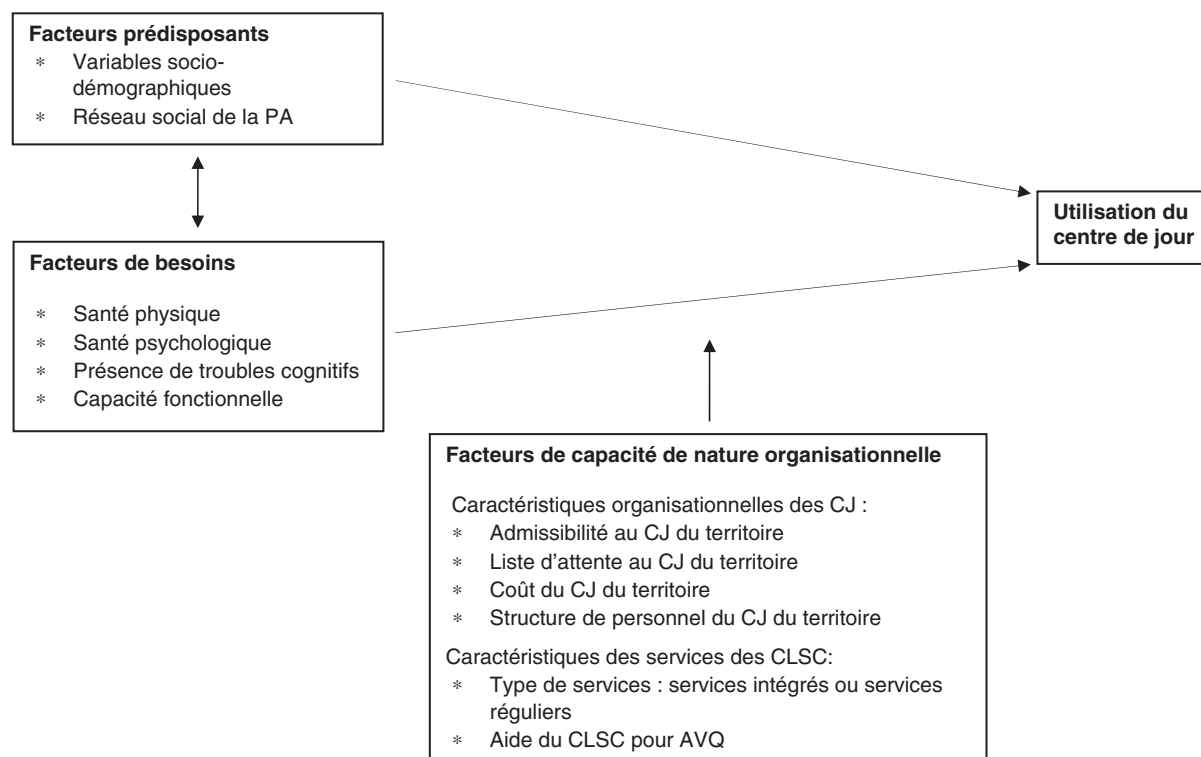
Les objectifs de la présente étude sont d'identifier la proportion d'utilisateurs de CJ parmi une clientèle âgée vulnérable de la région de Montréal, de caractériser ces utilisateurs et d'analyser les déterminants de l'utilisation du CJ. Les résultats fourniront des pistes de réflexion pour les intervenants qui dirigent les personnes âgées vers ce type de service.

Le modèle élaboré par Andersen dès 1968 pour expliquer l'utilisation de services médicaux et repris ensuite par Andersen et plusieurs collègues (voir Andersen, 1995) permet une conceptualisation globale intéressante de trois types de facteurs qui peuvent expliquer l'utilisation des services de santé: les facteurs prédisposants; les facteurs de capacité (*enabling factors*); et les facteurs de besoins. Toutefois, la façon dont ces facteurs influencent l'utilisation des services médicaux et l'utilisation du CJ peut différer grandement, ne serait-ce que parce que dans le contexte québécois, la demande pour fréquenter le CJ est plus rarement initiée par la personne elle-même, mais provient plus souvent d'une recommandation d'un professionnel de la santé. Dans cette étude, la typologie de facteurs décrite par Andersen sera adaptée aux caractéristiques particulières des CJ pour identifier les variables à inclure dans l'analyse des déterminants de l'utilisation des CJ (voir figure 1). Selon ce modèle adapté, les facteurs prédisposants sont des facteurs qui sont présents avant que le besoin de services ne se fasse sentir. Ils influencent la propension à utiliser les services, mais aussi l'état de santé de la personne âgée, donc le niveau de besoin pour les services offerts en CJ. Les facteurs de besoins sont reliés à l'état de santé de la personne âgée et aux besoins que le CJ tente de combler. On remarque que l'état de santé peut aussi influencer certaines caractéristiques sociales, comme le fait de vivre avec une personne de soutien. Par ailleurs, les facteurs de capacité inclus dans cette étude sont reliés aux caractéristiques organisationnelles des services qui peuvent faciliter ou limiter l'accès aux services. Dans le cas de l'utilisation du CJ, nous émettons l'hypothèse qu'elles interagiront avec les facteurs prédisposants et les facteurs de besoin pour modifier les taux d'utilisation. En effet, on peut penser par exemple qu'à besoin égal, une moins grande proportion de sujets utilisera le CJ si ce dernier présente une liste d'attente plus longue. Toutefois, si les CJ ont établi des critères de priorité, l'effet de la liste d'attente pourrait être différent chez les personnes dont le niveau de besoin est plus faible que chez celles dont le niveau de besoin est plus élevé. De même, il est possible que des services plus intensifs de soutien à domicile puisse apporter un suivi qui serait de nature à favoriser l'identification plus rapide des besoins et une meilleure adhésion aux recommandations et donc, à besoin égal, augmenter l'utilisation du CJ.

## Méthodologie

Cette étude s'appuie sur des informations provenant de deux bases de données existantes:

- 1) Les données tant sociodémographiques que reliées à la santé physique et psychologique des personnes



**Figure 1: Facteurs qui influencent l'utilisation du centre de jour**

âgées recueillies dans le cadre du projet de démonstration des Services intégrés pour personnes âgées (SIPA)<sup>1</sup>. Le projet SIPA s'est déroulé de juin 1999 à mars 2001, auprès de 1230 personnes âgées qui présentent des incapacités et résident sur deux territoires de Centre local de services communautaires (CLSC) de la région de Montréal. Environ la moitié de ces personnes ont reçu les services intégrés évalués dans le cadre du projet SIPA, alors que l'autre moitié continuait de recevoir les services de maintien à domicile régulier de leur CLSC. Une équipe de recherche a complété une cueillette exhaustive de données comportant trois vagues de questionnaires auprès des personnes âgées, un questionnaire auprès des personnes de soutien, ainsi qu'un relevé de leur utilisation des services de santé pendant toute la durée de l'expérimentation, d'après les bases de données des organismes et des établissements de santé (Régie de l'assurance maladie du Québec, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, hôpitaux, CJ, etc.). Pour les personnes âgées incapables de répondre elles-mêmes aux questionnaires, un substitut a été utilisé.

2) Les données statistiques recueillies de façon routinière par quatre des cinq CJ qui desservent ces deux mêmes territoires, à l'aide d'un logiciel commun: le JEDI<sup>2</sup>. Ce logiciel fut conçu spécialement

pour recueillir des données sur les clients, les activités et les présences aux CJ. Au moment de l'étude, il est utilisé par 23 des 32 CJ de l'île de Montréal.

Ces informations ont été complétées par une cueillette de données dans les dossiers du cinquième CJ. De plus, des entrevues avec les coordonnateurs des cinq CJ ont permis de préciser les caractéristiques des activités offertes, les procédures pour le repas et les transports et les critères d'admission spécifiques à chacun des centres.

#### *Population à l'étude*

Les personnes admises au projet de démonstration SIPA devaient vivre à domicile au début de l'étude, recevoir des services de maintien à domicile de leur CLSC et présenter des incapacités fonctionnelles, indiquées par un résultat de -10 ou moins au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988). Elles devaient aussi accepter de participer à une étude randomisée sur les services intégrés pour personnes âgées et pouvoir s'exprimer en français ou en anglais avec les membres du projet SIPA, ou avoir un proche en mesure de le faire (Béland, Bergman et Lebel, 2001). Il s'agit donc d'une partie de la population âgée habituellement identifiée comme présentant des limitations d'activités de modérées à graves. Dans des

études de population menées au Canada, on a observé que de 11% à 19% des personnes âgées de plus de 65 ans présentent de telles incapacités (Béland, Haldemann, et al., 1998; Développement des ressources humaines Canada, 2003).

Pour cette étude sur l'utilisation des CJ, l'échantillon de départ est composé de 812 personnes âgées de 65 ans ou plus, toujours suivies par l'équipe de recherche SIPA à la fin de la première phase du projet, en mai 2000. De ce nombre, 44 personnes hébergées de façon permanente et 2 personnes hospitalisées pour toute la durée de la période d'observation étaient dans l'incapacité de fréquenter un CJ et ont été exclues de l'étude. De plus, 43 personnes qui présentaient des données manquantes pour des variables importantes à l'étude ont été exclues des analyses. L'échantillon final comprend donc 723 sujets.

On observe certaines différences entre les 43 sujets exclus en raison de données manquantes et les 723 sujets inclus: les questionnaires exclus sont plus souvent remplis par des substituts (54% contre 23% pour les questionnaires inclus,  $p < 0,001$ ). Les sujets exclus sont plus nombreux à ne pas avoir une connaissance suffisante du français ou de l'anglais pour répondre par eux-mêmes au questionnaire (18,6% vs 7,3%,  $p = 0,008$ ) et ils sont moins autonomes que les sujets inclus dans l'étude, mais cette différence est grandement due au plus grand nombre de sujets qui sont très dépendants (0 à 2 à l'échelle du *Older Americans Resources et Services* [OARS]) (12,5% vs 1,2%). Lorsque ces sujets ne sont pas considérés, la différence entre les deux groupes en terme d'autonomie fonctionnelle n'est plus significative.

#### *Caractéristiques des centres de jour*

Cinq CJ desservent le territoire sur lequel cette étude a été menée. Le nombre de personnes âgées inscrites chaque jour varie de 25 à 45 personnes par jour, selon les centres. Le nombre moyen de présences réelles par jour varie de 18,1 à 28,7. La fréquentation minimale pour une même personne varie d'une demi-journée à 1 journée par semaine et la fréquentation maximale de 2 à 3 journées par semaine, selon les centres. La durée de chaque visite varie de 4,5 à 6 heures par jour, pour les personnes inscrites pour la journée et de 2 à 3,5 heures pour celles inscrites à la demi-journée, dans les centres qui offrent ce type de fréquentation.

Bien que chacun des centres décrive ses critères d'admission de façon légèrement différente, ce sont tous des centres qui visent le maintien à domicile des personnes âgées qui présentent des incapacités. Deux centres acceptent les personnes de 60 ans et plus, deux autres à partir de 65 ans, alors qu'un autre exige un

profil gériatrique sans mentionner un âge minimum. Tous les centres mentionnent que les personnes doivent être en perte d'autonomie. Un centre ajoute que cette perte d'autonomie fonctionnelle empêche de participer à d'autres activités offertes dans la communauté, tandis qu'un autre spécifie que les personnes admises ont besoin d'un environnement thérapeutique structuré en raison d'une perte d'autonomie temporaire ou permanente. Trois des cinq CJ de l'étude ont des critères d'admission spécifiques liés à la langue ou à la religion (anglophones, francophones, juifs). Ces trois centres desservent le même territoire et acceptent les personnes allophones selon leur préférence pour un milieu anglophone ou francophone, de sorte que le service de CJ est disponible pour la population âgée en perte d'autonomie de toute langue ou de toute religion sur ce territoire.

En ce qui concerne les critères d'exclusion, aucun des centres n'accepte les personnes qui présentent des comportements qui pourraient perturber le groupe ou constituer un danger pour les autres participants. Aucun n'accepte les personnes qui auraient besoin d'être transférées au levier pendant la journée puisqu'aucun ne possède ce type d'équipement. De plus, trois des cinq centres n'acceptent pas les personnes qui auraient besoin d'être transférées à l'aide de deux personnes pendant la journée, parce qu'ils n'ont pas le personnel nécessaire pour le faire. Les transferts à l'aide d'une personne sont possibles dans tous les centres. Tous les centres acceptent les personnes qui présentent de l'incontinence urinaire si elles portent les protections appropriées (p. ex.: couches, serviettes hygiéniques). Un seul refuse celles qui présentent de l'incontinence fécale. Deux centres n'acceptent pas les personnes qui ont besoin d'aide pour se nourrir (c.-à-d., pour porter les aliments à leur bouche). Tous acceptent les personnes qui ont besoin d'aide pour préparer l'assiette (c.-à-d., couper la viande, beurrer le pain et ouvrir les contenants s'il y a lieu).

Le coût de chaque participation varie de 5 \$ à 17 \$ par jour, pour couvrir les frais de transport et de repas. Tous les centres sont prêts à faire des ajustements à leur tarif pour accommoder les personnes qui éprouvent des difficultés financières. Certaines personnes peuvent payer moins cher parce qu'elles n'utilisent pas le transport ou ne prennent pas le repas du CJ. La durée moyenne d'attente pour être admis au CJ à l'époque de l'étude variait d'environ un mois à un an selon les centres. Deux centres font des appels à tous les participants la veille ou le matin même, pour leur rappeler le jour de leur participation. Un centre effectue de tels appels seulement pour les cas particuliers comme les individus qui ont des

problèmes de mémoire et qui habitent seuls. Les deux autres centres n'effectuent pas de relance téléphonique.

Les CJ de cette étude peuvent compter sur un personnel variant de 4,7 à 7,9 équivalents à temps complet (ETC). Le ratio de personnes âgées inscrites par jour par membre de personnel varie de 3,8 à 6,6. Le ratio de personnes âgées présentes en moyenne par jour par membre de personnel varie de 3,1 à 4,2. Le personnel se répartit dans les catégories suivantes: personnel de soins (13,2% à 35,2%); personnel de réadaptation (14,8% à 41,2%); intervenants en loisirs (14,7% à 37,9%); intervenants psychosociaux (0% à 15,4%); et personnel administratif et de soutien (19,3% à 39,2%).

#### *Période d'observation*

Les données relatives aux caractéristiques des personnes âgées ont été recueillies entre mai 2000 et novembre 2000. Pour chaque sujet, l'utilisation du CJ a été observée pendant une période de six mois, dont le centre est la date du questionnaire à la personne âgée. Comme l'état de santé des personnes en perte d'autonomie peut changer rapidement, il a semblé important d'utiliser la période d'observation de l'utilisation des CJ la plus près possible du moment où les données sur l'état de santé ont été recueillies.

#### *Variables à l'étude*

La variable dépendante est la participation au CJ pendant la période d'observation. Les sujets qui ont au moins une présence au CJ pendant la période sont définis comme utilisateurs de CJ, alors que ceux qui n'ont aucune présence sont définis comme non utilisateurs, qu'ils aient ou non un dossier ouvert dans un CJ pendant la période.

Les variables indépendantes considérées dans cette étude incluent les facteurs prédisposants, reliés aux caractéristiques sociales de la personne âgée; les facteurs de besoins, reliés aux caractéristiques de son état de santé; ainsi que les facteurs de capacités de nature organisationnelle reliés aux caractéristiques organisationnelles du CJ de son territoire et au type de services qu'elle reçoit de son CLSC (voir figure 1).

#### *Facteurs prédisposants ou caractéristiques sociales de la personne âgée*

Les variables sociodémographiques considérées sont: l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le fait pour la personne âgée ou son conjoint d'avoir exercé une profession du domaine de la santé, l'appartenance culturelle mesurée par le pays de naissance, la religion et la langue d'usage. La langue d'usage et le niveau

d'éducation sont présentés sur des échelles à six et cinq niveaux respectivement pour les analyses descriptives. Des variables dichotomiques ont aussi été créées, soit le fait d'avoir ou non une éducation universitaire et la connaissance ou non d'une des deux langues officielles. Ce sont ces variables dichotomiques qui seront utilisées dans les analyses multivariées. Enfin, une question demandant au sujet d'estimer si son revenu actuel lui permet de satisfaire ses besoins sera utilisée dans les analyses descriptives, mais ne pourra être utilisée dans les analyses multivariées en raison du grand nombre de réponses manquantes.

En ce qui concerne le réseau social de la personne âgée, la présence ou non d'une personne de soutien et le type de lien avec celle-ci ont été regroupés pour former une variable à quatre niveaux: une personne de soutien qui est le conjoint de la personne âgée; une personne de soutien autre que le conjoint qui réside avec la personne âgée; une personne de soutien qui ne réside pas avec la personne âgée; ou pas de personne de soutien. L'état civil a été enregistré pour des fins descriptives seulement en raison de sa forte corrélation avec la variable précédente concernant le lien avec la personne de soutien.

#### *Facteurs de besoins ou état de santé de la personne âgée*

Pour évaluer la santé physique des personnes âgées, le questionnaire demandait aux répondants d'indiquer s'ils présentaient l'une ou l'autre des 16 conditions suivantes tirées de l'étude *Establishment of Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly* (EPESE) (Coroni-Huntley, Brook, Ostfeld, Taylor et Wallace, 1986). Ces conditions incluent la présence de: haute tension artérielle; maladie de cœur; problèmes de circulation; accident vasculaire cérébral (AVC); diabète; problèmes respiratoires; rhumatisme ou arthrite (douleur aux jointures ou aux os); tumeur ou cancer; problèmes émotionnels; maladie de Parkinson; problèmes de mémoire ou maladie d'Alzheimer; problèmes de vessie, de reins ou de prostate; cataractes; glaucome; problèmes d'estomac (gastrite, ulcères, hernie hiatale); fracture de hanche ou de jambe récente (dans la dernière année). Pour les analyses multivariées, la présence d'AVC, de problèmes émotionnels et de problèmes de mémoire ou de maladie d'Alzheimer a été exclue de cette liste afin de pouvoir tester l'influence de ces problèmes de façon séparée. Pour ces analyses, le total des réponses positives aux 13 questions restantes donne le nombre de problèmes de santé. Pour compléter ces informations sur la santé physique des participants, le nombre de jours d'hospitalisation du sujet pendant la période d'observation a été enregistré.

La santé psychologique de la personne âgée est mesurée par une question tirée de l'étude EPESE qui demande si la personne souffre de problèmes émotionnels (nervosité, dépression, anxiété ou insomnie). De plus, pour les personnes qui répondaient elles-mêmes au questionnaire, la santé psychologique a aussi été mesurée par l'Échelle de dépression gériatrique, version courte (ÉDG) (Sheikh et Yesavage, 1986). Cette donnée n'étant disponible que pour certains sujets, elle ne sera utilisée que dans les analyses descriptives. L'échelle de dépression gériatrique originale (30 énoncés) a démontré une bonne consistance interne ( $\alpha$  de Chronbach = 0,94) et une bonne fidélité test-retest (0,85 à une semaine d'intervalle) (Yesavage et al., 1983). La forme courte, qui comporte 15 énoncés, est fortement corrélée ( $r = 0,84$ ) à l'évaluation originale (Sheikh and Yesavage, 1986). Les résultats possibles pour la forme courte vont de 0 à 15. Un résultat plus élevé indique plus de symptômes dépressifs.

La présence de troubles cognitifs est mesurée par le *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975). Ce questionnaire comporte 10 questions évaluant principalement la mémoire et l'orientation. La fidélité de cette échelle est démontrée par un  $\alpha$  de Cronbach de 0,89 pour la consistance interne (Foreman, 1987), une fidélité test-retest à quatre semaines d'intervalle de 0,82 (Pfeiffer, 1975) et une fidélité interjuges entre 0,62 et 0,87 (Fillenbaum and Smyer, 1981). Pfeiffer (1975) suggère qu'un résultat de 3 erreurs ou plus indique possiblement un déficit cognitif pour une personne qui a une éducation de niveau secondaire. Il suggère de permettre une erreur de plus aux personnes qui n'ont pas fréquenté l'école secondaire et une erreur de moins à ceux qui ont fréquenté le collège ou l'université. Il recommande aussi d'accorder une erreur de plus aux Africains-Américains. Cette correction pour l'origine ethnique a été adaptée au contexte multiethnique de Montréal, en accordant une erreur de plus aux sujets qui ne sont pas nés au Canada. En utilisant les critères suggérés par Pfeiffer, Foreman (1987) a obtenu un coefficient de prévision d'un test positif de 0,89.

Pour les personnes qui n'avaient pas la capacité de répondre au SPMSQ (difficulté de communication reliées à la connaissance de la langue ou à un problème de santé), la présence de troubles cognitifs est enregistrée lorsque le questionnaire indique qu'un substitut est utilisé parce que la personne souffre de troubles cognitifs ou lorsqu'à la question tirée de l'étude EPESE sur les problèmes de mémoire, le substitut indique que la personne souffre de la maladie d'Alzheimer ou de problèmes de mémoire attestés par un médecin.

La capacité fonctionnelle est évaluée par l'échelle de la Section des soins personnels du *Older Americans Resources and Services* (OARS) (Fillenbaum, 1988). Cette échelle comporte sept énoncés qui évaluent la capacité à réaliser diverses activités de la vie quotidienne (s'habiller, manger, contrôler ses sphincters, etc.) et sept énoncés qui évaluent la capacité à réaliser diverses activités de la vie domestique (utiliser le téléphone, utiliser les moyens de transport, magasiner ou faire l'épicerie, préparer les repas, etc.). Les résultats possibles vont de 0 à 28, un résultat plus élevé indiquant une plus grande autonomie. L'ensemble du questionnaire OARS a démontré une bonne fidélité test-retest (0,90 pour trois à huit semaines d'intervalle) et la section des soins personnels a démontré une fidélité interjuges de 0,86 (Fillenbaum, 1988). Pour compléter cette information, la présence de troubles sensoriels a aussi été évaluée en demandant aux répondants s'ils avaient aucune difficulté, un peu de difficulté, ou beaucoup de difficulté à reconnaître des personnes, à lire ou à entendre, même en utilisant les aides techniques appropriées (lunettes, appareil auditif) le cas échéant. Une variable à trois niveaux a été créée: aucune difficulté pour aucune de ces trois activités; un peu de difficulté pour au moins une des trois activités; et beaucoup de difficulté pour au moins une des trois activités. La présence de troubles de la parole a été évaluée en demandant aux sujets s'ils avaient aucune, un peu, ou beaucoup de difficulté à se faire comprendre lorsqu'ils parlent.

Le fait d'être hébergé dans les trois mois suivants le questionnaire peut indiquer une détérioration de la capacité fonctionnelle ou une diminution de la capacité du réseau social à compenser les incapacités. Cette information a été recueillie à partir des banques de données sur l'hébergement de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) de Montréal, agence responsable de la coordination des demandes de placement pour l'ensemble de l'île de Montréal.

#### *Facteurs de capacité de nature organisationnelle*

Deux caractéristiques relevant des services reçus du CLSC ont été considérées. La première est la fréquence de l'aide reçue du CLSC pour les activités de vie quotidienne ou domestique. La seconde est le type de service reçu du CLSC, le service régulier ou le service intégré expérimenté dans le cadre du projet SIPA. En effet, on peut penser que le service intégré, par une gestion de cas plus personnalisée, aurait pu influencer la participation au CJ.

En ce qui concerne les caractéristiques organisationnelles des CJ, les variables suivantes ont été

considérées: le fait que le CJ accepte ou non les personnes qui présentent de l'incontinence fécale; celles qui ont besoin d'être transférées à l'aide de deux personnes; celles qui ont besoin d'aide pour manger, sont observés de façon dichotomique. La présence d'appels placés aux participants pour leur rappeler leur journée de participation est observée sur une échelle à trois niveaux: pas d'appels, appels pour les cas particuliers, appels à tous les participants. La durée de la liste d'attente, la disponibilité du personnel et le coût du CJ sont observés sur des échelles continues. La quantité de personnel disponible dans chacun des CJ est mesurée en considérant le ratio du nombre de participants au CJ sur le nombre d'employés en équivalents à temps complet (ETC). Le type de personnel disponible est calculé en pourcentage du total d'ETC, pour chacune des catégories suivantes: personnel de soins (infirmières, assistantes-infirmières et préposés); personnel de réadaptation (ergothérapeute, physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et moniteur en réadaptation); intervenants en loisirs (techniciens en loisirs, éducateurs spécialisés, musicothérapeutes); intervenants psychosociaux (travailleurs sociaux, baccalauréat en psychologie, etc.); et personnel administratif et de soutien (coordonnateur, secrétaire, chauffeur, aide en alimentation).

## Analyse des données

Pour identifier la proportion d'utilisateurs de CJ et décrire qui sont ces utilisateurs, des statistiques descriptives (moyenne, fréquence, intervalles de confiance) ont été calculées. Les différences entre les utilisateurs et les non-utilisateurs ont été étudiées de façon bivariée à l'aide de tests de Student (test de t) et de tests du chi carré.

Pour mieux comprendre les effets de ces variables sur l'utilisation du CJ, des analyses multivariées (régressions logistiques multiples) ont ensuite été effectuées, en respectant l'ordre du modèle conceptuel (figure 1) pour l'introduction des variables dans ces analyses. Ainsi, toutes les variables relatives aux caractéristiques sociales et de santé ont été d'abord entrées dans les analyses et les variables significatives à  $p < 0,10$  après cette première étape d'analyse ont été conservées. De plus, comme le suggèrent Hosmer and Lemeshow (2000), certaines variables jugées importantes cliniquement et démontrant possiblement des interactions avec d'autres variables ont aussi été conservées à ce stade, bien qu'elles n'étaient pas statistiquement significatives dans ces premières analyses. La présence d'interactions parmi ces variables a ensuite été évaluée en entrant chacune des

interactions possibles une à une dans les analyses de régression. Les interactions qui individuellement paraissaient significatives à  $p < 0,20$  ont alors été entrées simultanément dans le modèle. Un modèle préliminaire contenant les caractéristiques sociales et de santé ainsi que leurs interactions est ainsi créé, en ne conservant que les termes significatifs à  $p < 0,10$ . Les variables organisationnelles ont ensuite été introduites dans le modèle et la procédure a été répétée pour tester l'influence de ces dernières et de leurs interactions. Enfin, les variables qui n'atteignaient pas le seuil de signification de  $p < 0,05$  ont été retirées du modèle. La qualité d'ajustement de ce modèle a été évaluée à l'aide du test de Hosmer et Lemeshow.

En préalable à ces analyses, les associations entre les variables indépendantes ont été étudiées de façon à éviter les problèmes de multicollinéarité, et pour chacune des variables continues, la linéarité de la relation avec l'utilisation du CJ a été évaluée. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows, version 12.0.

Les résultats de l'étude ont été discutés avec les coordonnateurs de trois des CJ inclus dans l'étude et les points importants de ces échanges sont présentés dans la discussion de cet article.

## Résultats

### *Proportion d'utilisateurs de centre de jour*

Parmi les 723 sujets de l'étude, 136 ont au moins une présence dans un CJ pendant la période d'observation de 6 mois, soit 18,8% (IC à 95%: 16,0 à 21,7%) de l'échantillon.

### *Description de l'échantillon*

Les principales caractéristiques des utilisateurs et des non-utilisateurs de CJ, ainsi que de l'échantillon total sont présentées aux tableaux 1, 2 et 3. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 83,3 ans ( $\pm 7,2$ ). Comme on peut s'y attendre pour ce groupe d'âge, les participants sont en majorité des femmes (73,3%) et des veuves ou veufs (53,3%). L'étude ayant été menée dans deux quartiers très multiethniques de la ville de Montréal, on observe que 44,5% des sujets sont nés dans un pays autre que le Canada. Ces immigrants vivent au Canada depuis plusieurs années (moyenne de 38,5 ans  $\pm 19,3$ ) et seuls 4,7% sont au Canada depuis 10 ans ou moins. Dans l'ensemble de l'échantillon, 58,4% des participants utilisent le français à la maison, 20,5% utilisent l'anglais, et 21,1% utilisent une autre langue seulement. Seulement 5% à 6% des sujets ne semblent pas avoir une connaissance suffisante du



**Tableau 1: Facteurs prédisposants ou caractéristiques sociales des personnes âgées**

	Utilisateurs		Non-utilisateurs		test	sig.	Echantillon total	
	Moy. ou %	n	Moy. ou %	n			Moy. ou %	n
<b>Variables sociodémographiques</b>								
Âge	80,68 (±6,83)	136	83,92 (±7,08)	587	t	,000 *	83,31 (±7,15)	723
Sexe (proportion de femmes)	73,5%	136	73,3%	587	t	,948	73,3%	723
État civil: - Célibataire (Jamais marié)	14,0%	136	1,6%	585	$\chi^2$	,549	2,1%	721
- Marié ou conjoint de fait	33,8%		29,1%				30,0%	
- veuf	49,3%		54,1%				53,3%	
- séparé ou divorcé	2,9%		5,0%				4,6%	
- religieux	0,0%		0,2%				0,1%	
Éducation - aucune	3,0%	132	2,9%	577	$\chi^2$	,300	3,0%	709
- primaire non complétée	15,9%		13,9%				14,2%	
- primaire complétée	15,9%		14,0%			*	14,4%	
- secondaire	42,4%		39,5%				40,1%	
- école techn. ou de métiers	11,4%		9,2%				9,6%	
- universitaire	11,4%		20,5%				18,8%	
Proportion avec éducation universitaire	11,4%		20,5%		t	,004		
Profession antérieure associée à la santé	6,6%	136	8,9%	587	t	,398	8,4%	723
Pays de naissance - Canada	45,6%	136	57,8%	587	t	,010	55,5%	723
- autre	54,4%		42,2%			*	44,5%	
Religion - catholique	59,6%	136	61,0%	585	$\chi^2$	,500	60,7%	721
- juive	19,9%		22,4%				21,9%	
- autre (incluant aucune)	20,6%		16,6%				17,3%	
Langue								
- français à la maison et avec professionnels <sup>1</sup>	56,3%	135	58,9%	587	$\chi^2$	,866	58,4%	722
- anglais à la maison et avec professionnels <sup>1</sup>	20,0%		20,6%				20,5%	
- anglais ou français avec les professionnels (pas à la maison)	17,8%		16,0%				16,3%	
- autre langue à la maison, langue avec les professionnels est manquante	2,2%		1,2%				1,4%	
- autre langue (ni anglais ni français) même avec les professionnels	3,7%		3,2%				3,3%	
Proportion qui estime que leur revenu répond difficilement à leurs besoins	40,4%	132	31,7%	565	t	,036*	33,6%	697
<b>Réseau social</b>								
Lien PA-PS - aucune PS	11,0%	136	11,2%	587	$\chi^2$	,060	11,2%	723
- Conjoint(e)	27,2%		22,5%				23,4%	
- Autre co-résident (enfant)	23,5% (16,9%)		16,4% (11,2%)				17,7% (12,3%)	
- Autre, non co-résident (enfant)	38,2% (26,5%)		49,9% (32,2%)				47,7% (31,1%)	

<sup>1</sup> Ces personnes utilisent le français ou l'anglais à la maison parfois en plus d'une autre langue.

français ou de l'anglais pour utiliser ces langues avec les professionnels de la santé. Près de 89% des sujets ont identifié une personne de soutien principale. On observe que 30% des sujets sont mariés et que le conjoint est la personne de soutien pour 78% des personnes mariées ou 23,4% de l'échantillon total. Les enfants (filles et fils) sont la personne de soutien principale pour 43,4% des sujets, et un peu plus des deux tiers d'entre eux n'habitent pas avec le parent dont ils prennent soin.

Les sujets de cette étude présentent en moyenne 4,4 (±2,3) problèmes de santé parmi la liste présentée des

16 conditions. On note que 22% des sujets ont déjà subi un AVC. De plus, 33% présentent des problèmes émotionnels, alors que 10,6% de ceux qui ont répondu à l'ÉDG obtiennent un résultat de plus de 10 à cette échelle, ce qui révèle la présence probable de dépression. Près de 27% de l'échantillon présentent des problèmes cognitifs. Les capacités fonctionnelles des sujets sont très variées, les résultats allant de 0 à 28 à l'échelle des soins personnels OARS. L'incontinence urinaire ou fécale affecte 42,6% des sujets et les problèmes sensoriels importants touchent près du tiers de l'échantillon.

**Tableau 2: Facteurs de besoin ou état de santé des sujets âgés**

	Utilisateurs		Non-utilisateurs		test sig.	Echantillon total	
	Moy. ou %	n	Moy. ou %	n		Moy. ou %	n
<b>Santé physique</b>							
Nombre de problèmes de santé/16 (incluant AVC, prob. émotionnels et prob. de mémoire)	4,54 (±2,51)	136	4,42 (±2,25)	587	t	,616	4,44 (±2,30) 723
Nombre de problèmes de santé/13 (excluant AVC, prob. émotionnels et prob. de mémoire)	3,64 (±2,32)	136	3,70 (±2,01)	587	t	,786	3,69 (±2,07) 723
Type de problèmes de santé physique							
Déjà eu cataractes	52,2%	136	55,4%	587	t	,505	54,8% 723
Mal jointures ou os (rhumatismes)	50,0%		52,1%		t	,655	51,7%
Problèmes de vessie, reins ou prostate	43,4%		37,1%		t	,186	38,3%
Problèmes de circulation	39,7%		41,1%		t	,773	40,8%
Maladie de cœur	38,2%		40,7%		t	,596	40,2%
Haute tension	30,1%		28,4%		t	,694	28,8%
Accident vasculaire cérébral (AVC)	30,1%		20,1%		t	,020 *	22,0%
Problèmes respiratoires	21,3%		25,2%		t	,327	24,5%
Déjà eu problèmes d'estomac	21,3%		25,6%		t	,287	24,8%
Diabète	18,4%		17,5%		t	,818	17,7%
Déjà eu tumeur ou cancer	18,4%		17,2%		t	,745	17,4%
Fracture hanche ou fémur dans l'année	15,4%		14,0%		t	,659	14,2%
Déjà eu glaucome	11,0%		12,4%		t	,652	12,2%
Maladie de Parkinson	4,4%		3,1%		t	,431	3,3%
Nombre de jours d'hospitalisation dans la période d'observation	5,68(±19,04)	136	3,98(±13,55)	587	t	,326	4,30 (±14,74) 723
<b>Santé psychologique</b>							
Présence de problèmes émotionnels	39,6%	134	32,0%	584	t	,125	33,4% 718
Résultat à l'EDG/15	5,24 (±3,95)	100	,48 (±3,26)	448	t	,074	4,61 (±3,40) 548
présence probable de dépression	18,0%		8,9%		t	,028 *	10,6%
<b>Troubles cognitifs</b>							
Présence de troubles cognitifs selon SPMSQ et questionnaires remplis par substituts	28,7%	136	26,4%	587	t	,591	26,8% 723
<b>Capacités fonctionnelles</b>							
AVQ + AVD selon l'OARS (résultat/28)	18,29 (±6,09)	136	19,75 (±6,30)	587	t	,015 *	19,48 (±6,29) 723
AVQ (résultat/14)	11,09 (±2,85)		11,27 (±2,88)		t	,020 *	11,60 (±2,88)
AVD (résultat/14)	7,21 (±3,78)		8,03(±3,99)		t	,029 *	7,87 (±3,96)
Présence d'incontinence urinaire	41,2%		36,8%		t	,343	37,6%
Présence d'incontinence fécale	19,9%		17,0%		t	,415	17,6%
Problèmes sensoriels:							
aucun problème sensoriel	38,2%	136	38,7%	587	$\chi^2$	,993	38,6% 723
au moins un prob. avec un peu de difficulté	32,4%		31,9%				32,0%
au moins un prob. avec beaucoup de difficulté	29,4%		29,5%				29,5%
Difficulté de communication							
aucune	80,1%	136	5,5%	587	$\chi^2$	,281	4,5% 723
un peu de difficulté	13,2%		9,2%				10,0%
beaucoup de difficulté	6,6%		5,3%				5,5%
Hébergé dans les 3 mois suivants le questionnaire	2,9%	136	1,4%	587	t	,304	1,7% 723

**Tableau 3: Facteurs de capacité de nature organisationnelle**

	Utilisateurs		Non-utilisateurs		test	sig.	Echantillon total	
	Moy. ou %	n	Moy. ou %	n			Moy. ou %	n
<b>Services reçus du CLSC</b>								
Fréquence approx. de l'aide du CLSC								
0: aucune intervention recensée	36,8%	136	50,3%	587	$\chi^2$	,011 *	47,7%	723
1: moins d'une fois/sem.	7,4%		8,2%				8,0%	
2: 1 fois/sem.	13,2%		14,3%				14,1%	
3: 2 à 5 fois/sem.	30,1%		20,4%				22,3%	
4: 6 ou 7 fois/sem.	12,5%		6,8%				7,9%	
Services intégrés (SIPA)	53,7%	136	52,5%	587	t	,800	52,7%	723
Services réguliers	46,3%		47,5%				47,3%	
<b>Caractéristiques des CJ</b>								
Critères d'exclusion: proportion qui fait partie du bassin d'un CJ qui n'accepte pas les personnes:								
qui doivent être transférées à 2 pers.	65%	136	48%	587	t	,000 *	51,2%	723
avec incontinence fécale	8%		7%		t	,815	7,6%	
qui ont besoin d'aide pour s'alimenter	21%		15%		t	,119	16,5%	
Liste attente du CJ en mois	3,20 ( $\pm 2,71$ )	136	3,14 ( $\pm 2,27$ )	587	t	,816	3,15 ( $\pm 2,36$ )	723
Coût du CJ	7,87 \$ ( $\pm 4,18$ )	136	8,57 \$ ( $\pm 4,49$ )	587	t	,086	8,44 \$ ( $\pm 4,44$ )	723
Fait partie du bassin d'un CJ qui:								
n'appelle pas les participants	21,3%	136	15,3%	587	$\chi^2$	,017 *	16,5%	723
appelle les cas particuliers	18,4%		29,8%				27,7%	
appelle tous les participants	60,3%		54,9%				55,9%	
Ratio personnes âgées inscrites par jour/ETC	5,68 ( $\pm 1,07$ )	136	5,56 ( $\pm 1,08$ )	587	t	,213	5,58 ( $\pm 1,08$ )	723
Ratio personnes âgées présentes par jour/ETC	3,72 ( $\pm 0,48$ )		3,64 ( $\pm 0,45$ )		t	,091	3,65 ( $\pm 0,46$ )	
% de personnel de soins	20,7% ( $\pm 8,6$ )	136	21,7% ( $\pm 8,0$ )	587	t	,212	21,5% ( $\pm 8,1$ )	723
% de personnel de réadaptation	26,9% ( $\pm 12,6$ )		24,3% ( $\pm 11,9$ )		t	,031 *	24,8% ( $\pm 12,0$ )	
% d'intervenants en loisirs	18,5% ( $\pm 6,9$ )		19,2% ( $\pm 6,9$ )		t	,281	19,0% ( $\pm 6,9$ )	
% d'intervenants psychosociaux	7,3% ( $\pm 4,8$ )		7,9% ( $\pm 5,6$ )		t	,181	7,8% ( $\pm 5,5$ )	
% de personnel administratif et de soutien	26,7% ( $\pm 5,4$ )		27,0% ( $\pm 6,0$ )		t	,575	27,0% ( $\pm 5,9$ )	

### Différences entre utilisateurs et non-utilisateurs de centres de jour

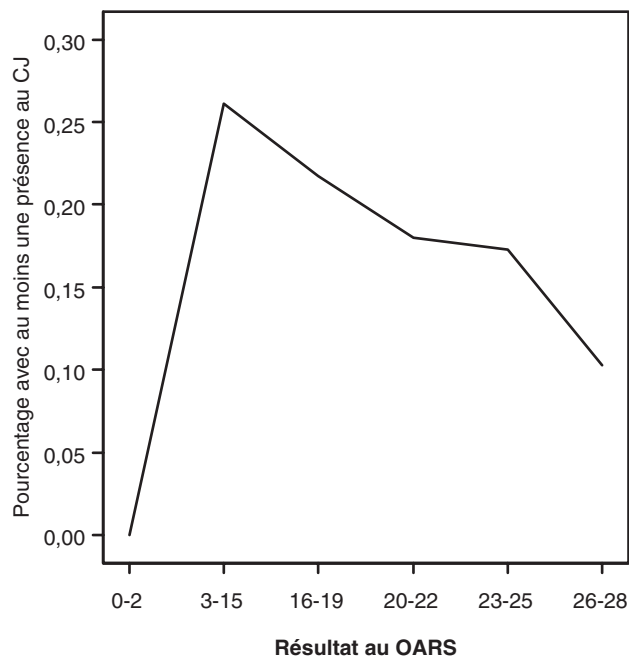
Les utilisateurs de CJ de notre échantillon sont en moyenne plus jeunes que les non-utilisateurs (tableau 1). Les utilisateurs de CJ sont proportionnellement moins nombreux parmi les sujets qui détiennent une formation universitaire. Ils sont proportionnellement plus nombreux chez les personnes qui ne sont pas nées au Canada. On observe aussi que 41% des utilisateurs disent que leur revenu leur permet difficilement de répondre à leurs besoins, comparativement à seulement 32% des non-utilisateurs.

La fréquence des problèmes de santé physique est similaire dans le groupe des utilisateurs et des non-utilisateurs, sauf en ce qui concerne la présence d'un AVC. En effet, 30% des utilisateurs de CJ ont déjà fait un AVC, contre seulement 20% des non-utilisateurs (tableau 2). En ce qui concerne la santé psychologique des sujets, la présence de problèmes émotionnels est similaire dans les deux groupes. Toutefois, parmi les sujets qui ont répondu à l'ÉDG, les utilisateurs sont près

de deux fois plus nombreux à présenter des symptômes indiquant la présence probable de dépression.

Les capacités fonctionnelles des utilisateurs de CJ, mesurées à l'échelle OARS, sont légèrement inférieures à celles des non-utilisateurs. Une analyse graphique révèle que la relation entre l'utilisation du CJ et les capacités fonctionnelles n'est pas parfaitement linéaire (figure 2). En effet, de façon générale, les personnes qui présentent davantage d'incapacités utilisent le CJ dans une plus grande proportion. Toutefois, aucune des personnes dépendantes pour presque toutes les activités (résultat de 0 à 2 à l'échelle OARS) n'utilise le CJ. Il faut cependant noter que ces personnes ne représentent que 1,2% de l'échantillon. Enfin, une analyse des résultats à chacune des questions de l'OARS révèle que les utilisateurs de CJ sont moins autonomes ( $p < 0,05$ ) pour les activités suivantes: prendre un bain, préparer les repas et gérer leur argent. Ils sont aussi plus nombreux à utiliser une orthèse ou une prothèse.

Pour ce qui est des facteurs de capacité de nature organisationnelle, on observe que les utilisateurs de



Note : sur le graphique ci-dessus, chacune des catégories de résultats à l'OARS représente environ 20% de l'échantillon, sauf la catégorie 0-2 qui ne comprend que 1,2% des sujets de l'étude.

**Figure 2: Relation entre l'utilisation du centre de jour et les capacités fonctionnelles.**

CJ sont proportionnellement moins nombreux à ne recevoir aucune aide du CLSC pour leurs activités de vie quotidienne ou domestique et plus nombreux à recevoir de l'aide plus d'une fois par semaine (tableau 3). Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux à faire partie du bassin de recrutement d'un CJ qui n'accepte pas les personnes ayant besoin d'être transférées à l'aide de deux personnes pendant la journée et d'un CJ qui offre une plus forte proportion de personnel de réadaptation.

#### *Facteurs qui influencent l'utilisation du centre de jour*

Pour mieux comprendre les facteurs qui influencent l'utilisation des CJ, des analyses de régression logistique ont été effectuées. Les variables relatives aux caractéristiques sociales et de santé ont d'abord été introduites dans les analyses et les variables significatives à  $p < 0,10$  après cette première étape ont été conservées, soit: l'âge, l'éducation, le pays de naissance, la connaissance du français ou de l'anglais et les capacités fonctionnelles. Certaines variables jugées importantes cliniquement en raison de la possibilité d'interactions avec d'autres variables ont aussi été conservées à ce stade: le sexe, la cohabitation avec la personne de soutien, le nombre de problèmes de santé, la présence d'un AVC, de problèmes émotifs

et de troubles cognitifs. Un modèle préliminaire contenant les caractéristiques sociales et de santé ainsi que leurs interactions est ainsi créé. Les variables organisationnelles suivantes ont ensuite été introduites dans le modèle: le fait d'avoir reçu les services intégrés ou les services réguliers de CLSC, ainsi que la fréquence de l'aide reçue du CLSC pour les AVQ. Les variables reliées aux caractéristiques des CJ (critères d'exclusion, liste d'attente, coût, appels, ratio de personnel) sont fortement corrélées entre elles. Par exemple, les deux CJ qui ont les plus courtes listes d'attente sont aussi ceux qui ont les plus faibles coûts et font aussi partie des CJ qui ont le plus grand ratio de personnes âgées par membre de personnel. L'influence de ces variables a donc dû être testée dans des modèles distincts pour éviter les problèmes de multicollinéarité. Le modèle utilisant le coût présente les meilleures qualités d'ajustement. Aucune des interactions entre les caractéristiques organisationnelles et les caractéristiques sociales ou de santé n'est apparue significative. Le modèle ainsi créé est présenté au tableau 4. Le tableau de contingence du test de Hosmer et Lemeshow (2000) indique qu'il s'ajuste bien aux données. De légers écarts (supérieurs à 2 mais inférieurs à 5) dans le nombre de participations observées par rapport à ce que le modèle théorique prédit sont observés pour les 6<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> déciles seulement. Étant donné la présence d'interactions, les ratios de cotes ajustés du tableau 4 pour l'âge, le sexe, le pays de naissance, la cohabitation avec la personne de soutien, le nombre de problèmes de santé, la présence d'un AVC et les capacités fonctionnelles ne peuvent être interprétés directement. Les tableaux 5 et 6 présentent des ratios de cotes valables pour divers niveaux de ces variables.

En s'attardant d'abord aux variables qui ne présentent pas d'interactions significatives avec les autres variables du modèle, on observe que, toutes autres choses étant égales, les personnes qui ont une éducation universitaire ont 1,9 (1/0,515) fois moins de chances de fréquenter le CJ que les personnes qui ont une éducation primaire, secondaire ou collégiale. De plus, les personnes qui reçoivent de l'aide du CLSC pour leurs activités quotidiennes ou domestiques de deux à cinq fois par semaine ou six ou sept fois par semaine ont respectivement 1,7 et 2,5 fois plus de chances de fréquenter le CJ que les personnes qui reçoivent une telle aide une fois par semaine ou moins. Enfin, les personnes qui font partie du bassin de desserte d'un CJ offrant un tarif plus élevé voient leurs chances de fréquenter le CJ diminuer de 0,054 fois (1/0,949) pour chaque 1 \$ d'augmentation de tarif.

Lorsqu'on s'attarde à l'interaction entre le lieu de naissance et la cohabitation avec la personne de

**Tableau 4: Régression logistique**

	Coefficient B	Ratio de cote ajusté	IC 95,0% pour le ratio de cote ajusté	Signif.
<b>Facteurs prédisposants (Caractéristiques sociales)</b>				
Âge	-0,117	0,890	(0,840 - 0,943)	,000 *
Sexe				
Masculin		1,000		
Féminin	-1,941	0,144	(0,026 - 0,782)	,025 *
Education				
Primaire, secondaire ou collégial		1,000		
Universitaire	-0,664	0,515	(0,277- 0,957)	,036 *
Pays de naissance				
Canada		1,000		
Autre	0,881	2,414	(1,356 - 4,297)	,003 *
Lien avec PS				
Pas de PS ou PS non co-résidant		1,000		
PS corésidante	0,687	1,989	(1,083 - 3,651)	,027*
<b>Facteurs de besoins (État de santé)</b>				
Nombre de problèmes de santé	-1,454	0,234	(0,072 - 0,754)	,015 *
Présence d'un AVC				
Non				
Oui	1,127	3,087	(1,323 - 7,199)	,009 *
Capacités fonctionnelles (OARS/28)	-0,077	0,926	(0,867 - 0,988)	,021 *
<b>Interactions - caractéristiques sociales et état de santé</b>				
Interaction âge et problèmes de santé	0,015	1,015	(1,001 - 1,030)	,034 *
Interaction sexe et problèmes de santé	0,261	1,298	(1,013 - 1,663)	,039 *
Interaction sexe et AVC	-1,210	0,298	(0,108 - 0,825)	,020 *
Interaction sexe et capacités fonct.	0,091	1,096	(1,019 - 1,178)	,014 *
Interaction entre lien et pays	-0,875	0,417	(0,185 - 0,938)	,034 *
<b>Facteurs de capacité de nature organisationnelle</b>				
Fréq. de l'aide du CLSC pour AVQ/AVD				
Aucune ou une fois/sem ou moins		1,000		
2 à 5 fois/sem	0,545	1,725	(1,064 - 2,797)	,027 *
6 à 7 fois/sem	0,910	2,484	(1,219 - 5,058)	,012 *
Coût du CJ du territoire	-0,052	0,949	(0,902 - 0,999)	,044 *

**Tableau 5: Ratios de cote ajustés pour pays de naissance et lien avec la personne de soutien, les divers groupes étant comparés aux personnes nées au Canada et ne cohabitent pas avec une personne de soutien**

Pays	Lien avec PS	
	Ne co-habite pas	Co-habite
Canada	1,000	1,989
Autre	2,413	2,000

soutien (tableau 5), on observe qu'une personne née au Canada qui cohabite avec une personne de soutien a environ deux fois plus de chances de fréquenter le CJ qu'une personne née au Canada qui ne cohabite

pas avec une personne de soutien. Par ailleurs, les personnes nées à l'extérieur du pays ont aussi environ deux fois plus de chances de participer au CJ que cette dernière, peu importe qu'elles cohabitent ou pas avec une personne de soutien.

Pour interpréter les résultats touchant l'âge, le sexe, le nombre de problèmes de santé, la présence d'un AVC et les capacités fonctionnelles ainsi que leurs interactions, le tableau 6 présente les ratios de cote pour divers groupes de sujets, comparés au groupe le moins susceptible de fréquenter le CJ, soit celui des hommes plus jeunes qui présentent plusieurs problèmes de santé tout en demeurant très autonomes. Ces résultats indiquent que, si de façon générale les

**Tableau 6: Ratios de cote ajustés selon l'âge, le sexe, le nombre de problèmes de santé physique, la présence d'AVC et les capacités fonctionnelles, les divers groupes étant comparés aux hommes sans AVC, avec 8 autres problèmes de santé et entièrement autonomes**

Hommes	Capacités fonctionnelles (OARS)				Femmes	Capacités fonctionnelles (OARS)			
	7	14	21	28		7	14	21	28
70 ans					70 ans				
sans AVC, aucun autre problème de santé	119,473	69,536	40,471	23,555	sans AVC, aucun autre problème de santé	32,511	35,850	39,532	43,591
sans AVC, 8 autres problèmes de santé	5,072	2,952	1,718	1,000	sans AVC, 8 autres problèmes de santé	11,147	12,291	13,553	14,945
avec AVC, aucun autre problème de santé	368,762	214,627	124,917	72,704	avec AVC, aucun autre problème de santé	29,920	32,992	36,380	40,116
avec AVC, 8 autres problèmes de santé	15,655	9,112	5,303	3,087	avec AVC, 8 autres problèmes de santé	10,258	11,311	12,473	13,754
80 ans					80 ans				
sans AVC, aucun autre problème de santé	37,234	21,671	12,613	7,341	sans AVC, aucun autre problème de santé	10,132	11,173	12,320	13,585
sans AVC, 8 autres problèmes de santé	5,303	3,086	1,796	1,045	sans AVC, 8 autres problèmes de santé	11,654	12,850	14,170	15,625
avec AVC, aucun autre problème de santé	114,926	66,889	38,931	22,659	avec AVC, aucun autre problème de santé	9,325	10,282	11,338	12,502
avec AVC, 8 autres problèmes de santé	16,368	9,526	5,544	3,227	avec AVC, 8 autres problèmes de santé	10,725	11,826	13,040	14,380
90 ans					90 ans				
sans AVC, aucun autre problème de santé	11,604	6,754	3,931	2,288	sans AVC, aucun autre problème de santé	3,158	3,482	3,840	4,234
sans AVC, 8 autres problèmes de santé	5,544	3,227	1,878	1,093	sans AVC, 8 autres problèmes de santé	12,184	13,435	14,815	16,336
avec AVC, aucun autre problème de santé	35,817	20,846	12,133	7,062	avec AVC, aucun autre problème de santé	2,906	3,204	3,534	3,896
avec AVC, 8 autres problèmes de santé	17,112	9,960	5,797	3,374	avec AVC, 8 autres problèmes de santé	11,213	12,364	13,634	15,034

personnes plus âgées sont proportionnellement moins nombreuses à fréquenter le CJ, lorsqu'elles présentent un nombre plus élevé de problèmes de santé, c'est l'inverse qui s'observe. Par exemple, une personne de 70 ans, sans aucun des 13 problèmes de santé étudiés, a 10,3 fois plus de chances de fréquenter le CJ qu'une personne de 90 ans dans la même situation, alors qu'à 8 problèmes de santé, la personne de 90 ans, a 1,1 fois plus de chance de fréquenter le CJ que celle de 70 ans. De plus, pour un même groupe d'âge, les hommes sont moins nombreux à participer au CJ s'ils ont davantage de problèmes de santé. Par exemple, un homme de 90 ans sans aucun des 13 problèmes de santé étudiés, a 2,1 fois plus de chances de fréquenter le CJ qu'un homme de 90 ans qui présente 8 problèmes de santé. On observe l'inverse pour les femmes de 80 ans et plus. Ainsi, une femme de 90 ans sans aucun des 13 problèmes de santé étudiés, a 3,9 fois moins de chances de fréquenter le CJ qu'une femme de 90 ans qui présente 8 problèmes de santé.

Les hommes sont plus nombreux à fréquenter le CJ lorsqu'ils présentent davantage d'incapacités fonctionnelles. Ainsi, pour tous les groupes d'âge et tous les niveaux de problèmes de santé, un homme qui obtient seulement 7 à l'échelle de capacités fonctionnelles OARS a 5,1 fois plus de chances de fréquenter le CJ que celui qui est complètement autonome (28 à l'OARS). Les hommes qui ont fait un AVC, ont 3,1 fois plus de chances de fréquenter le CJ que ceux qui n'ont jamais eu d'AVC. Cependant, ces deux relations ne s'observent pas chez les femmes. Ces dernières tendent plutôt à utiliser davantage le CJ lorsqu'elles sont plus autonomes et n'ont pas fait d'AVC, mais ces différences sont peu importantes.

Dans le tableau 6, on note aussi que le groupe le moins susceptible de fréquenter le CJ est celui des hommes plus jeunes qui n'ont pas fait d'AVC mais qui présentent plusieurs problèmes de santé tout en demeurant très autonomes. Le groupe le plus susceptible de le fréquenter est celui des hommes les plus jeunes, qui présentent un faible nombre de problèmes de santé, mais qui ont fait un AVC et présentent plusieurs incapacités fonctionnelles. Tous les groupes de femmes se situent entre ces deux extrêmes. Les femmes les plus susceptibles d'y participer sont les plus jeunes qui ont peu de problèmes de santé, suivies de celles (plus jeunes ou plus vieilles) qui ont plusieurs problèmes de santé, alors que les femmes les moins susceptibles d'y participer sont les plus âgées, qui ont peu de problèmes de santé.

## Discussion

Le premier objectif de cette étude était d'identifier la proportion d'utilisateurs de CJ parmi une cohorte de personnes âgées vulnérables de la région de Montréal qui participaient à une étude plus large sur les services intégrés aux personnes âgées. Une proportion de 18,8% de l'échantillon a utilisé le CJ pendant la période d'observation. Selon les coordonnateurs de CJ rencontrés pour discuter des résultats, il est réaliste de croire que ce résultat reflète la proportion d'utilisateurs des CLSC du territoire concerné qui participe à un moment donné aux activités des CJ. Il peut être difficile de généraliser ce résultat, étant donné le caractère multiethnique du territoire sur lequel le projet s'est déroulé. Toutefois, dans l'hypothèse où l'utilisation de ce service serait limitée par sa disponibilité, alors il serait possible de penser qu'on obtiendrait un résultat similaire pour l'ensemble des territoires de CLSC de la région de Montréal, puisque la disponibilité, l'organisation et les objectifs des CLSC et des CJ sont similaires pour toute la région. La situation est différente dans les CJ des régions rurales de la province puisque ceux-ci doivent souvent adapter leur programmation en fonction des possibilités de transport sur un vaste territoire.

Le second objectif de cette étude était de déterminer les caractéristiques qui distinguent les utilisateurs de CJ des non-utilisateurs, parmi une clientèle en perte d'autonomie. Les résultats permettent d'identifier plusieurs de ces caractéristiques.

Ainsi, à l'instar de Dabelko et Balaswamy (2000), on note que les utilisateurs de CJ sont plus jeunes que l'ensemble des sujets de notre étude. Une partie de l'explication peut résider dans le fait que les CJ rejoignent peu la clientèle très âgée. En effet, sur les 34 sujets de 95 ans ou plus qui comptaient cette étude, seuls 2 étaient des participants de CJ, et ils étaient âgés respectivement de 95 et 97 ans. Aucun des 8 centenaires ne fréquentait le CJ. Les responsables de CJ rencontrés ont observé que les personnes très âgées se sentent particulièrement fragiles et tolèrent moins bien le transport et les activités en groupe. Elles préfèrent donc recevoir des services à la maison.

Tout comme dans l'étude de Chappell (1983), les personnes plus instruites de cet échantillon utilisent moins le CJ. Toutefois, dans la présente recherche, des différences sont observées seulement lorsqu'on isole ceux et celles qui ont une éducation universitaire. Par ailleurs, selon Coulton and Frost (1982), les personnes plus instruites utiliseraient davantage les services récréatifs. Ainsi, les diplômés universitaires ont peut-être davantage accès à des ressources personnelles comme la physiothérapie en privé, ou

communautaires comme des groupes de loisirs et des centres d'exercices et donc ressentent moins le besoin de fréquenter le CJ. Ou encore, du fait qu'ils sont peu nombreux dans le groupe des 65 ans et plus, ils se sentent moins à l'aise au CJ. Peut-être également que le type d'activités offertes en CJ, conçues pour plaire à la majorité de la clientèle, ne leur convient pas. Selon les coordonnateurs de CJ rencontrés, il est aussi possible que les professionnels à la retraite (p. ex., avocats, médecins) ne soient pas à l'aise de participer à un groupe au côté d'anciens clients. Cette observation mériterait d'être testée dans des recherches ultérieures.

Cette étude démontre aussi que lorsque les services sont accessibles dans les quartiers multiethniques, les personnes immigrantes les utilisent autant que les personnes nées au Canada. Chappell (1983), qui avait obtenu un résultat contraire, avait remis en question l'accessibilité des services dans les secteurs plus multiethniques du Manitoba.

Comme on pouvait s'y attendre, chez les personnes nées au Canada, la cohabitation avec une personne de soutien augmente les chances d'utiliser le CJ. Le besoin de répit de la personne de soutien, de même que la stimulation que cette dernière peut fournir à la personne âgée pour lui faire voir les bienfaits que le CJ peut lui apporter, peuvent expliquer ce résultat. Un résultat plus surprenant est que chez les personnes qui sont nées à l'extérieur du Canada, cette relation n'est pas observée. Pourquoi ces personnes fréquentent-elles autant le CJ lorsqu'elles ne cohabitent pas avec une personne de soutien que lorsqu'elles cohabitent ? Peut-être que les personnes originaires du Canada qui vivent seules le font par choix ou par souci d'indépendance, alors que les personnes d'une autre appartenance culturelle qui vivent seules le font par obligation, parce qu'elles sont isolées de leur famille et donc, recherchent davantage la participation à un groupe. Peut-être aussi que les intervenants qui dirigent les personnes âgées vers les services ajoutent le déracinement à la liste des critères qu'ils considèrent et les dirigent davantage vers les CJ. Peut-être aussi que des personnes nées dans des pays offrant peu de services publics se sentent-elles privilégiées de l'ensemble de services offerts ici et acceptent-elles plus rapidement les services qui leur sont proposés par les intervenants. Ce ne sont là que quelques hypothèses qui peuvent expliquer ce résultat. Des études qualitatives permettraient de fournir des réponses plus pertinentes à cette question.

Alors que les études antérieures n'avaient pas démontré de lien clair entre le sexe et l'utilisation du CJ, cette étude démontre que si les hommes et les femmes utilisent le CJ dans des proportions

semblables, ils ne l'utilisent pas de la même façon. C'est lorsqu'ils ont subi un AVC et lorsqu'ils présentent plusieurs incapacités fonctionnelles que les hommes utilisent davantage le CJ. Pour les femmes, l'utilisation ne varie pas en fonction de ces variables. On peut penser que les hommes utilisent davantage le CJ pour y faire des exercices dans le but de maintenir ou d'améliorer leurs capacités fonctionnelles, ou encore comme un répit pour leur personne de soutien. Les femmes utilisent le CJ pour ces mêmes raisons ou encore pour briser l'isolement, puisqu'elles sont plus nombreuses à vivre seules. Cependant, ces résultats sont observés même lorsque la cohabitation avec une personne de soutien est contrôlée. Ainsi, il faut peut-être regarder de plus près le type de lien avec la personne de soutien. On remarque alors que pour les 68% d'hommes qui cohabitent avec une personne de soutien, la conjointe est la personne de soutien dans 85% des cas. Pour les 31% des femmes qui cohabitent avec une personne de soutien, le conjoint est présent dans 35% des situations, alors que dans 65% des cas, il s'agit d'un autre proche. On peut penser que lorsque l'homme présente peu d'incapacités, son épouse lui apporte facilement le soutien dont il a besoin. Habitée à partager le quotidien de son conjoint, elle ne sent peut-être pas de besoin de répit lorsque celui-ci peut être laissé sans surveillance et que les soins à lui apporter ne l'empêchent pas d'accomplir ses autres tâches. Par contre, lorsque les incapacités sont élevées, le répit s'imposera pour permettre le maintien à domicile du conjoint. À l'inverse, on peut imaginer la situation de la femme veuve qui emménage avec une tierce personne parce qu'elle ne peut plus vivre seule malgré un niveau d'incapacités peu élevé. Le simple fait de devoir s'habituer à vivre avec cette personne âgée quotidiennement peut demander un effort d'adaptation qui créera un fardeau et un besoin de répit pour la personne de soutien. Ou encore, si cette tierce personne occupe un emploi, la personne âgée peut se sentir isolée même lorsqu'elle cohabite avec sa personne de soutien et ressentir le besoin du CJ pour briser cet isolement. Encore ici, ce ne sont que quelques hypothèses qui pourraient être vérifiées dans des études qualitatives.

Contrairement à celle de Dabelko et Balaswamy (2000), cette étude n'a pas démontré de différence significative dans le nombre de jours d'hospitalisation des participants au CJ. Par contre, les utilisateurs de CJ sont légèrement moins autonomes que les non-utilisateurs. De plus, comme on pouvait s'y attendre, les personnes qui présentent des incapacités très importantes (0 à 2 à l'OARS) ne fréquentent pas le CJ. Ces incapacités très importantes rendent probablement impossibles les déplacements hors du



domicile. Pour les mêmes raisons, on aurait pu penser que les personnes ayant des incapacités importantes (3 à 6 et 7 à 10 à l'OARS) seraient aussi moins représentées chez les utilisateurs de CJ. Ce n'est pas le cas. Hormis les personnes ayant un résultat de 0 à 2 à l'OARS, les seuls groupes qui ont des taux de participation inférieurs à la moyenne sont les groupes les plus autonomes (18 et plus à l'OARS). Ainsi, les CJ remplissent leur mission de desservir les personnes en perte d'autonomie.

Contrairement à d'autres études (Baumgarten et al., 2002; Dabelko et Balaswamy, 2000; Montgomery et al., 1988-1989), celle-ci n'a pas révélé de relation entre la présence de troubles cognitifs et l'utilisation du CJ. Bien que les CJ reçoivent une grande proportion de personnes avec des troubles cognitifs afin d'offrir du répit à leur personne de soutien, il est possible de penser qu'un nombre aussi important est desservi à domicile par d'autres ressources, étant donné qu'il n'est pas toujours facile de faire accepter la participation au CJ à cette clientèle. De plus, lorsque la personne manifeste des troubles de comportement qui nuisent au fonctionnement du groupe, elle sera exclue du CJ. Par ailleurs, il est possible que le nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs ait été sous évalué dans la présente étude. En effet, il se peut que le SPMSQ n'identifie pas bien toutes les formes de troubles cognitifs. Par exemple, contrairement au Mini examen de l'état mental (Folstein, Folstein et McHugh, 1975), il n'y a aucune question sur les praxies ou la planification motrice dans le SPMSQ.

En ce qui concerne la présence de symptômes de dépression, les résultats de cette étude sont cohérents avec ceux de Baumgarten et al. (2002). Les utilisateurs de CJ présentent des scores de dépression légèrement supérieurs à ceux des non-utilisateurs. Toutefois, en raison d'un nombre important de réponses manquantes (questionnaires remplis par des substituts), l'importance de cette variable n'a pu être étudiée dans les analyses de régression. La présence de troubles émotionnels, qui peut inclure en plus de la dépression, de l'anxiété et des troubles du sommeil, peut influencer l'utilisation du CJ de façon différente selon le problème en question. Cette variable trop générale n'a pas permis de distinguer les utilisateurs des non-utilisateurs.

Deux facteurs organisationnels ont démontré une association avec l'utilisation du CJ. Premièrement, on remarque que la probabilité de fréquenter le CJ diminue dans les bassins des CJ qui facturent un montant plus élevé aux participants. Cette influence peut sembler peu importante puisque les chances de fréquenter le CJ diminuent de 0,054 fois pour chaque 1 \$ d'augmentation de tarif. Cependant, lorsqu'on

considère qu'un des CJ de cette étude facture 17 \$ par présence à ses participants et que ceci est nettement au-dessus des coûts demandés par les autres CJ de l'étude (5 \$ à 8,50 \$), on réalise que pour ce centre, la probabilité de fréquenter le CJ diminue de 68% par rapport à un centre qui facture le coût médian de 7 \$<sup>3</sup>.

Deuxièmement, on observe qu'à capacités fonctionnelles égales, une aide plus fréquente du CLSC pour les activités quotidiennes et domestiques est associée à une plus grande probabilité de fréquenter le CJ. Ceci peut s'expliquer de plusieurs façons. Ce peut être relié à la propension à accepter l'aide des services formels, tant de la part du CLSC que du CJ. Ce peut être une indication que la personne qui est plus encadrée par le CLSC sera plus stimulée par le personnel du CLSC à participer aux activités du CJ. À l'inverse, ce peut être la participation au CJ qui induit une plus grande aide de la part du CLSC. En effet, les intervenants des CJ peuvent s'apercevoir que la condition d'un client se détériore et faire plus rapidement une demande d'aide supplémentaire au CLSC. La personne elle-même pourrait attendre plus longtemps avant de faire une telle demande, malgré une détérioration de ses capacités. De plus, afin d'offrir un meilleur répit à leur personne de soutien, plusieurs participants sont préparés (aide à l'hygiène et à l'habillement) par le personnel du CLSC lors de leurs journées de fréquentation du CJ. Cette réalité peut faire augmenter la fréquence de l'aide reçue par les participants des CJ.

Enfin, contrairement à ce que nous aurions pu croire, le fait de recevoir les services intégrés expérimentés dans le cadre du projet SIPA, plutôt que les services réguliers du CLSC, n'a pas influencé l'utilisation du CJ. Les services des CJ sont probablement déjà bien connus par les intervenants réguliers des CLSC qui y dirigent des clients régulièrement. Les clients dirigés en CJ par les gestionnaires de cas du projet SIPA ou par les intervenants des services réguliers des CLSC, devaient se plier aux mêmes règles de gestion de la liste d'attente, le cas échéant. Car, si le budget additionnel des gestionnaires de cas SIPA permettait l'ajout d'heures de services à domicile, il n'était pas possible de faire l'achat de jours additionnels en CJ dans le contexte actuel de la gestion des CJ concernés.

#### *Forces et limitations de l'étude*

Bien que largement répandus comme service de soutien à domicile, les CJ ont été peu étudiés au Canada. Cette étude remédie en partie à cette lacune en décrivant les caractéristiques des utilisateurs de CJ dans le contexte québécois. À notre connaissance, cette recherche sur les déterminants de l'utilisation des CJ est l'une des premières à vérifier la présence d'interaction entre les diverses variables à l'étude, ce

qui a permis avec un échantillon de taille moyenne, de faire ressortir des différences importantes dans l'utilisation des CJ entre les hommes et les femmes. Ces différences n'étaient pas ressorties dans les études précédentes.

Les éléments mis en lumière dans cette étude permettent de mieux cibler les interventions des CJ pour les personnes les plus susceptibles d'en bénéficier. Ainsi, en prenant connaissance de ces résultats, les intervenants qui dirigent les personnes âgées vers les CJ pourront réaliser l'importance de discuter de cette possibilité avec les hommes qui ont fait un AVC et qui présentent des incapacités importantes, clientèle qui répond positivement à l'offre de fréquentation du CJ. Les responsables de CJ, quant à eux, pourront se questionner sur les raisons qui font que certaines clientèles sont moins représentées au CJ, comme les personnes avec une éducation universitaire. Est-ce réellement parce que leurs besoins sont moins grands ou est-ce parce que leur programmation d'activités n'est pas adaptée aux besoins de ces clientèles ?

Cette étude comporte aussi certaines limites. En ce qui concerne sa validité externe, il faut noter qu'il s'agit d'une analyse secondaire de données recueillies pour une étude plus large sur les services intégrés aux personnes âgées. L'échantillon n'est donc pas un échantillon représentatif de l'ensemble de la population âgée qui présente des incapacités. La population à l'étude était déjà connue des services de maintien à domicile. Combien y a-t-il de personnes âgées qui présentent des incapacités aussi importantes que celles de cet échantillon mais n'ont pas recours aux services des CLSC ? Ces personnes sont peut-être plus isolées et plus démunies en termes de ressources d'aide. Certaines d'entre elles pourraient sans doute bénéficier des services offerts par les CJ. Toutefois, les façons de les rejoindre sont limitées. De plus, les caractéristiques des utilisateurs de cette étude ne reflètent pas les caractéristiques de l'ensemble des utilisateurs de CJ pour personnes âgées, puisque certains CJ admettent des personnes de moins de 65 ans qui présentent un profil d'incapacités gériatriques. Ces personnes n'étaient pas admissibles à la présente étude. Il faut noter aussi que la population du territoire sur lequel le projet s'est déroulé est plus multiethnique que celle de l'ensemble de l'île de Montréal (43,5 à 48% d'immigrants contre 28% pour Montréal) et, sur un des deux territoires de CLSC, plus instruite (seulement 15% d'adultes n'ayant pas terminé des études secondaires contre 25% à 27% pour l'autre territoire et l'ensemble de l'île de Montréal) (ADRLSSSS de Montréal, 2004). Ceci peut avoir influencé certains résultats, en particulier ceux qui concernent l'influence de l'éducation et du

pays de naissance sur l'utilisation des CJ. Enfin, en réalisant une analyse secondaire de données déjà recueillies, il a été impossible de distinguer parmi les non-utilisateurs, les personnes qui ont déjà été dirigées au CJ et qui ont choisi de ne pas y participer, de celles qui n'ont jamais été dirigées vers ce type de services.

En ce qui concerne la validité interne de l'étude, il faut noter que différentes caractéristiques de la personne de soutien, comme le fardeau de cette personne (Baumgarten et al., 2002) ou l'influence de son réseau formel et informel (Cotrell et Engel, 1998) peuvent aussi influencer l'utilisation du CJ par la personne âgée. Ces caractéristiques n'ont pas été considérées dans la présente étude, étant donné le nombre de questionnaires aux personnes de soutien qui étaient manquants ou incomplets. La prise en compte de ces variables aurait entraîné une réduction importante de la taille de l'échantillon de l'étude. Enfin, le fait que cette étude ne portait que sur cinq centres de jours a réduit la possibilité d'étudier l'influence des caractéristiques organisationnelles des CJ et des interactions entre ces dernières et les caractéristiques sociales ou de santé, puisque les caractéristiques de ces cinq CJ étaient fortement corrélées entre elles.

## Conclusion

Nous croyons que les résultats obtenus peuvent être utiles aux gestionnaires de CJ et aux planificateurs de services pour les personnes âgées. Ces résultats indiquent d'abord que le coût des services crée une contrainte qui peut réduire l'accès au CJ. Ils montrent aussi que les hommes et les femmes n'utilisent pas le service de la même façon et ont probablement des attentes différentes envers ce type de service. Ces résultats fournissent des pistes à explorer pour mieux comprendre ces différences afin d'éventuellement mieux adapter les services aux besoins distincts de ces clientèles. Ils incitent aussi à approfondir les raisons qui font que les diplômés universitaires utilisent moins ce type de services. Étant donné que la proportion d'universitaires parmi la population âgée devrait augmenter dans les années à venir, il serait important de répondre à cette question pour s'assurer que les besoins de ce groupe seront pris en compte. Enfin, pour mieux comprendre les déterminants de la participation au CJ, il y aurait aussi lieu d'explorer les différences entre les groupes qui sont moins dirigés vers ces services et ceux qui, une fois dirigés vers un CJ, refusent d'y participer ou cessent plus rapidement leur participation. Les résultats présentés dans cette étude fournissent certaines pistes pour aborder ces questions dans des recherches ultérieures auprès des sources de référence des CJ.

## Notes

- 1 Le projet SIPA consiste en l'expérimentation d'un modèle de services intégrés pour les personnes âgées qui présentent des incapacités. Le modèle a été développé par un groupe de chercheurs de l'Université McGill et de l'Université de Montréal (Béland, Bergman et Lebel, 2001; Béland, Bergman, Lebel, Clarfield, et al., 2006; Béland, Bergman, Lebel, Dallaire, et al., 2006). Ce modèle prévoit qu'une organisation unique exerce la responsabilité clinique des services peu importe l'endroit où ils sont prodigués. Il a été implanté dans deux CLSC de la région de Montréal comme programme distinct des services à domicile régulier et a été offert à un nombre limité de clients à titre de projet de démonstration. Les personnes du groupe expérimental ont été suivies par un gestionnaire de cas SIPA, assisté d'une équipe multidisciplinaire. Elles ont reçu de la part de l'équipe SIPA des services de soutien à domicile similaires à ce qu'ils recevaient du CLSC avant l'implantation du projet. De plus, le gestionnaire de cas avait la capacité de mobiliser rapidement des ressources additionnelles en cas de besoin (accès à des places réservées dans des résidences pour personnes âgées et à un budget pour permettre une augmentation temporaire des services à domicile), afin d'éviter une utilisation inappropriée des ressources hospitalières. En cas d'hospitalisation, il assurait un suivi auprès de l'équipe hospitalière. Les personnes qui recevaient les services intégrés SIPA avaient aussi accès à un service téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine, pour une réponse rapide à leur besoin. Chaque gestionnaire de cas SIPA n'avait pas plus de 40 clients sous sa responsabilité afin d'assurer une réponse personnalisée à chacun. Ce modèle de services intégrés a pu être expérimenté grâce à un financement de 7,6 millions de dollars du Fonds d'adaptation des services de santé de Santé Canada et du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- 2 JEDI pour Jonction et diffusion informatiques, le nom de la compagnie qui a créé ce logiciel.
- 3 Ce résultat provient de  $B = -0,052$ ,  $e^{10B} = 0,595$   $1/0,595 = 1,682$

## Références

- ADRLSSS de Montréal. (2004). *Portrait de la population: Centre de santé Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension*. En ligne. [http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/PDF\_CSSS/pop\_05.pdf] Consulté le 28 juillet 2007
- ADRLSSS de Montréal. (2004). *Portrait de la population: Centre de santé Nord de l'île et Saint-Laurent*. En ligne. [http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/PDF\_CSSS/pop\_06.pdf] Consulté le 28 juillet 2007
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(March), 1-10.
- Baumgarten, M., Lebel, P., Laprise, H., Leclerc, C., & Quinn, C. (2002). Adult day care for the frail elderly: Outcomes, satisfaction, and cost. *Journal of Aging and Health*, 14(2), 237-259.
- Béland, F., Bergman, H., et Lebel, P. (2001). SIPA: Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000. Montréal: Groupe de recherche Université de Montréal, Université McGill sur les services intégrés aux personnes âgées.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A. M., Tousignant, P., & Contandriopoulos, A. P. (2006). A System of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(4), 367-373.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., et Contandriopoulos, A. P. (2006). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA): Expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Revue canadienne du vieillissement*, 25(1), 5-42.
- Béland, F., Haldemann, V., Martin, J.-C., Bourque, P., Ouellette, P., et Lavoie, J.-P. (1998). *Viellir dans la communauté: santé et autonomie* (No. R98-05). Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Chappell, N. L. (1983). Who benefits from adult day care: Changes in functional ability and mental functioning during attendance. *Revue canadienne du vieillissement*, 2(1), 9-26.
- Coroni-Huntley, J., Brook, D. B., Ostfeld, A., Taylor, J. O., & Wallace, R. B. (1986). *Established populations for epidemiological studies of the elderly, resources data book*. National Institutes of Health, NIH no. 86-2443.
- Cotrell, V. (1996). Respite use by dementia caregivers: Preferences and reasons for initial use. *Journal of Gerontological Social Work*, 26(3/4), 35-55.
- Cotrell, V., & Engel, R. J. (1998). The role of secondary supports in mediating formal services to dementia caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, 30(3/4), 117-132.
- Coulton, C., & Frost, A. K. (1982). Use of social and health services by the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(4), 330-339.
- Dabelko, H. I., & Balaswamy, S. (2000). Use of adult day services and home health care services by older adults: A comparative analysis. *Home Health Care Services Quarterly*, 18(3), 65-79.
- Développement des ressources humaines Canada, (2003). *L'incapacité au Canada: un profil en 2001*. En ligne. [http://www.dsc.gc.ca/fr/pip/bcph/documents/EPLA/EPLA.pdf]. Consulté le 28 juillet 2005.
- Douglass, C., & Visconti, C. (1998). Factors influencing the use of adult day care by individuals with Alzheimer's Disease: A multivariate examination of the California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Center Program. *Home Health Care Services Quarterly*, 17(2), 53-69.

- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults: The Duke Older American Resources and Services procedures*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fillenbaum, G. G., & Smyer, M. A. (1981). The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36, 428–434.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Foreman, M. D. (1987). Reliability and validity of mental status questionnaires in elderly hospitalized patients. *Nursing Research*, 36(4), 216–220.
- Gaugler, J. E., & Zarit, S. H. (2001). The effectiveness of adult day services for disabled older people. *Journal of Aging and Social Policy*, 12(2), 23–47.
- Gutman, G. M., Milstein, S., Killam, J., Lewis, D., et Hollander, M. J. (1993a). Les centres de soins de jour pour adultes en Colombie-Britannique: caractéristiques des clients, raisons de l'aiguillage et raisons de l'omission de se présenter. *Rapports sur la santé*, 5(3), 321–333.
- Gutman, G. M., Milstein, S., Killam, J., Lewis, D., et Hollander, M. J. (1993b). Les centres de soins de jour pour adultes en Colombie-Britannique: modèles, caractéristiques et services. *Rapports sur la santé*, 5(2), 189–207.
- Hébert, R., Carrier, R., et Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie*, 13(4), 161–167.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. (2nd ed.). New-York: John Wiley and Sons.
- Lawton, M. P., Brody, E. M., & Saperstein, A. R. (1989). A controlled study of respite services for caregivers of Alzheimer's patients. *The Gerontologist*, 29(1), 8–16.
- Lawton, M. P., Brody, E. M., & Saperstein, A. R. (1991). *Respite for caregivers of Alzheimer's patients: Research and practice*. New York: Springer Publishing.
- Montgomery, R. J. V., & Borgotta, E. F. (1989). The effects of alternative support strategies on family caregiving. *The Gerontologist*, 29(4), 457–464.
- Montgomery, R. J. V., Kosloski, K., & Borgotta, E. F. (1988–1989). The influence of cognitive impairment on service use and caregiver response. *The Journal of Applied Social Sciences*, 13(1), 142–169.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433–441.
- Regroupement des centres d'hébergement et de soins de longue durée Région de Montréal (2001). *Les centres de jour aujourd'hui et demain. Document III: Synthèse des consultations et propositions d'orientations*. Montréal: Regroupement des centres d'hébergement et de soins de longue durée Région de Montréal.
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165–173.
- Tourigny, A., Côté, L., Laberge, A., Paradis, M., et Joubert, P. (1993). *Évaluation du programme québécois des centres de jour*. Québec: Centre hospitalier de l'Université Laval: Unité de recherche en santé communautaire, Centre de santé publique de Québec.
- Wallace, J. (1987). Factors affecting attendance in adult day care centers. *Journal of Gerontological Social Work*, 11(3/4), 155–165.
- Weissert, W.G., Elston, J.M., Bolda, E.J., Cready, C.M., Zelman, W.N., & Sloane, P.D. (1989). Models of adult day care: Findings from a national survey. *The Gerontologist*, 29(5), 640–649.
- Wimo, A., Mattsson, B., Adolfsson, R., Eriksson, T., & Nelvig, A. (1993). Dementia day care and its effects on symptoms and institutionalization: A controlled Swedish study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11, 117–123.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., & Adey, M. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.
- Zarit, S.H., Stephens, M.A. P., Townsend, A., Greene, R., & Leitsch, S. A. (1999). Patterns of adult day service use by family caregivers: A comparison of brief versus sustained use. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 48(4), 355–361.