

**RÉVISION DE L'OFFRE DE SERVICE DES
CENTRES DE JOUR POUR PERSONNES
ÂGÉES DE LA CAPITALE-NATIONALE**

Proposition d'un cadre de référence

Direction régionale de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

JUIN 2013

Auteurs :

Michèle Paradis, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Brigitte Paquette, Jeffery Hale – St-Brigid's.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet www.rrsss03.gouv.qc.ca ou www.dspq.qc.ca, section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000, poste 217
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : s_bélanger@sss.gouv.qc.ca

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
ISBN : 978-2-89616-200-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89616-201-7 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Le genre masculin est utilisé dans ce document dans le but d'alléger le texte et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Référence suggérée :

PARADIS, Michèle et Brigitte PAQUETTE. *Révision de l'offre de service des centres de jour pour personnes âgées de la Capitale-Nationale, proposition d'un cadre de référence*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, Évaluation et système de soins et de services, 2013, 54 p.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	1
Liste des acronymes	3
Introduction.....	5
1. Bref portrait des aînés au Québec.....	7
1.1 Caractéristiques sociodémographiques	7
1.2 Grands traits de la santé des Québécois âgés.....	7
1.3 Autonomie des personnes âgées dans les activités de la vie quotidienne	8
1.4 Problèmes chroniques de santé	10
2. Portrait des centres de jour de la région	11
2.1 Répartition des centres de jour	11
2.2 Caractéristiques de la clientèle	13
2.2.1 Sexe et âge	13
2.2.2 Profil ISO-SMAF.....	13
2.3 Modalités d'accès et de référence aux centres de jour	14
2.3.1 Cheminement de la demande	14
2.3.2 Formulaire de référence.....	15
2.3.3 Évaluation initiale.....	15
2.3.4 Activités de concertation	15
2.4 Fréquence, taux de roulement et liste d'attente	15
2.4.1 Fréquence aux centres de jour	15
2.4.2 Taux de roulement	16
2.4.3 Liste d'attente	16
2.5 Organisation du programme	16
2.5.1 Horaire.....	16
2.5.2 Transport et repas.....	17
2.5.3 Divers moyens en soutien aux équipes.....	17
3. Principaux enjeux liés à l'offre de service	18
3.1 Enjeux d'ordre organisationnel	18
3.2 Enjeux d'ordre professionnel	19
4. Orientations du programme centre de jour pour personnes âgées.....	20
4.1 Le modèle logique des centres de jour pour personnes âgées.....	20

MODÈLE LOGIQUE	22
4.2 La vision, la mission et les objectifs	23
4.2.1 La vision	23
4.2.2 La mission	23
4.2.3 Les objectifs.....	24
4.3 La clientèle cible	24
4.3.1 Critères d'admission au programme	24
4.3.2 Critères prioritaires	25
4.3.3 Critères d'exclusion	25
4.3.4 Critères de fin d'intervention	25
5. Offre de service des centres de jour.....	26
5.1 Approches professionnelles privilégiées	26
5.1.1 Approche humaniste	26
5.1.2 Approche relationnelle de soins	26
5.1.3 Approche réseau.....	27
5.1.4 <i>Empowerment</i>	27
5.1.5 Interdisciplinarité	27
5.2 Activités et interventions de groupe et individuelles.....	28
5.2.1 Activités et interventions selon les objectifs des centres de jour.....	28
5.2.2 Concordance des objectifs des centres de jour pour personnes âgées et ceux de la politique <i>Vieillir et vivre ensemble; Chez-soi, dans sa communauté, au Québec</i>	31
5.2.3 Autres choix stratégiques de la politique	33
5.3 Démarche de priorisation.....	35
6. Équipe de base en centre de jour	36
7. Recommandations.....	37
Annexe 1 : Description de la clientèle utilisatrice des centres de jour pour les personnes âgées de la région à partir des profils ISO-SMAF	41
Annexe 2 : Définition du profil gériatrique	45
Annexe 3 : Grille servant à la priorisation des activités.....	47

LISTE DES ACRONYMES

AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJ	Centre de jour
CLSC	Centre local de services communautaires
ISO-SMAF	ISO- Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation Multiclientèles
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

INTRODUCTION

Parmi l'ensemble des services gérontologiques et gériatriques mis en place pour répondre aux besoins de la population vieillissante, le centre de jour (CJ) est un service offert aux personnes âgées qui présentent des incapacités et qui demeurent à domicile (Savard & coll., 2008). Les activités et les interventions en CJ constituent une composante importante des services de soutien à domicile. Elles sont offertes principalement sous forme d'activités de groupe, bien que certaines interventions individuelles y soient aussi réalisées. Celles-ci incluent 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 de la région de Montréal, 2005).

Selon l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2005), le but du CJ est de :

« Favoriser le maintien à domicile de la clientèle âgée et donc de retarder, sinon éviter, le recours à un milieu d'hébergement institutionnel, et ce, dans le contexte d'une qualité de vie optimale. Le centre de jour vise également à soutenir l'interaction entre l'usager et son réseau social. Il doit faciliter l'intégration de la clientèle aux activités de la communauté, notamment des organismes communautaires, lorsque celle-ci est en mesure de le faire. » (p. 21)

Le document de référence qui situe cette ressource au sein du réseau de la santé et des services sociaux a déjà un peu plus de 20 ans; il s'agit de l'ouvrage produit en 1991 par l'Association des centres d'accueil du Québec, intitulé *Le centre de jour : un cadre de référence de l'Association des centres d'accueil du Québec*. Ce dernier regroupe les activités des CJ en six sous-programmes particuliers portant sur les incapacités fonctionnelles d'origine motrice, sensorielle et cognitive ainsi que sur les facteurs socio-environnementaux, la santé physique et enfin, la santé mentale.

À la suite d'un état de la situation des CJ dans la région de la Capitale-Nationale, une révision de ce cadre de référence a été réalisée en 2004. Depuis, les CJ n'ont fait l'objet d'aucune réflexion d'ensemble, que ce soit à l'échelle provinciale ou régionale. D'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite connaître les résultats qui se dégageront des présents travaux. Le nombre élevé de personnes âgées dans la région de la Capitale-Nationale a fait en sorte qu'à plusieurs reprises, la région a joué un rôle précurseur en ce qui a trait aux mesures déployées pour répondre au phénomène du vieillissement. Un modèle conceptuel portant sur le « Vieillessement en santé¹ » a d'ailleurs été élaboré par la Direction régionale de santé publique

1. Lise CARDINAL, Marie-Claude LANGLOIS, Denise GAGNÉ et André TOURIGNY. *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique et Institut de santé publique du Québec, 2008, 58 p.

au cours des dernières années et des propositions d'actions ont été énoncées et intégrées au plan d'action régional de santé publique à cet effet².

En outre, la récente politique *Vieillir et vivre ensemble; Chez-soi dans sa communauté, au Québec*, élaborée par le ministère de la Famille et des Aînés (MFA), s'inscrit dans la perspective du « vieillissement en santé », proposée par les acteurs de la région de la Capitale-Nationale, car elle touche un ensemble de facettes et dimensions relatives aux aînés. Parmi celles-ci, la santé et la prévention de l'autonomie s'adressent directement à la clientèle ciblée par les CJ. En effet, l'orientation 2 de *Vieillir et vivre ensemble : c'est vivre en santé dans sa communauté* propose plusieurs actions qui rejoignent les objectifs des CJ. Des éléments de correspondance entre cette orientation et les objectifs des CJ sont exposés dans le présent document afin de faire ressortir les actions les plus directement concernées.

La présente démarche, sous la responsabilité de M^{me} Brigitte Paquette du Jeffery Hale – St-Brigid's et de M^{me} Michèle Paradis de la Direction régionale de la santé publique, a été réalisée avec la collaboration de représentants de CJ de la région. Aussi, nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur engagement et leur précieuse contribution tout au long de cette démarche :

- CSSS de Charlevoix M^{me} Nicole Lajoie
Centres de jour Le Riv-Âge et Paulin Girard
- CSSS de Portneuf M^{me} Diane Roy
Centre de jour Portneuf
- CSSS de Québec-Nord M^{me} Sonia Couture
Centre de jour d'Yvonne-Sylvain
Centre de jour de Sainte-Anne-de-Beaupré
Centre de jour d'Alphonse-Bonenfant
Centre de jour de Charlesbourg
Centre de jour de Loretteville
- CSSS de la Vieille-Capitale M^{me} Isabelle Brûlé
Centre de jour Jos-Villeneuve

M^{me} Judith Fortin
Centre de jour Notre-Dame-de-Lourdes

M. Denis Hamel
Centre de jour Sainte-Foy–Sillery–Laurentien

M. Daniel Lemieux
Centre de jour Limoilou
- Jeffery Hale – St-Brigid's M^{me} Karine Morel
Centre de jour des Services communautaires de langue anglaise

2. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012*, Direction régionale de santé publique, Québec, 2009, 144 pages.

1. BREF PORTRAIT DES AÎNÉS AU QUÉBEC³

1.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Au Québec, l'espérance de vie est en nette progression, se situant maintenant à 79,6 ans pour les hommes et à 83,6 ans pour les femmes et figure parmi les plus élevées au monde. Les personnes les plus âgées (soit 80 ans et plus) représentent le segment de la population âgée dont la croissance est la plus rapide, et ce, partout dans le monde. Le Québec ne fait pas exception et recense près de 1 800 centenaires.

Globalement, entre 2006 et 2031, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus aura plus que doublé. En 2006, les aînés de 65 ans et plus comptaient pour 15,2 % de la population de la région. Ils représenteront 20,5 % en 2016 (dans trois ans seulement) pour atteindre 29,1 % en 2031. Comme les aînés ne forment pas un groupe homogène, il est important de les considérer en trois groupes d'âge distincts (65-74; 75-84 et 85 ans et plus) qui, avec les avancées en âge, exerceront fort probablement une pression différente sur le réseau de soins et de services de santé au cours des prochaines années.

Ainsi, en 2006, le groupe des personnes les plus âgées (85 ans et plus) comptait pour 11,9 % alors qu'il représentera 15,7 % en 2031. L'augmentation des personnes de ce groupe d'âge se fera principalement sentir entre 2026 et 2031 alors que l'augmentation du poids relatif des 65-74 ans sera importante jusqu'en 2026 et en décroissance par la suite. Pour les 75-84 ans, une diminution de leur poids relatif est prévue jusqu'en 2016 et sera en augmentation par la suite.

1.2 GRANDS TRAITS DE LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS ÂGÉS

- Parmi les aînés qui vivaient à domicile en 2009-2010, plus de six Québécois de 65 ans et plus sur dix sont globalement en bonne santé :
 - Cette proportion décline fortement avec l'âge : 70 % des 65-74 ans sont globalement en bonne santé. Cette proportion passe à 56 % chez les 75-84 ans et à 39 % chez les 85 ans et plus;
 - Il n'existe aucune différence significative entre les hommes et les femmes sur cet aspect.
- Sur le plan de la santé mentale, la quasi-totalité (96 %) des personnes âgées a une perception positive à cet égard, et ce, quel que soit leur âge. En effet, les ¾ des aînés (74 %) la considèrent comme très bonne ou excellente et 23 % la considèrent comme bonne.
- C'est principalement le déclin de la santé fonctionnelle qui explique le déclin avec l'âge de la santé globale des personnes âgées.

3. Tiré d'un article résumant les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisées uniquement sur la population qui vit en ménage privé, c'est-à-dire à domicile. Les aînés qui vivent dans les ménages collectifs sont donc exclus de cette enquête.

- On estime qu'entre 4 % et 7 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile sont violentées ou négligées par leurs proches⁴. À cet égard, la maltraitance matérielle ou financière serait la plus fréquente. La négligence, elle, serait souvent associée à une perte d'autonomie de la personne âgée et plusieurs aînés subiraient plusieurs types de maltraitance à la fois⁵.
- Selon les données récentes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le taux de suicide diminue à partir de la cinquantaine jusqu'à l'âge de 79 ans et se stabilise par la suite. De 2006 à 2010, 137 suicides en moyenne par année étaient dénombrés chez les personnes âgées de 65 ans et plus, soit 31 femmes et 106 hommes⁶.

1.3 AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

- Huit personnes sur dix parmi les 65 ans et plus sont autonomes dans leurs activités de la vie quotidienne alors que 21 % ont besoin d'aide :
 - La proportion des personnes qui ont besoin d'aide s'accroît avec l'âge. Plus de la moitié des hommes et des femmes de 85 ans et plus ont besoin d'aide (51 % et 64 % respectivement), alors que cette situation est nettement moins courante chez les personnes plus jeunes;
 - La proportion de personnes ayant besoin d'aide est particulièrement importante chez les femmes : 28 % contre 13 % chez les hommes de 65 ans et plus, et ce, dans chacun des groupes d'âges.
- Les besoins d'aide des personnes âgées concernent surtout les activités de la vie domestique. Une personne âgée sur sept a besoin d'aide pour :
 - Se rendre à ses rendez-vous ou faire des courses (15 %);
 - Faire des travaux ménagers quotidiens (15 %);
 - Préparer les repas (8 %);
 - S'occuper des finances personnelles (9 %);
 - Assurer leurs soins personnels (5,5 %);
 - Se déplacer dans la maison (3,4 %).
- Les personnes ayant une moins bonne santé globale sont plus nombreuses à avoir besoin d'aide :
 - Les différences entre les sexes sont marquées sur cet aspect. Chez les personnes ayant une bonne santé globale, 2,7 % des hommes et 12 % des femmes ont besoin d'aide pour l'une ou l'autre des activités mentionnées ci-dessus.
- L'activité physique est un indicateur d'un vieillissement actif. La pratique régulière d'une activité physique peut retarder le déclin fonctionnel et réduire le risque de maladies chroniques chez les personnes âgées.

4. E. PODNICKS et K. PILLEMER. *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*, Institut polytechnique Ryerson, Toronto, 1990.

5. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. *Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les aînés*, Direction des programmes clientèles, 2008, 17 p.

6. G. LÉGARÉ, M. GAGNÉ et D. ST-LAURENT. *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010*, Mise à jour 2013, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 19 p.

- Près de quatre Québécois âgés sur dix sont actifs (17 %) ou modérément actifs physiquement (24 %) en 2009-2010 durant leurs loisirs :
 - Les hommes de 65 ans et plus sont plus enclins à être actifs que les femmes : 23 % des hommes sont actifs et 26 % sont modérément actifs contre 12 % et 22 % chez les femmes. Ces différences sont notables chez les aînés les plus jeunes (65-74 ans) et les plus âgés (75 ans et plus);
 - La proportion de personnes actives ou modérément actives décline avec l'âge, alors que le nombre de personnes inactives augmente. En effet, près de la moitié des personnes âgées de 65-74 ans sont actives ou modérément actives (20 % et 27 % respectivement), c'est le cas du tiers des 75 à 84 ans (14 % et 20 % respectivement). La diminution de la pratique de l'activité physique semble se poursuivre chez les personnes plus âgées (85 ans et plus).
- Activité physique et santé vont de pair chez les aînés :
 - Les personnes âgées qui sont plus actives physiquement sont plus susceptibles d'être globalement en bonne santé. Par exemple, chez celles de 65-74 ans qui sont actives physiquement, 83 % sont globalement en bonne santé. C'est aussi le cas de 77 % des personnes modérément actives, comparativement à 55 % des personnes inactives. Cette observation est la même chez les hommes et les femmes ainsi que chez les plus jeunes et les plus âgés.
- Une personne sur trois âgée de 65 ans et plus chute chaque année. La moitié d'entre elles tombera à plusieurs reprises au cours de cette même année. Dans plusieurs cas, la chute constitue l'événement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie pouvant entraîner l'institutionnalisation et d'autres conséquences (blessures, fractures) allant même jusqu'au décès⁷.
- Selon l'INSPQ, 10 % des personnes de 65 ans et plus consomment au moins quatorze boissons alcoolisées par semaine alors que 14 % en prennent de sept à treize et 31 % d'une à six sur une base hebdomadaire. La consommation d'alcool, même faible chez les aînés, peut affecter l'équilibre, la marche et les fonctions cognitives. Lorsque abusive, la consommation d'alcool peut entraîner une dégradation de l'état de santé, un repli sur soi, des pertes de mémoire, la dépression, l'insomnie, les chutes, les problèmes de digestion, la perte d'appétit et l'angoisse⁸.
- L'indice de masse corporelle s'applique aussi chez les aînés quant au lien entre le poids et la santé. Les personnes ayant un poids normal (ou « poids santé ») présentent des risques moindres d'être en moins bonne santé que les personnes ayant un poids insuffisant ou avec de l'embonpoint (risques accrus) ou celles qui souffrent d'obésité pour qui les risques sont plus élevés :
 - Environ quatre personnes âgées sur dix ont un poids normal, soit 42 %;
 - Les femmes de 65 ans et plus sont plus susceptibles de présenter un poids normal (45 % contre 38 %) tandis que les hommes sont plus susceptibles de présenter de l'embonpoint (44 % contre 35 %);
 - La proportion de personnes qui présentent un poids normal augmente avec l'âge : il passe de 39 % chez les 65-74 ans à 45 % chez les 75-84 ans. Alors que cette hausse est observée, de son côté, l'embonpoint diminue (de 41 % chez les 65-74 ans à 38 %

7. Michèle PARADIS et Judith ROSE-MALTAIS. *Évaluation de l'implantation des programmes ÉquILIBRE et MARCHE dans la région de la Capitale-Nationale*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, Québec, à paraître.

8. K. Labonté, *Les habitudes de vie chez les personnes âgées*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, Québec, à paraître.

chez les 75-84 ans), de même que l'obésité (de 18 % chez les 65-74 ans à 15 % chez les 75 ans-84 ans). Les estimations pour les 85 ans et plus semblent également suivre cette tendance;

- Les aînés obèses sont moins susceptibles d'avoir une bonne santé globale que celles ayant un poids normal ou présentant de l'embonpoint.
- De 25 % à 30 % des aînés ayant besoin d'aide ou en perte d'autonomie ont un problème de dénutrition, ce qui aggrave de façon importante la morbidité infectieuse ainsi que la mortalité⁹.
- La perte de poids involontaire a des conséquences néfastes chez les aînés. Elle est associée à une perte de masse maigre (sarcopénie) et à une augmentation de la mortalité. Plusieurs études ont démontré l'association entre la perte de poids (ou un poids inadéquat) et la fracture de la hanche, la réduction de l'autonomie, l'institutionnalisation précoce et l'augmentation du taux de mortalité¹⁰.

1.4 PROBLÈMES CHRONIQUES DE SANTÉ

- Les maladies chroniques constituent la principale cause de morbidité et de décès chez la population adulte dans le monde et la prévalence de plusieurs d'entre elles augmente avec l'âge. La plupart des personnes âgées vivant en ménage privé présentent au moins un des problèmes de santé chroniques relevés dans l'enquête menée à cet effet en 2009-2010. Parmi les plus fréquents, on trouve :
 - L'hypertension artérielle : 47 %;
 - L'arthrite : 33 %;
 - Les maux de dos : 20 %;
 - La maladie cardiaque : 18 %;
 - Le diabète : 17 %;
 - L'incontinence urinaire : 10 %.
- La prévalence de certains de ces problèmes varie selon l'âge au sein de la population âgée.
- Au total, les personnes âgées plus jeunes (65-74 ans) sont moins susceptibles de présenter au moins l'un des seize problèmes chroniques relevés.
- Les personnes âgées ayant une bonne santé globale présentent un nombre moins élevé de problèmes que celles qui n'ont pas une bonne santé globale. Elles sont donc plus susceptibles de ne présenter qu'un seul de ces problèmes et nettement moins susceptibles de présenter trois problèmes ou plus.

En résumé, ces données confirment l'importance de distinguer les différents groupes parmi les aînés en raison de l'évolution avec l'âge de plusieurs indicateurs de santé. Ces données montrent également la bonne santé du groupe le plus jeune, soit celui des 65-74 ans : 70 % d'entre eux étaient globalement en bonne santé et près de la moitié d'entre eux étaient actifs physiquement dans leurs loisirs en 2009-2010. Ces résultats sont de bon augure pour la santé future de cette génération.

9. Voir note 8, p. 9.

10. Voir note 8, p.9.

Sur le plan de la santé fonctionnelle, la grande majorité de personnes âgées vivant à domicile n'a aucun problème de mobilité. De plus, même si les problèmes de vision et d'audition sont relativement fréquents chez les aînés, l'utilisation de lunettes ou d'aide auditives permet de réduire les difficultés de communication qui pourraient en découler.

L'étude confirme aussi la meilleure santé des personnes âgées actives physiquement et de celles qui ne présentent pas d'obésité. Même si la majorité des aînés présente un problème chronique dont la gravité n'est pas précisée, la plupart d'entre elles sont considérées comme étant globalement en bonne santé lorsque l'on prend en compte la perception qu'elles ont de leur état de santé et l'absence de problèmes modérés ou graves de santé fonctionnelle.

2. PORTRAIT DES CENTRES DE JOUR DE LA RÉGION

2.1 RÉPARTITION DES CENTRES DE JOUR

Au total, treize CJ pour personnes âgées desservent l'ensemble des territoires de CSSS de la région de la Capitale-Nationale. Le territoire de Charlevoix compte deux CJ couvrant les secteurs de La Malbaie et de Baie-Saint-Paul et des municipalités avoisinantes. Du côté de Portneuf, le CJ offre des services à la clientèle âgée du territoire en se déplaçant dans ses différents secteurs. Plus précisément, l'équipe itinérante se déplace dans les municipalités de Saint-Raymond et de Donnacona à raison d'une journée par municipalité ainsi qu'à Saint-Casimir où le service de CJ est offert deux jours par semaine et où il rejoint deux groupes différents. Les CSSS situés dans l'agglomération de Québec, soit le CSSS de la Vieille-Capitale et le CSSS de Québec-Nord, disposent au total de neuf CJ pour personnes âgées, dont quatre sont situés respectivement dans les limites géographiques du CSSS de la Vieille-Capitale et du CSSS de Québec-Nord.

La population de Wendake, desservie jusqu'à maintenant par le CJ du secteur de la Jacques Cartier (CSSS de Québec Nord), réfléchit actuellement à la possibilité d'offrir ce programme au sein de sa communauté.

Enfin, les aînés de langue anglaise résidant dans la région de la Capitale-Nationale sont desservis par le CJ des Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale. Cette équipe offre également ses services en se déplaçant dans différentes municipalités afin de rejoindre la clientèle âgée de langue anglaise le plus près possible de son milieu de vie. En plus de desservir l'agglomération de Québec, l'équipe couvre également la population anglophone du secteur de Valcartier et du territoire de Portneuf.

Le tableau suivant présente la répartition des CJ pour personnes âgées dans la région selon chaque territoire de CSSS.

Tableau 1 : Répartition des centres de jour pour personnes âgées par territoire de CSSS

TERRITOIRE DE CSSS	CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES
Charlevoix	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de jour Le Riv-Âge (est) • Centre de jour Paulin-Girard (ouest)
Portneuf	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de jour Portneuf (itinérant). L'équipe se déplace dans les municipalités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Saint-Raymond ○ Donnacona ○ Saint-Casimir
Québec-Nord	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de jour au Centre d'hébergement Yvonne-Sylvain • Centre de jour à l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré • Centre de jour au Centre d'hébergement Alphonse-Bonenfant • Centre de jour au Centre d'hébergement de Charlesbourg • Centre de jour au Centre d'hébergement de Loretteville
Vieille-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de jour Jos-Villeneuve • Centre de jour Limoilou • Centre de jour Notre-Dame-de-Lourdes • Centre de jour Sainte-Foy-Sillery-Laurentien
Jeffery-Hale – Saint-Brigid's	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de jour des Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale (itinérant)

Bien que chaque CJ possède un certain nombre de spécificités, il est possible de dégager les principaux traits qui caractérisent ce service pour l'ensemble de la région. Ainsi, ce programme se situe à l'intérieur du continuum de services dédiés aux aînés et relève plus particulièrement du programme de soutien à domicile (SAD) des CSSS ainsi que du Jeffery Hale – Saint-Brigid's. En plus des activités de promotion et de prévention, ce service de première ligne offre des services thérapeutiques diversifiés et accessibles. Il est permis de croire que l'ensemble de ces activités procure des effets bénéfiques aux participants ainsi qu'à leurs proches aidants.

La programmation touche les différentes facettes de la réalité de la personne âgée. Elle prend en compte la globalité de la personne, c'est-à-dire les composantes biopsychosociales. Les activités sont réalisées dans le respect des personnes, c'est-à-dire dans ce qu'elles sont, sans les infantiliser. Plusieurs approches sont privilégiées en CJ, dont l'interdisciplinarité, l'approche humaniste, l'*empowerment*, l'approche relationnelle de soins ainsi que l'approche axée sur le réseau de la personne. Des détails quant au type d'activités et aux approches retenues sont fournis dans les sections suivantes.

Actuellement, les services sont assurés par des équipes interdisciplinaires expérimentées (infirmier, intervenant psychosocial, ergothérapeute, technicien en réadaptation, éducateur spécialisé, infirmier auxiliaire, etc.) ayant développé, au fil des années, une excellente expertise. La plupart des équipes cumulent en effet un nombre important d'années d'expérience. La majorité du personnel des CJ de la région y travaille depuis plusieurs années, ce qui montre une relative stabilité dans les équipes. Cette constance contribue au développement d'un lien de confiance avec la clientèle. Ce lien est également significatif avec les proches aidants, en raison notamment de la richesse d'information qui leur est fournie concernant l'aîné. En effet, les intervenants représentent une source d'information privilégiée pour les proches. Il arrive

d'ailleurs que les intervenants les aident à accepter différentes situations qui étaient de prime abord. En ce sens, l'équipe se veut un lien important entre l'aidant et l'aîné dans le suivi de sa vie au quotidien. La connaissance du personnel quant à la situation de l'aîné est aussi utile pour leurs collègues du SAD. En étant en présence de la personne âgée sur une base régulière, voire relativement fréquente dans certains cas, le personnel est en mesure d'observer et d'objectiver plusieurs situations de détérioration de l'autonomie ou de l'état de santé de la clientèle.

Comme la programmation des CJ est basée sur une approche de groupe, ce service peut être considéré comme relativement peu coûteux. Il est permis de croire qu'en fréquentant les CJ, les aînés nécessitent moins de services de SAD puisque certains de leurs besoins peuvent être comblés par le CJ. C'est le cas de certains suivis en soins infirmiers par exemple.

2.2 CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE

Les données colligées auprès des responsables des CJ de la région ont permis de décrire brièvement la clientèle qui utilise ce service. Pour ce faire, des données sociodémographiques des personnes ayant participé à ce service en 2011-2012 ont été utilisées en plus des profils de clientèles, tirés à partir de l'outil du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), disponibles pour une part de la clientèle. Les résultats qui en découlent sont présentés brièvement dans la présente section. Les données détaillées des profils ISO-SMAF se trouvent à l'annexe 1.

2.2.1 Sexe et âge

Dans l'ensemble, les femmes sont en majorité dans tous les CJ de la région, et ce, dans une proportion qui varie entre 60 % et 76 % selon les milieux. Pour sa part, l'âge moyen se situe entre 79 et 82 ans selon les CJ.

2.2.2 Profil ISO-SMAF

Pour l'année 2011-2012, 655 personnes âgées avaient été évaluées à partir de l'outil d'évaluation Multiclientèles (OEMC), ce qui a permis de leur associer un profil ISO-SMAF. Même s'il ne s'agit pas de l'ensemble de la clientèle utilisatrice de ce programme, ce nombre est suffisamment important pour identifier quelques tendances. Les données ont notamment permis de voir l'étendue des différents profils des personnes fréquentant les CJ de la région, allant des profils 1 ou 2 jusqu'aux profils 11, 12 et même 13.

Ainsi, selon l'information disponible, les profils 5, 7, 8 et 10 dont les atteintes mentales constituent les caractéristiques principales de ces aînés regroupent la plus grande proportion avec 38 % du total des aînés ayant un SMAF complété. Les profils 1 à 3 suivent ensuite pour le tiers des aînés évalués; soit 33,6 % dont les atteintes prédominantes concernent les activités de la vie domestique (AVD). Pour leur part, les personnes aux prises avec des atteintes motrices (profils 4, 6 ou 9) comptent pour le quart de la clientèle avec 24,9 % des aînés. Les atteintes mixtes (mentales et mobilité) des profils 11 et 12 représentent 3,2 % du total des aînés évalués

alors qu'une seule personne a été identifiée au profil 13 et aucune au profil 14. Il faut mentionner que dans ces derniers cas, les personnes aux prises avec des atteintes mixtes, en plus de problèmes importants sur le plan cognitif, sont généralement dépendantes de leur entourage pour subvenir à leurs besoins.

2.3 MODALITÉS D'ACCÈS ET DE RÉFÉRENCE AUX CENTRES DE JOUR

Les CJ pour personnes âgées de la région figurent dans l'offre de service de première ligne et relèvent, pour la majorité d'entre eux, des CSSS. À ce titre, les guichets d'accès du programme *Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)*¹¹ servent de lieu d'accueil principal pour recevoir les demandes, procéder à une évaluation sommaire et diriger les personnes vers les services les plus appropriés à leurs besoins, dont les CJ.

Les demandes faites aux CJ proviennent de sources variées. Elles peuvent être dirigées à partir de sources internes au CSSS, dont l'accueil du SAD, ou d'intervenants de ce service qui considèrent que le CJ serait une ressource adéquate pour répondre aux besoins de la personne. Les Services externes de gériatrie ou l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) peuvent aussi recommander des aînés aux CJ, entre autres après une période de réadaptation pour les aider à maintenir leurs acquis. Dans d'autres situations, les demandes peuvent être faites par le personnel des unités transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), les organismes communautaires des réseaux locaux de services ainsi que les médecins traitants. Enfin, il arrive dans quelques situations que des aînés ou des proches aidants se présentent directement au centre local de services communautaires (CLSC) de leur secteur pour faire une demande de service.

2.3.1 Cheminement de la demande

La plupart des demandes faites aux CJ passent par le guichet SAPA, lequel procède à la collecte de données ainsi qu'à l'analyse de la demande avant de convenir de la détermination des services. Dans le cas où l'aîné n'est pas connu du CSSS et qu'il représente un cas complexe, un premier évaluateur se rend à domicile pour documenter davantage la situation. Dans le cas où la personne est orientée vers le CJ, un sommaire de l'information recueillie est transmis à l'équipe. Il arrive, dans une certaine proportion, que l'OEMC soit utilisé, ce qui fournit une information approfondie de la situation de la personne.

Les demandes de service au CJ sont parfois accompagnées de demandes pour d'autres services, dont l'aide pour les soins d'hygiène, une évaluation globale des besoins ou encore pour une évaluation en psychogériatrie.

11. Depuis 2013, le programme « SAPA » remplace le programme « PALV » (Perte d'autonomie liée au vieillissement).

2.3.2 Formulaire de référence

Le formulaire utilisé par la majorité des milieux est celui complété par le personnel du guichet d'accès, soit *La demande de service normalisée*. De l'avis des responsables des CJ, ce formulaire informatisé renferme de l'information qui leur est utile au moment où ils reçoivent la demande. Cette information sert donc de point de départ. Un intervenant du CJ la complète par la suite lorsqu'il communique avec la personne âgée ou avec des membres de sa famille.

Quelques CJ proposent à la personne âgée de faire une visite préadmission. Elle peut être accompagnée d'un proche si elle le désire. Cette visite permet à l'aîné de se familiariser avec les lieux (locaux, vestiaire, etc.) ainsi qu'avec le personnel. Dans d'autres cas, un membre de l'équipe du CJ se rend à domicile pour établir un premier contact, principalement pour les aînés ayant des troubles cognitifs. Ce premier contact sert ainsi de lien pour faciliter le début de leur participation au CJ.

2.3.3 Évaluation initiale

Quelques façons de faire sont répertoriées en ce qui a trait à l'évaluation initiale des aînés référés au CJ. Dans le cas où l'utilisateur est connu du SAD, l'intervenant-pivot au dossier complète l'ensemble de l'outil, étant donné sa connaissance de la situation globale de la personne. Dans le cas des personnes non connues du SAD, les CJ complètent alors l'OEMC.

2.3.4 Activités de concertation

Des activités de concertation sont aussi réalisées par les intervenants des CJ qui procèdent à des plans d'intervention interdisciplinaire (PII) pour leur clientèle. Pour les cas plus complexes, des plans de services individualisés (PSI) sont effectués. Ces démarches de concertation permettent de préciser les objectifs et les interventions à mettre en place par les intervenants du CJ et les partenaires, s'il y a lieu, en fonction des besoins de la personne et de sa problématique. En plus de l'animation des activités de groupe, des interventions professionnelles individuelles ainsi qu'un suivi de la situation auprès du médecin traitant, des ressources de 2^e ligne et des organismes communautaires sont aussi réalisés.

2.4 FRÉQUENCE, TAUX DE ROULEMENT ET LISTE D'ATTENTE

2.4.1 Fréquence aux centres de jour

La plupart des CJ reçoivent les aînés à raison d'une fois par semaine, généralement pour une journée complète. Toutefois, des CJ du CSSS de Québec-Nord ont opté pour une formule de deux demi-journées, incluant le dîner. Cette formule s'adresse particulièrement aux aînés ayant des troubles cognitifs. Dans ces cas, les personnes âgées ou leurs proches aidants sont responsables du transport de leur deuxième demi-journée de participation. Même si cette façon de faire semble intéressante pour les autres milieux, elle apparaît cependant difficile, voire impossible à mettre en application en raison du trop grand volume de demandes et de la liste

d'attente déjà très longue pour ce service. La logistique complexe du transport pour plusieurs milieux constitue un autre frein à offrir des demi-journées à leur clientèle. De plus, il est plus rare que les aînés participent aux CJ plus d'une fois par semaine; sauf pour certains cas particuliers, considérés individuellement par les équipes.

2.4.2 Taux de roulement

Le taux de roulement¹² de la clientèle d'un bon nombre de CJ de la région pour l'année 2011-2012 est de plus de 50 %. Ce résultat indique qu'environ la moitié des participants de la dernière année était composée de nouvelles inscriptions. Le CJ de Portneuf, par exemple, a un taux de roulement de 59 % alors qu'il est de 73,4 % pour l'ensemble des CJ du CSSS de la Vieille-Capitale.

Les données transmises par le CSSS de Québec-Nord indiquent que le taux de roulement de ses CJ se situe à 45 % pour Loretteville, 50 % pour l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré et Île d'Orléans et à 54 % respectivement pour Charlesbourg et Yvonne-Sylvain. Pour le territoire de Charlevoix, le taux de roulement est de 65,6 % et de 77,6 % aux CJ Paulin-Girard et Le Riv-Âge. Finalement, ce taux est de 27 % pour le CJ des Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale.

2.4.3 Liste d'attente

Comme le nombre de demandes ne cesse de croître, plusieurs CJ se voient dans l'obligation de gérer une liste d'attente. À titre d'exemple, le CJ de Sainte-Foy-Sillery-Laurentien dénombrait jusqu'à 100 personnes en novembre 2012, alors qu'on en dénombrait 47 à Limoilou, 34 à Portneuf et six à La Malbaie. L'information n'était pas disponible pour les autres CJ.

2.5 ORGANISATION DU PROGRAMME

2.5.1 Horaire

Le programme des CJ est offert à raison de cinq jours par semaine dans les territoires des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale. Dans le cas des territoires de Portneuf, de Charlevoix et des Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale, les services sont disponibles quatre jours par semaine.

De manière générale, la planification des activités en CJ est faite en fonction du fait que les personnes y restent toute la journée. Ainsi, un premier groupe d'aînés arrive aux environs de 8 h 30 ou 9 h et quitte vers 14 h 30. Le second groupe arrive à 9 h 30 et part vers 15 h ou 15 h 15. Dans le cas du territoire de Charlevoix, le départ du CJ se fait à 16 h. Un CJ du CSSS de Québec-Nord reçoit les aînés aux prises avec des problèmes cognitifs durant deux demi-journées par semaine, ce qui est particulier à ce territoire. Dans tous les cas, l'arrivée des aînés aux CJ est accompagnée d'une période d'accueil. Les membres de l'équipe leur apportent de

¹² Le taux de roulement est calculé en additionnant, *pour une année*, le *Nombre de nouvelles inscriptions* au *Nombre de départs*, divisé par le *Nombre total de personnes inscrites (ou ayant reçu des services du Centre de jour au cours de cette année)*.

l'aide et de l'assistance au besoin et une collation leur est servie. Les activités, de groupe ou individuelles, débutent ensuite.

Il peut arriver que des personnes se rendent au CJ pour participer à une activité spécifique, comme pour le programme de prévention des chutes (programme ÉquiLIBRE), auquel cas, différentes pratiques sont mises en place. Dans certains CJ, les aînés restent pour dîner avec le groupe alors qu'ailleurs, ils retournent à domicile une fois l'activité terminée.

Tous les CJ de la région ferment leurs portes quelques semaines au cours de l'année, habituellement durant la période estivale et le temps des fêtes. Quelques-uns ferment aussi au printemps, généralement pour une semaine.

2.5.2 Transport et repas

Le transport constitue une composante centrale de l'organisation des CJ pour personnes âgées. En effet, dans bon nombre de cas, les personnes qui fréquentent ce service sont à mobilité réduite et n'ont pas d'autre moyen pour s'y rendre.

Différentes formules de transport sont utilisées pour aller chercher et reconduire les aînés qui participent aux CJ. Dans la majorité des cas, le transport se fait par minibus ou par taxi et dans certains cas, ces deux modalités sont utilisées pour accommoder le plus grand nombre de personnes. À certaines occasions, le CJ Jos-Villeneuve a recours au service de transport/accompagnement du Centre d'action bénévole, en plus des moyens habituels. Le CJ de Portneuf utilise également le réseau d'entraide communautaire de transport, en plus du minibus, ce qui lui permet d'assurer une meilleure couverture de son vaste territoire. De plus, il arrive qu'un membre de la famille vienne reconduire directement la personne âgée au CJ ou la dépose à un endroit où le minibus passera la prendre. Enfin, d'autres milieux utilisent le Service de transport adapté de la Capitale (STAC) dans certaines situations.

Le coût de participation au CJ varie entre 6,50 \$ et 10,00 \$ par jour selon les milieux, incluant le transport, le dîner servi sur place et les collations santé (café, jus, verre de lait, biscuits ou galettes et fruits).

2.5.3 Divers moyens en soutien aux équipes

Afin de permettre aux usagers de profiter au mieux des activités du programme, les membres des équipes recourent à une variété de moyens. En voici quelques exemples :

- Des moyens techniques : amplificateur pour aider les personnes souffrant de surdité; des caractères grossis pour celles qui ont des problèmes de vision; des tableaux d'information et d'orientation; des pictogrammes, des pinces à long manche, etc.
- Des thématiques mises en valeur et des personnes invitées pour discuter d'un sujet particulier et répondre aux questions des aînés. À titre d'exemple, les CJ utilisent des thématiques comme le mois de la nutrition, la santé du cœur, la sécurité, etc., ce qui offre

l'opportunité d'inviter des personnes dont le domaine d'expertise est reconnu. Cette approche sert d'outil de sensibilisation auprès de la clientèle.

- Pour s'adapter au profil de la clientèle, plusieurs moyens sont utilisés. Dans certains cas, une durée réduite des activités permet de favoriser une meilleure participation aux personnes présentant des problèmes complexes. Dans d'autres cas, la salle Snoezelen sera utilisée par les personnes aux prises avec des problèmes cognitifs comme endroit de repos et de calme ou encore pour permettre aux participants des groupes réguliers de se détendre. Dans d'autres cas, le prêt de matériel diversifié (podomètre, canne, tripode, etc.) servira à différents profils de personnes.

3. PRINCIPAUX ENJEUX RELIÉS À L'OFFRE DE SERVICE

Bien que ce programme existe depuis 1972, les changements encourus au cours des années, particulièrement dans la dernière décennie, ont influencé l'organisation des services offerts aux aînés. En effet, la transformation du réseau de la santé, le vieillissement de la population et le désir sans cesse croissant des aînés de demeurer à domicile le plus longtemps possible en sont des exemples. Les travaux des dernières années entourant l'élaboration d'un projet clinique pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) (maintenant SAPA) ont permis de structurer l'offre de service à l'endroit des aînés en définissant des balises et des trajectoires pour différents programmes, touchant autant la prévention que la réadaptation ainsi que les services offerts en fin de vie.

Depuis quelques années déjà, les équipes des CJ pour personnes âgées de la région observent un alourdissement de leur clientèle. Ce constat constitue un élément central à la présente réflexion. De plus, des enjeux d'ordre organisationnel et professionnel auxquels les CJ sont confrontés depuis quelques années méritent d'être relevés pour fournir une vue d'ensemble de la situation. Les lignes qui suivent font sommairement état de ces enjeux; il ne s'agit pas ici d'une liste complète, mais des principaux constats faisant consensus auprès des membres du comité mis en place afin de réviser de l'offre de service du programme des CJ.

3.1 ENJEUX D'ORDRE ORGANISATIONNEL

- L'optimisation de ce programme au sein du réseau suppose qu'il reçoit la « bonne » clientèle, soit celle à qui ce programme offrira les meilleurs effets. Pour cela, il apparaît important de revoir les critères d'admissibilité à partir des caractéristiques des personnes pour lesquelles les bénéfices escomptés seraient les plus grands. Cette révision inclut non seulement les critères d'inscription, mais également des critères potentiels de refus ainsi que des paramètres précisant la fin du service. Il est entendu que dans ce dernier cas, la personne serait dirigée vers un autre service du continuum, plus approprié à sa situation.

- Des questionnements relativement à l'efficacité des activités offertes en CJ et à la façon de les dispenser ont été soulevés, notamment : doit-on privilégier des groupes homogènes ou plutôt favoriser l'hétérogénéité à l'intérieur des groupes? Quelle place devrait-on accorder aux interventions individuelles à l'intérieur de la programmation? Quoi qu'il en soit, il apparaît important, voire essentiel, de baser les activités et les interventions des CJ sur ce qui est démontré efficace afin d'en optimiser les résultats et les effets pour la clientèle.
- Le besoin de développer une planification des activités et des interventions qui tienne compte de la panoplie de besoins des usagers apparaît central. En effet, les aînés qui fréquentent les CJ présentent des profils très variés : atteintes cognitives et symptômes de santé mentale pour une partie d'entre eux, mais également des problèmes d'ordre physique et des maladies chroniques pour d'autres. Les besoins en matière de répit demeurent un enjeu réel dans la région tant les besoins sont grands et les façons d'y répondre à la satisfaction des personnes, relativement limitées.
- Un manque de coordination au sein des services du SAD est observé en ce qui a trait aux systèmes informationnels. En effet, les bases de données sont non seulement différentes, mais elles sont également incompatibles entre elles. Ces modalités ne favorisent ni l'efficacité, ni l'efficience des équipes.
- Une certaine méconnaissance du service (des critères d'admissibilité, des types de services dispensés, etc.) de la part des partenaires du réseau local (ex. : médecins, responsables de résidences privées pour personnes âgées, etc.) a été identifiée par les équipes des CJ. À cet égard, des ajustements sont à apporter sur le plan de la promotion du programme afin d'améliorer la compréhension des personnes qui s'y réfèrent.
- Le besoin de développer des outils de communication visant à faciliter les échanges à l'intérieur des différents services du SAD est un autre enjeu en matière d'information. En fait, malgré le rattachement administratif d'un grand nombre de CJ au SAD, on peut observer que leur intégration n'est cependant pas complétée.

3.2 ENJEUX D'ORDRE PROFESSIONNEL

- Tous les intervenants n'ont pas la même expérience sur le plan professionnel. Pour pallier certaines lacunes à cet égard, il apparaît pertinent d'offrir aux intervenants qui la requièrent, une formation qui soit spécifiquement adaptée à l'intervention de groupe, cette dernière étant la principale modalité de leur offre de service.
- Une certaine tendance de « déprofessionnalisation » est observée depuis quelques années dans les CJ de la région, ce qui est grandement déploré. Cette situation nécessite de réfléchir quant au type de ressources humaines à privilégier au sein d'une équipe interdisciplinaire en CJ qui soit le plus approprié compte tenu des objectifs poursuivis et des profils des personnes qui y participent.

- Une tendance à l'utilisation du mode de travail à temps partiel des membres des équipes des CJ est également notée. Cette situation ne facilite pas la continuité des interventions entre les intervenants ni le soutien à fournir à la clientèle.
- Le rôle de coordination constitue un élément central au bon fonctionnement du programme. Ce rôle mérite d'être maintenu pour maximiser, d'une part la cohérence des interventions auprès de la clientèle et d'autre part, entre les intervenants. Ainsi, il apparaît important de se pencher sur cette question afin d'établir les façons de faire les plus appropriées au contexte actuel.
- Enfin, la contribution de personnes bénévoles à certaines tâches et activités des CJ représente un autre enjeu qui mérite une attention particulière. En effet, il y a lieu de se questionner sur la nature de leur apport de façon à ce qu'il soit complémentaire au travail réalisé par les membres des équipes, sans cependant leur porter préjudice.

4. ORIENTATIONS DU PROGRAMME CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES

4.1 LE MODÈLE LOGIQUE DES CENTRES DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES

Afin de donner une image d'ensemble du programme Centre de jour pour personnes âgées, le modèle logique a été utilisé. Il permet de décortiquer ses différentes composantes en mettant en évidence les résultats attendus en fonction des activités et des interventions que l'on privilégie pour atteindre les objectifs, et ce, à l'intention d'une clientèle ciblée. La modélisation s'avère très utile comme outil de planification ou pour la révision des services. À cette étape, le développement du modèle logique demande d'analyser les pratiques éprouvées et de profiter de l'expérience des intervenants pour sélectionner des stratégies et des activités qui amèneront aux résultats attendus¹³. De façon spécifique, on peut le définir ainsi :

Le modèle logique est au fond un moyen d'organiser de façon systématique et de présenter virtuellement, tels que vous les comprenez, les liens qui unissent les ressources dont vous disposez pour faire fonctionner un programme, les activités que vous avez planifiées et les résultats que vous souhaitez obtenir. Lorsqu'un programme évolue et se modifie, son modèle logique change également. Un modèle logique est un travail continu, une esquisse de projet qui doit être affinée au fur et à mesure que le programme lui-même se développe.¹⁴

La figure de la page suivante présente ces composantes et les liens entre elles.

¹³ Source : Guide d'élaboration de modèles logiques de programme; Utiliser les modèles logiques pour coordonner la planification, l'action et l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, mars 2004.

¹⁴ Voir note 11, p. 5.

Programme Centre de jour pour personnes âgées

RÉGION DE LA
CAPITALE-NATIONALE

Clientèle ciblée par le programme

- ▶ Les personnes âgées de 65 ans et + ou celles de moins de 65 ans avec profil gériatrique¹; ET
- ▶ ayant un profil ISO-SMAF de 3 à 10 ou un ISO-SMAF 1 et 2 et présentant des caractéristiques spécifiques à partir du SMAF social;
 - Demeurant à domicile;
 - Dont la condition médicale est stable;
 - Potentiel de participation aux activités de groupes;
 - Participation volontaire au centre de jour et accepte le plan d'intervention;
- ▶ Proches aidants.

Caractéristiques de la clientèle

- Nombre et % de personnes âgées par catégorie d'âges;
- Profil ISO-SMAF des aînés inscrits.

OBJECTIFS DU PROGRAMME CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES

- ▶ Promouvoir la santé globale de la personne;
- ▶ Prévenir la détérioration de l'état de santé de la personne âgée;
- ▶ Maintenir et améliorer l'autonomie biopsychosociale des usagers de sorte qu'ils puissent demeurer dans leur milieu de vie naturel;
- ▶ Maintenir les habiletés sociales des personnes âgées qui ne sont plus en mesure de s'intégrer socialement dans leur communauté;
- ▶ Prévenir l'épuisement des proches aidants.

RESSOURCES

- Une équipe interdisciplinaire :
 - intervenant psychosocial,
 - technicien en éducation spécialisée,
 - intervenant en soins infirmiers,
 - intervenant en réadaptation,
 - intervenant en soins d'assistance;
- En complément, des personnes assurent les fonctions suivantes :
 - gestion,
 - coordination,
 - soutien administratif;
 - conducteur de minibus;
- Des personnes bénévoles fournissent un soutien à certaines activités dans quelques milieux;
- Ressources financières
 - Budget récurrent de l'ASSS fourni aux CSSS pour le SAD;
 - Contribution des aînés;
- Ressources matérielles
 - Installations diverses :
 - chambre Snoezelen,
 - matériel et aides techniques divers.

ACTIVITÉS/INTERVENTIONS

- ◆ Offre de service variée en groupe et individuellement, dont :
 - activités de promotion,
 - activités préventives visant le repérage et l'identification de facteurs de risques,
 - interventions reliées aux champs disciplinaires de l'équipe.
- ◆ Un plan d'intervention interdisciplinaire est réalisé pour chaque participant. L'équipe se charge également de faire des références vers d'autres services ou programmes lorsque requis;
- ◆ Approches privilégiées : humaniste, empowerment, relationnelle de soins, approche réseau, interdisciplinarité.

RÉSULTATS DE MISE EN ŒUVRE (EXTRANTS)

- ★ Nombre de personnes âgées inscrites au centre de jour;
- ★ Taux de roulement (nombre de personnes quittant chaque année vs nombre d'inscriptions);
- ★ Raison de départ du centre de jour (arrêt de participation);
- ★ Nombre de personnes en attente et durée d'attente;
- ★ Fréquence de participation;
- ★ Nombre de plans d'intervention (PI);
- ★ Nombre de groupes et de participants;
- ★ Nombre de suivis individuels et raisons des suivis par les membres de l'équipe interdisciplinaire.

Indicateurs/ressources

- Nombre d'intervenants équivalents temps complet (ETC);
- Type d'intervenants en ETC.

Indicateurs/activités/interventions/extrants

- Nombre moyen de jours-présence;
- Assiduité au programme ÉquiLIBRE;
- Nombre de plans d'interventions;
- Nombre de groupes et de participants.

VISION DU PROGRAMME CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES

Une équipe interdisciplinaire compétente œuvrant dans un environnement adapté qui réalise des activités de promotion, de prévention et des interventions professionnelles visant le maintien de l'autonomie biopsychosociale des aînés de sorte qu'ils demeurent à domicile le plus longtemps possible.

Résultats à court et à moyen termes

Pour les aînés

- Amélioration et maintien de l'autonomie globale :
 - amélioration de la force et de l'équilibre des aînés (Programme ÉquiLIBRE);
- Amélioration des connaissances sur les saines habitudes de vie;
- Diminution de l'isolement;
- Amélioration des capacités de socialisation des aînés.

Pour les proches aidants

- Prévention de l'épuisement et diminution du fardeau.

Indicateurs/résultats à court et à moyen termes

- Pourcentage des aînés qui ont maintenu leur autonomie fonctionnelle – Résultat au SMAF;
- Pourcentage des aînés qui ont maintenu leur « capacité de socialisation » – Résultat au SMAF social;
- Pourcentage des aînés qui ont amélioré leur force (par l'évaluation du programme ÉquiLIBRE);
- Pourcentage des aînés qui ont amélioré leur équilibre (par l'évaluation du programme ÉquiLIBRE);
- Taux de satisfaction des aînés qui participent au centre de jour.

Résultats à long terme

- Meilleure qualité de vie des aînés;
- Réduction de la morbidité (ex. consultations et hospitalisation pour chutes, etc.);
- Adoption de saines habitudes de vie.

Pour les proches aidants

- Meilleure qualité de vie des proches aidants.

Indicateurs/résultats à long terme

- Qualité de vie améliorée depuis leur présence au centre de jour (aînés et proches aidants);
- Taux de morbidité pour chutes (consultation et hospitalisation);
- Satisfaction des aînés et des proches aidants sur leur qualité de vie.

1. Une définition du « profil gériatrique » est fournie à l'annexe 2.

4.2 LA VISION, LA MISSION ET LES OBJECTIFS

4.2.1 La vision

Les membres du comité de travail ont convenu des paramètres définissant les CJ quant à la vision de ce service, sa mission et les objectifs poursuivis.

Comme définie par les membres du comité de travail, la vision du CJ est la suivante :

Une équipe interdisciplinaire compétente œuvrant dans un environnement adapté qui réalise des activités de promotion, de prévention et du maintien de l'autonomie biopsychosociale des aînés de sorte qu'ils demeurent à domicile le plus longtemps possible.

4.2.2 La mission

En ce qui a trait à sa mission, le CJ pour personnes âgées se veut un service qui contribue à soutenir à domicile les personnes âgées présentant une perte d'autonomie tout en améliorant leur qualité de vie et en prévenant l'épuisement des proches aidants.

Pour le MSSS (1986), le CJ pour personnes âgées est défini comme :

Une ressource qui offre à une clientèle inscrite et qui présente une perte d'autonomie pouvant entraver son maintien à domicile, des programmes et des activités de jour de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation¹⁵.

Les membres du comité de travail ont également reconnu la définition dégagée des travaux d'harmonisation de l'offre de service CJ/SAD¹⁶, réalisés par l'Agence de la santé et des services sociaux en 2005 à l'intérieur d'un plan global visant l'intégration des services aux aînés. Cette définition, complémentaire à la précédente, est la suivante :

Un programme de soutien à domicile qui s'insère dans un continuum de services aux personnes âgées en perte d'autonomie. La mission des centres de jour s'actualise par des activités et des services structurés et basés sur une approche de groupe et individuelle. En vertu de l'article 15 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la population anglophone de la région de Québec dispose du centre de jour Saint-Brigid's Home.

15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le centre de jour : orientations et programmes (document de travail), Québec, 1986, p. 10.

16. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Plan régional d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, Annexe A., Québec, janvier 2005.

4.2.3 Les objectifs

Les objectifs des CJ s'adressent d'une part aux aînés et d'autre part, aux proches aidants. Ils se définissent comme suit :

- ✚ **POUR LES PERSONNES ÂGÉES :**
 - Promouvoir la santé globale de la personne;
 - Prévenir la détérioration de l'état de santé de la personne âgée;
 - Maintenir et améliorer l'autonomie biopsychosociale des usagers de sorte qu'ils puissent demeurer dans leur milieu de vie naturel;
 - Maintenir les habiletés sociales des personnes âgées qui ne sont plus en mesure de s'intégrer socialement dans leur communauté.

- ✚ **POUR LES PROCHES AIDANTS :**
 - Prévenir l'épuisement des proches aidants qui ont à leur charge des personnes âgées en perte d'autonomie et qui présentent des déficits cognitifs ou physiques.

4.3 LA CLIENTÈLE CIBLE

Plusieurs critères permettent de définir la clientèle cible des CJ, notamment des critères d'admission, des critères qui permettent d'établir un ordre de priorité, des critères d'exclusion et d'autres servant à baliser la fin des interventions.

4.3.1 Critères d'admission au programme

La clientèle cible des CJ présente les caractéristiques suivantes :

- ✚ Les personnes âgées de 65 ans et plus qui correspondent au profil des « personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement » ou les personnes de moins de 65 ans présentant un profil gériatrique¹⁷;
- ✚ Les personnes correspondant aux profils ISO-SMAF de 3 à 10;
- ✚ Les personnes ayant un profil ISO-SMAF 1 ou 2 ET ayant des caractéristiques spécifiques à partir du SMAF social (dont l'isolement social et les autres problématiques à caractère social);
- ✚ Les personnes demeurant à domicile (incluant les habitations à loyer modique, les résidences privées et les ressources non institutionnelles : ressources intermédiaires [RI] et ressources de type familial [RTF] ainsi que les mesures de relogement);
- ✚ Les personnes dont la condition médicale est stable;
- ✚ Les personnes présentant un potentiel de participation aux activités de groupe;
- ✚ Les proches aidants des aînés font également partie de la clientèle ciblée par les CJ.

Bien entendu, les personnes doivent participer au CJ sur une base volontaire et accepter le plan d'intervention proposé par l'équipe.

17. La définition du « profil gériatrique » se trouve à l'annexe 2.

4.3.2 Critères prioritaires

Des critères ont été déterminés afin d'établir les priorités d'accès aux CJ lorsque les demandes excèdent la capacité de prise en charge. Ces critères sont les suivants :

- Le caractère urgent de la situation (dangerosité, vulnérabilité, maltraitance, etc.);
- Être âgé de 75 ans et plus et présenter une mobilité réduite ou être âgé de 85 ans et plus;
- La présence de problèmes qui compromettent les possibilités de demeurer à domicile;
- La demande de service concerne le maintien des acquis à la suite d'un épisode de réadaptation visant à éviter une détérioration rapide;
- La demande vise à poursuivre les services du CJ dans le cas d'une personne âgée qui fréquentait déjà un CJ et qui vient d'emménager dans un autre secteur de CLSC ou dans un autre territoire de CSSS;
- La demande vise à soutenir les proches aidants d'un aîné en fonction du risque d'épuisement et de désorganisation de son entourage;
- La demande cherche à pallier l'absence ou le peu de disponibilité du réseau de soutien de la personne.

4.3.3 Critères d'exclusion

En raison de la disponibilité des membres de l'équipe du CJ ainsi que du mode de fonctionnement privilégiant l'approche de groupe, certaines personnes âgées ne peuvent se joindre aux activités compte tenu de leur profil. Ainsi, les aînés qui ne sont pas admis au CJ correspondent aux caractéristiques suivantes :

- Les personnes nécessitant un accompagnement individuel constant (ratio 1/1);
- Les personnes présentant les profils ISO-SMAF 11, 12, 13 et 14;
- Les personnes ayant des comportements perturbateurs de diverses natures :
 - À caractère cognitif (désorganisation, agressivité, anxiété, etc.),
 - À caractère relationnel (conflictuel, sexuel, exhibitionniste, condition de santé instable, etc.);
- Les personnes incapables de s'intégrer à un groupe;
- Les personnes n'ayant pas la motivation à participer aux activités;
- Celles dont le domicile présente des barrières architecturales causant des sorties non sécuritaires pour elles ou pour le transporteur;
- Les personnes dont les besoins sont strictement d'ordre social ou récréatif et qui peuvent fréquenter les ressources de la communauté.

4.3.4 Critères de fin d'intervention

Les critères suivants permettent de baliser la fin des interventions des CJ :

- La participation au CJ entraîne des effets négatifs à domicile;
- Une grande détérioration de la condition biopsychosociale de la personne lui confère un profil correspondant aux critères d'exclusion;

- Le manque de motivation fait en sorte que la personne ne participe pas régulièrement aux activités;
- La personne est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (public).

5. OFFRE DE SERVICE DES CENTRES DE JOUR

Plusieurs éléments forment l'offre de service des CJ de la région. D'abord, différentes approches professionnelles soutiennent les interventions et les activités des équipes. Celles-ci servent en quelque sorte de balises aux activités réalisées et sont partagées par l'ensemble des membres des équipes des CJ.

5.1 APPROCHES PROFESSIONNELLES PRIVILÉGIÉES

Un certain nombre d'approches fait consensus auprès des personnes responsables des équipes des CJ de la région. Dans les faits, il est possible que d'autres approches soient aussi retenues par certains intervenants. Toutefois, les approches suivantes ont été identifiées comme étant les principales.

5.1.1 Approche humaniste

Cette approche repose sur le postulat que l'être humain a tendance à se développer de façon positive lorsqu'il est dans des conditions de confiance et de respect. Les interventions et les activités en CJ misent sur la capacité de la personne à comprendre ses difficultés, à trouver ses propres solutions et à apporter les changements adaptés. La relation entre l'intervenant et l'aîné vise à faciliter l'exploration de soi et l'expérimentation¹⁸. Elle s'exprime par les notions de respect de la personne, de responsabilité, de liberté, d'authenticité, d'expérience, de rencontre, de relation existentielle ou d'alliance thérapeutique (c'est-à-dire, une relation de personne à personne et non d'intervenant à patient)¹⁹.

5.1.2 Approche relationnelle de soins

Cette approche favorise l'humanisation des soins et des services fournis dans la relation entre le personnel et les aînés, ce qui entraîne une amélioration des soins et de la qualité de vie. L'approche relationnelle de soins est une méthode basée sur la réponse des intervenants à la réaction des aînés relativement aux services dispensés. *Cette réponse est influencée par les besoins de chaque être humain et par sa capacité à contribuer à ses soins et à améliorer son*

18. Source : <http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/9.html>

19. Source : Wikipédia

*degré d'autonomie*²⁰. Les valeurs à la base de cette approche sont l'humanité, l'autonomie, le respect, l'esprit d'équipe, l'adaptabilité ainsi que la sécurité de l'aîné et de l'intervenant. L'humanité est une philosophie de soins qui reconnaît un ensemble de caractéristiques humaines telles que l'intelligence, la parole, le toucher, le contact visuel, le rire, le souci de son apparence, les aptitudes sociales, la conscience de sa vulnérabilité, l'angoisse de la mort, le sens de l'honneur, être capable de se « tenir debout » (une particularité de base de l'autonomie et de la dignité humaine) et l'altruisme (la capacité de prendre soin de ceux qui ne peuvent le faire eux-mêmes).

5.1.3 Approche réseau

L'approche réseau propose de comprendre et d'analyser les réseaux sociaux d'une personne (notamment un aîné), incluant les proches aidants qui l'entourent afin d'en mobiliser les ressources et les potentialités²¹.

5.1.4 Empowerment

L'*empowerment* (qui se traduit de l'anglais par « autonomisation ») est la capacité des personnes, même dépendantes, de pouvoir prendre leur vie personnelle en main, c'est-à-dire de garder un pouvoir sur leurs choix de vie, dans la vie de tous les jours²². Sur le plan individuel, Eisen (1994)²³ définit l'*empowerment* comme la façon par laquelle individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle. D'autres sources parlent de processus social, de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie (Gibson, 1991)²⁴.

5.1.5 Interdisciplinarité

L'interdisciplinarité est l'art de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines scientifiques. L'intérêt est de parvenir à un but commun en confrontant des approches différentes d'un même problème. L'interdisciplinarité suppose un dialogue et l'échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre deux ou plusieurs disciplines. Elle implique qu'il y ait des interactions et un enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes.

Le travail interdisciplinaire vise à traiter une problématique dans son ensemble, en identifiant et en intégrant toutes les relations entre les différents éléments impliqués. Il tente de synthétiser et de relier le savoir disciplinaire et de le replacer dans un cadre systémique plus large²⁵.

20. Source : CHSLD juif de Montréal/5725, av. Victoria/Montréal, QC H3W 3H6, Été 2008, Volume 3/N° 3, page 1.

21. Source : Anthropos Consultants – site WEB.

22. Source : Wikipédia.

23. Eisen, A. Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiative, Health Education Quarterly, 1994, 21 (2), 235-252.

24. Gibson, C.H. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 1991, 16, 354-361.

25. Source : Nissani, 1995 in Ressources Pédagogiques ICRA, Interdisciplinarité – Concepts clés (site WEB).

5.2 ACTIVITÉS ET INTERVENTIONS DE GROUPE ET INDIVIDUELLES

La programmation des CJ comprend une grande diversité d'activités et d'interventions, habituellement dispensées en groupe. D'autres, offertes individuellement, complètent la programmation. Afin de documenter cet aspect, un premier exercice a permis de classer les principaux éléments de la programmation des CJ selon les objectifs poursuivis par le cadre de référence produit par l'Association des centres d'accueil du Québec. Une fois cette information compilée, les activités et les interventions alors identifiées ont été associées à chacun des objectifs définis par le comité de travail. Une validation de ce contenu a ensuite été réalisée lors d'une rencontre de travail en comité régional. Cette rencontre a également été l'occasion d'identifier les éléments communs entre la programmation des CJ et la récente Politique *Vieillir et vivre ensemble; chez soi, dans sa communauté, au Québec* du MFA (2012) étant donné la présence d'intérêts communs.

La section qui suit se divise en deux parties. Une première partie présente sommairement les activités de groupes et individuelles pour chacun des objectifs des CJ. Cette information n'est pas exhaustive; elle sert avant tout à fournir des exemples des pratiques des CJ de la région. La seconde partie fait état des éléments convergents entre la programmation des CJ et la Politique *Vieillir et vivre ensemble; chez soi, dans sa communauté, au Québec* du MFA.

5.2.1 Activités et interventions selon les objectifs des centres de jour

■ Promouvoir la santé globale de la personne âgée

ACTIVITÉS ET INTERVENTIONS	
DE GROUPE	INDIVIDUELLES
<ul style="list-style-type: none"> • Activités de sensibilisation concernant divers sujets par les intervenants et personnes invitées (policiers, nutritionnistes, kinésioles, etc.) : <ul style="list-style-type: none"> - Info-Social sur des sujets variés, dont l'âge, la gestion du stress, la maltraitance, etc. ; - Promotion de l'autonomie psychosociale (ex. : « Bien vieillir malgré tout »); - Participation aux pratiques cliniques préventives par des capsules d'information sur les saines habitudes de vie (tabac, activité physique, alimentation); - Information sur les services et les ressources communautaires du réseau local de services et autres sujets pertinents à la condition des aînés; - Enseignement sur des sujets relatifs à la santé et au vieillissement, dont : la conservation d'énergie, la protection articulaire, les principes posturaux, le guide sur les aides techniques, etc.; 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement sur divers sujets relatifs à la santé et au vieillissement, dont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - La prévention des chutes, les principes posturaux, la conservation d'énergie, la protection articulaire, - La médication analgésique, - Les aides techniques; • Encouragement de gestes autonomes des aînés : <ul style="list-style-type: none"> - Lors des différentes activités du centre de jour, tant au vestiaire, lors de l'arrivée et du départ que durant le reste de la journée, - Participation aux tâches à réaliser dans certaines AVD du centre de jour, etc.; • Information variée, notamment sur les services complémentaires.

■ **Prévenir la détérioration de l'état de santé biopsychosociale de la personne âgée**

ACTIVITÉS ET INTERVENTIONS	
DE GROUPE	INDIVIDUELLES
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en forme et activités physiques variées : <ul style="list-style-type: none"> - Programme ÉquiLIBRE, classes d'exercices et conditionnement physique, Viactive, badminton; • Activités psychomotrices diverses, dextérité fine d'association et d'observation; • Groupes de stimulation cognitive et stimulation des fonctions mentales supérieures : <ul style="list-style-type: none"> - Questions sur l'actualité, activités de reminiscence, etc.; • Musicothérapie, chants, etc.; • Zoothérapie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Détection des situations à risque et dépistage : <ul style="list-style-type: none"> - Ex. : test de dépistage pour déficit visuel; • Accompagnement individualisé de différentes natures dont : <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance dans les déplacements et transferts, pour l'habillage, les AVD et les autres AVQ; - Suivi individuel en ergothérapie; adaptation au fauteuil et à domicile; - Physiothérapie : évaluation et conseils, révision de l'horaire de douleur, autres interventions selon la problématique des personnes; • Encadrement – enseignement – soutien lors de diverses situations dont : <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement civique, - Consignes individualisées pour faciliter le quotidien des personnes (remplir des documents, prendre des rendez-vous, etc.); • Intervention psychosociale concernant des situations particulières, dont : <ul style="list-style-type: none"> - L'acceptation de certaines limitations, etc.

■ **Maintenir et améliorer l'autonomie biopsychosociale des usagers de sorte qu'ils puissent demeurer dans leur milieu de vie naturel**

ACTIVITÉS ET INTERVENTIONS	
DE GROUPE	INDIVIDUELLES
<ul style="list-style-type: none"> • Classes d'exercices et activités physiques variées (Programme ÉquiLIBRE; groupe spécifique à la maladie de Parkinson et autres activités); • Activités psychomotrices diverses, dextérité fine, d'association et d'observation; • Capsules d'information et d'éducation; • Groupes de stimulation cognitive et stimulation des fonctions mentales supérieures : <ul style="list-style-type: none"> - Questions sur l'actualité, - Activités de reminiscence sous différentes formes, jeux de mots, jeux d'observation et de mémoire, quiz divers, etc., - Discussions de groupes portant sur des sujets variés (lors d'activités structurées, lors des collations, après le repas, etc.); 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement individuel : <ul style="list-style-type: none"> - Prévention des chutes, conservation d'énergie, protection articulaire, principes posturaux; médication analgésique); • Examens cliniques et soins : <ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique (HTA, glycémie), prises de sang; - Vaccination antigrippale; - Suivi/bilan médicamenteux, ménage de la pharmacie, etc.; • Physiothérapie : évaluation, enseignement; révision de l'horaire de douleur, etc.; • Ergothérapie : suivi, guide sur les aides techniques et ajout au besoin (canne, marchette, coussins, etc.); • Intervention psychosociale;

ACTIVITÉS ET INTERVENTIONS	
DE GROUPE	INDIVIDUELLES
<ul style="list-style-type: none"> • Musicothérapie, chants; • Zoothérapie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement individualisé lors de situations diverses au centre de jour : <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement à la marche, - Surveillance lors des déplacements, des transferts et d'autres situations; • Encouragement de gestes autonomes des aînés : <ul style="list-style-type: none"> - Lors des différentes activités du centre de jour, tant au vestiaire, lors de l'arrivée et du départ que durant le reste de la journée, - Participation aux tâches à réaliser dans certaines AVD du centre de jour, etc.; • Observations des aînés par les membres de l'équipe lors des activités; • Gestion des comportements perturbateurs.

- ✚ **Maintenir la socialisation des personnes âgées qui ne sont plus en mesure de s'intégrer socialement dans leur communauté**

ACTIVITÉS ET INTERVENTIONS	
DE GROUPE	INDIVIDUELLES
<ul style="list-style-type: none"> • Groupes de stimulation cognitive et stimulation des fonctions mentales supérieures : <ul style="list-style-type: none"> - Activités de réminiscence sous différentes formes, jeux de mots, jeux d'observation et de mémoire, quiz divers, etc. - Discussions de groupes portant sur des sujets variés (lors d'activités structurées, lors des collations, après le repas, etc.); • Échanges et activités axées sur l'expression : <ul style="list-style-type: none"> - Échanges entre pairs; soutien entre les aînés, • Activités d'expression et de communication (groupes de discussion sur des sujets variés); • Activités d'association, de dextérité fine et de créativité : <ul style="list-style-type: none"> - Activités manuelles diverses, - Jeux d'habiletés; • Musicothérapie, chants; • Zoothérapie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorisation, encouragement des usagers à la participation de certaines tâches ou activités du centre de jour; • Intervention psychosociale : <ul style="list-style-type: none"> - Relation d'aide individuelle, écoute active.

■ **Prévenir l'épuisement des proches aidants qui ont à leur charge des personnes âgées en perte d'autonomie avec des déficits cognitifs ou physiques**

ACTIVITÉS ET INTERVENTIONS	
DE GROUPE	INDIVIDUELLES
<ul style="list-style-type: none"> • Entraide : <ul style="list-style-type: none"> - Groupes d'entraide communautaire, - Groupes de proches aidants; • Formation : <ul style="list-style-type: none"> - Approche relationnelle de soins, - Déplacement sécuritaire des bénéficiaires; • Information : <ul style="list-style-type: none"> - Services et formules de répit, - Services extérieurs au centre de jour. 	<ul style="list-style-type: none"> • Répit (par la présence de l'aîné au centre de jour); • Soutien et suivi des proches aidants : <ul style="list-style-type: none"> - Soutien psychosocial; • Enseignement – conseils – information : <ul style="list-style-type: none"> - Sur diverses situations et problématiques, - Sur les services possibles (information).

5.2.2 Concordance des objectifs des centres de jour pour personnes âgées et ceux de la politique *Viellir et vivre ensemble; Chez-soi, dans sa communauté, au Québec*

Cette récente politique du MFA (2012) fait état des diverses orientations qui interpellent un grand nombre de services et de partenaires locaux pour mener à bien les actions qui y figurent. Aussi, la présente révision de l'offre de service des CJ représente une opportunité de faire valoir les éléments communs entre les actions réalisées en CJ et certaines mises de l'avant par la Politique. Cet exercice permet ainsi de cibler un certain nombre de convergences et de montrer un partage d'intérêts communs.

Les tableaux suivants présentent succinctement des éléments de cohérence entre des objectifs des CJ et certaines actions de l'orientation 2 de la Politique. Des activités et interventions réalisées en CJ y figurent à titre d'exemples de projets inspirants.

OBJECTIFS DES CENTRES DE JOUR

- Promouvoir la santé globale de la personne
- Maintenir et améliorer l'autonomie biopsychosociale des usagers de sorte qu'ils puissent demeurer dans leur milieu de vie naturel

CHOIX STRATÉGIQUE 2.1

PROMOUVOIR LA SANTÉ, PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE – ACTIONS PROPOSÉES

- Favoriser de saines habitudes de vie chez les aînés d'aujourd'hui et de demain;
- Mettre en place des interventions pour soutenir une saine alimentation, diminuer la consommation inappropriée de médicaments et prévenir les chutes;
- Mettre en place diverses activités pour promouvoir la vaccination des aînés contre le pneumocoque et l'influenza;
- Promouvoir la vaccination des aînés, en particulier en ce qui concerne la diphtérie, le tétanos et la coqueluche.

Projets inspirants dans les centres de jour, en lien avec ces actions. Exemples :

- ✦ Le programme ÉquiLIBRE en prévention des chutes est appliqué dans les centres de jour de la région depuis quelques années. Ce programme est complémentaire au programme PIED, dispensé dans la communauté et au programme MARCHÉ, qui consiste en des interventions multifactorielles personnalisées (IMP) dispensées par les intervenants du SAD.
- ✦ Des thématiques et des capsules santé portant sur l'importance pour les aînés d'adopter de saines habitudes de vie, tant en alimentation qu'en ce qui a trait à la consommation de médicaments, à la cessation tabagique et aux bienfaits de l'exercice figurent dans la programmation courante. Plusieurs activités portant sur ces volets sont d'ailleurs offertes par l'ensemble des centres de jour de la région.
- ✦ « Les Médicaments : Oui... Non... Mais! En santé après 50 ans » constitue un bel exemple de projet pertinent à mettre de l'avant dans les centres de jour de la région. Ce programme d'intervention en éducation à la santé est destiné aux personnes âgées de 55 et plus. Il vise l'acquisition de comportements favorables à la santé et le bon usage des médicaments. Pour le moment, ce programme est encore peu développé dans la région.
- ✦ La vaccination contre l'influenza est aussi offerte dans les centres de jour.

En lien avec la promotion de la santé globale de la personne, des interventions des centres de jour portent plus particulièrement sur la dimension psychosociale de l'autonomie. À cet égard, bon nombre de ces interventions visent entre autres à favoriser la socialisation des aînés qui vivent de la solitude ou de l'isolement.

Diverses activités de stimulation cognitive et de stimulation des fonctions mentales supérieures, de type « réminiscence » servent à stimuler et à préserver les fonctions cognitives des aînés. L'outil « Le magasin général », développé par le CSSS de Québec-Nord avec le soutien scientifique du Musée de la civilisation, apparaît comme un outil prometteur.

OBJECTIFS DES CENTRES DE JOUR

- Prévenir la détérioration de l'état de santé biopsychosociale de la personne âgée

CHOIX STRATÉGIQUE 2.1

PROMOUVOIR LA SANTÉ, PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE – ACTIONS PROPOSÉES

- Mettre en place des interventions de dépistage de la dépression chez les personnes aînées

Projets inspirants en place dans les centres de jour, en lien avec cette action

- ✦ La détection de situations à risque.

5.2.3 Autres choix stratégiques de la politique

La politique *Viellir et vivre ensemble; Chez-soi, dans sa communauté, au Québec* intègre également d'autres actions qui méritent d'être prises en compte par les différents services du continuum de soins offerts aux aînés. Certaines d'entre elles semblent particulièrement pertinentes à relever dans le cadre de la présente démarche, soit :

OBJECTIFS DES CENTRES DE JOUR	CHOIX STRATÉGIQUE 2.2 ACCROÎTRE L'OFFRE DE SERVICE AINSI QUE L'ACCÈS AUX SERVICES ET AMÉLIORER LA CONCERTATION DES ACTEURS POUR MIEUX SOUTENIR LES PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET DANS LA COMMUNAUTÉ <ul style="list-style-type: none">• Améliorer la prise en charge de la douleur chronique chez les personnes aînées;• Augmenter le nombre de personnes recevant des services de soutien à domicile et intensifier les services pour mieux répondre aux besoins des personnes aînées et de leurs proches;• Assurer l'intégration, la coordination et la continuité des services aux personnes aînées et à leurs proches.
-------------------------------	---

Par leurs actions et leurs interventions, les équipes des centres de jour contribuent directement au soutien à domicile des aînés qui participent à ce programme. Étant donné que les besoins en cette matière sont très grands, des efforts restent à faire pour intensifier les services. Il faut considérer que le vieillissement de la population exerce et continuera d'exercer une pression considérable sur le réseau de services, notamment pour maintenir les personnes âgées et vieillissantes dans leur milieu de vie, à domicile.

L'implantation du réseau de services intégrés, amorcée depuis plusieurs années dans la région, constitue un élément clé quant aux actions de la politique visant une meilleure intégration et continuité des services. À cet égard, le centre de jour pour personnes âgées est un acteur essentiel au sein du réseau de services intégrés. À ce titre, les membres des équipes se doivent de recourir aux approches qui s'inscrivent directement en cohérence avec ces orientations régionales.

OBJECTIFS DES CENTRES DE JOUR	CHOIX STRATÉGIQUE 2.3 ADAPTER LES PRATIQUES, LES SERVICES ET LES STRATÉGIES D'INTERVENTION AUX BESOINS DES PERSONNES AÎNÉES <ul style="list-style-type: none">• Adapter les services sociaux et de santé aux besoins des personnes aînées.
-------------------------------	--

Par leurs interventions et leurs activités variées, les centres de jour ont le souci d'adapter leurs services aux besoins des aînés. Leur pratique repose sur cette préoccupation. Toutefois, comme la population vieillit et que la demande ne cesse de croître, les besoins des aînés à l'égard de ce programme sont très diversifiés. Il est donc important de pouvoir compter sur une équipe de base qui détienne expertise et polyvalence afin de répondre adéquatement à l'ensemble des besoins. Il est de plus essentiel de prévoir de la formation dans différents secteurs d'intervention afin d'outiller adéquatement les intervenants quant aux nouvelles problématiques ou celles pour lesquelles ils n'ont été que peu exposés.

Par ailleurs, une autre orientation de la Politique (l'orientation 3) porte sur les environnements des aînés. Elle se définit ainsi : *Viellir et vivre ensemble : c'est créer des environnements sains,*

sécuritaires et accueillants dans sa communauté. Sur cet aspect, le choix stratégique visant à contrer la maltraitance envers les aînés rejoint directement les services et les programmes du continuum de services dédiés aux aînés, dont les CJ.

<p>OBJECTIFS DES CENTRES DE JOUR</p>	<p>CHOIX STRATÉGIQUE 3.1 CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015 et assurer la pérennité de ses objectifs; • Soutenir la réalisation de projets s'inscrivant dans les orientations du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015.
<p><i>À ce chapitre, la région de la Capitale-Nationale a été proactive en élaborant un plan d'action en maltraitance dès 2008. Les centres de jour pour personnes âgées constituent un partenaire de premier ordre relativement à cette problématique complexe. En effet, les intervenants sont entre autres à l'affût des signes laissant suspecter une forme ou l'autre de mauvais traitements à l'endroit de leur clientèle et ils interviennent lorsque la situation le nécessite. La thématique de la maltraitance est aussi intégrée à leur programmation, notamment par des séances d'information sur les différentes formes qu'elle revêt.</i></p> <p><i>La Trousse SOS Abus, préparée par l'Association québécoise de défense de droits des personnes retraitées et préretraitées et par le Réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés, est utilisée par un bon nombre d'organismes de la région, dont les centres de jour.</i></p> <p><i>Le Programme Aîné-Avisé est, pour sa part, le fruit d'une collaboration du Réseau FADOQ (Fédération de l'Âge d'Or du Québec), de la Sûreté du Québec et du CSSS Cavendish.</i></p>	

Enfin, le choix stratégique 3.3 visant à *Accompagner et soutenir les proches aidants* intègre diverses actions spécifiques. Toutefois, l'une d'elles, d'ordre général, s'adresse à un bon nombre de services, programmes et intervenants.

<p>OBJECTIFS DES CENTRES DE JOUR</p>	<p>CHOIX STRATÉGIQUE 3.3 ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LES PROCHES AIDANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encourager la mobilisation des organismes venant en aide aux proches aidants par le soutien des Appuis régionaux.
<p><i>À l'instar de l'organisme national, les Appuis régionaux visent la mobilisation des acteurs régionaux autour des enjeux liés aux proches aidants et souhaitent établir des solutions pour les clientèles atteintes de la maladie d'Alzheimer et celles ayant des déficits cognitifs ou toutes autres formes de dégénérescence physiques ou mentales liées au vieillissement. À cette fin, les Appuis régionaux verront à appuyer financièrement divers projets favorisant le soutien aux proches aidants des aînés présentant ces problématiques.</i></p> <p><i>Étant donné que les centres de jour de la région s'adressent non seulement aux aînés, mais également aux proches aidants, des projets particuliers pourraient voir le jour avec le soutien financier des appuis régionaux. Ces projets pourraient offrir l'occasion d'explorer de nouvelles avenues pour alléger la tâche des aidants des clientèles ciblées, déjà très bien connues des centres de jour de la région.</i></p>	

5.3 DÉMARCHE DE PRIORISATION

- À partir du contenu de la programmation des CJ, un exercice de priorisation a permis de convenir d'un certain nombre d'activités et d'interventions qui seraient à privilégier au cours des prochaines années. Afin de convenir d'un ordre de priorité, les membres du comité de travail ont été invités à coter les différentes activités recensées et regroupées pour chacun des objectifs. Une échelle de 1 à 4 (du plus bas au plus élevé) a été utilisée afin d'apprécier chaque activité de groupe ou individuelle selon cinq paramètres (l'outil utilisé se trouve à l'annexe 3);
- L'activité est adaptée à la clientèle cible;
- L'activité est en lien avec les résultats attendus;
- L'activité est efficace (efficacité perçue);
- L'activité est cohérente avec la politique du MFA;
- L'activité est cohérente avec la vision du futur (telle que définie dans la présente démarche).

Les résultats de cet exercice constituent le point de départ à une réflexion plus approfondie. En effet, il serait opportun de documenter les activités ou les interventions qui seraient particulièrement efficaces ou prometteuses pour la clientèle ciblée en tenant compte de leurs caractéristiques spécifiques. Ainsi, des données complémentaires, issues de recherches ou de recensions des écrits, pourront enrichir cette base d'information.

Le tableau suivant présente sommairement les résultats de l'exercice visant à identifier des activités et des interventions de groupe et individuelles retenues au nombre des priorités pour chacun des objectifs.

OBJECTIFS POURSUIVIS	ACTIVITÉS	
	DE GROUPE	INDIVIDUELLES
Objectif 1 : Promouvoir la santé globale de la personne âgée.	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de promotion de la santé (ex. saines habitudes de vie, etc.). • Enseignement sur la santé et le vieillissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination contre l'influenza. • Enseignement sur la santé et le vieillissement. • Encouragement de gestes autonomes.
Objectif 2 : Prévenir la détérioration de l'état de santé biopsychosociale de la personne âgée.	<ul style="list-style-type: none"> • Activités physiques et mise en forme. • Programme ÉquiLIBRE. • Activités de stimulation cognitive et stimulation des fonctions mentales supérieures. 	<ul style="list-style-type: none"> • Détection de situations à risques (repérage). • Identification des facteurs de risque (dépistage),
Objectif 3 : Maintenir et améliorer l'autonomie biopsychosociale des usagers de sorte qu'ils puissent demeurer dans leur milieu de vie naturel.	<ul style="list-style-type: none"> • Activités physiques. • Activités psychomotrices (association, observation). • Stimulation cognitive et stimulation des fonctions mentales supérieures. • Activités psychoéducatives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation professionnelle. • Plan d'intervention et suivi individualisés. • Références au besoin vers d'autres services ou programmes.

OBJECTIFS POURSUIVIS	ACTIVITÉS	
	DE GROUPE	INDIVIDUELLES
Objectif 4 : Maintenir les habiletés sociales des personnes qui ne sont plus en mesure de s'intégrer socialement dans leur communauté.	<ul style="list-style-type: none"> • Activités psychosociales (groupes de discussion et d'échanges; activités de réminiscence). 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions psychosociales.
Objectif 5 : Prévenir l'épuisement des proches aidants qui ont à leur charge des personnes âgées en perte d'autonomie avec des déficits cognitifs ou physiques.	<ul style="list-style-type: none"> • Répét au proche aidant (par la présence de l'aîné au centre de jour). 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien et suivi au proche aidant (concernant la situation de la personne âgée).

6. ÉQUIPE DE BASE EN CENTRE DE JOUR

Pour réaliser les activités et les interventions définies ci-dessus et pour assurer le bon fonctionnement du programme du CJ, les membres du comité ont convenu du type d'intervenants à intégrer au sein d'une équipe de base en CJ. Ainsi, l'équipe devrait compter les membres du personnel suivants :

- Technicien en éducation spécialisée;
- Infirmier;
- Intervenant en réadaptation;
- Intervenant psychosocial;
- Intervenant pour les soins d'assistance (préposé aux bénéficiaires ou auxiliaire en services de soins et de santé).

L'équipe de base doit également compter sur un conducteur de minibus ainsi que sur un agent administratif pour assurer le soutien administratif que requiert ce programme.

Finalement, l'équipe ne serait pas complète sans l'apport de personnes qui assument les fonctions de coordination et de gestion du CJ.

7. RECOMMANDATIONS

L'ensemble des résultats découlant de la présente démarche de révision de l'offre de services a conduit les membres du comité de travail à formuler un certain nombre de recommandations. Celles-ci concernent divers éléments du programme, dont la clientèle cible, les services à offrir, l'équipe de base, la formation du personnel, la diffusion, le suivi et le monitoring à réaliser dans une perspective d'évaluation ainsi que l'avancement des connaissances.

Les lignes qui suivent exposent ces recommandations pour chacun des volets énoncés.

CONCERNANT LA CLIENTÈLE CIBLE

- ✦ Fournir des **balises claires** au personnel des guichets d'accès pour l'inscription aux CJ, particulièrement pour les personnes âgées de moins de 65 ans présentant un profil gériatrique;
- ✦ Utiliser le **SMAF social**, en complément d'information, pour les aînés ayant un **ISO-SMAF 1 ou 2**.

CONCERNANT LES SERVICES

- ✦ **Privilégier les activités de groupe**, particulièrement **celles qui s'avèrent efficaces ou plus profitables**²⁶ aux participants, selon les objectifs poursuivis;
- ✦ **Déterminer les activités individuelles à privilégier**, en lien avec les besoins de la clientèle, le tout dans un **souci d'efficience** des services de SAD;
- ✦ Dans une perspective de **pratiques cliniques préventives (PCP)**, intégrer davantage de **programmes de promotion de la santé** (sensibilisation et éducation) et documenter les stratégies à privilégier pour en faciliter la mise en œuvre auprès personnes ayant des atteintes cognitives;
- ✦ Développer **des programmes de type psychoéducatif**, basés sur des activités pratiquées par les équipes, en lien avec les objectifs poursuivis;
- ✦ Documenter **l'efficacité en ce qui a trait à la manière d'offrir les services**. À titre d'exemple, la pertinence de former des **groupes homogènes ou hétérogènes**, particulièrement pour la clientèle présentant des troubles cognitifs;
- ✦ **Élaborer des « projets inspirants »** à petite échelle, dans l'esprit de la politique *Viellir et vivre ensemble; Chez-soi, dans sa communauté, au Québec* afin de développer des initiatives pouvant s'avérer utiles à l'ensemble de la région. La

26. Afin de dégager ce qui apparaît profitable, il est nécessaire de documenter de manière approfondie l'efficacité des activités et des interventions ou ce qui semble le plus prometteur pour la clientèle visée. Des activités de recherche seront nécessaires pour faire le point sur ces aspects.

contribution du SAD et de partenaires du milieu peut être des plus utiles lors de la mise en œuvre de ce type de projets qui s'ajoutent à la programmation actuelle;

- ✦ Revoir **les outils de communication** pour faciliter les échanges entre les services du SAD ainsi qu'avec les autres partenaires du réseau.

CONCERNANT L'ÉQUIPE DE BASE

- ✦ **Maintenir une coordination au sein des équipes** des CJ afin **d'optimiser la cohérence de l'ensemble des interventions** qui y sont offertes. À cet égard, il est important de revoir les processus pour retenir ceux qui semblent plus appropriés, plus utiles et qui permettent de **maintenir une cohésion et un bon esprit d'équipe**;
- ✦ **Favoriser une équipe interdisciplinaire** dont la formation est basée sur des intervenants de disciplines diversifiées, complémentaires entre elles. Le **niveau « professionnel » est à privilégier** de manière à répondre adéquatement à l'ensemble des besoins complexes des aînés;
- ✦ Privilégier des horaires à temps complet pour le personnel afin de favoriser une meilleure continuité des services et le suivi avec la clientèle (aînés et proches aidants), mais également avec les collègues des équipes des CJ et du SAD.

CONCERNANT LA FORMATION DU PERSONNEL

- ✦ Prévoir de la **formation sur l'utilisation du SMAF social** de manière à l'utiliser en complément à l'OEMC (et au SMAF);
- ✦ Documenter **les autres besoins de formation** des membres du personnel, étant donné les **multiples besoins** des aînés. Des besoins de formation relativement aux approches de groupes ont été identifiés spécifiquement dans le cadre de la présente démarche.

CONCERNANT LA DIFFUSION DU PROGRAMME

- ✦ Prévoir une **diffusion du programme de CJ** à l'intérieur des réseaux locaux de services afin de le faire connaître aux partenaires en situant ses objectifs et ses services à l'intérieur du continuum de services offerts aux aînés. Un **plan de communication** pourrait être développé à cette fin.

CONCERNANT LE SUIVI ET LE MONITORAGE DU PROGRAMME

- ✦ Développer des outils de suivi et de monitoring permettant de bien documenter chacune des composantes du programme, notamment en ce qui a trait **aux**

résultats de mise en œuvre ainsi que **ceux à court et à moyen termes**. Un tel suivi apporterait une valeur ajoutée très utile à la compréhension de ce programme.

CONCERNANT L'AVANCEMENT DES CONNAISSANCES

- **Améliorer l'état des connaissances** en contribuant, sous différentes formes, à des projets de recherche. Ces projets pourraient porter notamment sur **l'efficacité de certaines activités** pour répondre au mieux aux caractéristiques des aînés en fonction des objectifs poursuivis;
- Le **répit aux proches aidants** est un sujet qui mérite d'être exploré et documenté sous différentes facettes. Le vieillissement de la population force chacun des organismes et des établissements à faire preuve de créativité et d'imagination, notamment en ce qui a trait à la nature et à la forme de soutien à apporter aux proches aidants.

ANNEXE 1

DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE UTILISATRICE DES CENTRES DE JOUR POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE LA RÉGION À PARTIR DES PROFILS ISO-SMAF

PROFILS ISO-SMAF DES PARTICIPANTS EN CENTRES DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES²⁷

PROFILS ISO-SMAF	CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE				PORTNEUF	CHARLEVOIX		CSSS DE QUÉBEC-NORD				JEFFERY HALE-	TOTAL
	LIMOILOU	JOS VILLENEUVE	STE-FOY-SILLERY-LAURENTIEN	NOTRE-DAME DE LOURDES	PORTNEUF	RIV-ÂGE	PAULIN GIRARD	ILE D'ORLÉANS. STE-ANNE DE BEAUPRÉ	BEAUPORT	LA SOURCE	JACQUES CARTIER	SCLA	
1- Atteinte domestique	9	8	12	13	8	5	5	15	18	15	37	6	151
	TOTAL = 42					TOTAL = 10		TOTAL = 85					
2- Atteinte domestique	3	3	3	1	4	2	2	3	5	5	3	5	39
	TOTAL = 10					TOTAL = 4		TOTAL = 16					
3- Atteinte domestique	2	2	6	2	3	1	0	0	2	5	7	0	30
	TOTAL = 12					TOTAL = 1		TOTAL = 14					
4- Atteinte motrice	11	3	20	8	6	2	6	4	7	8	10	5	90
	TOTAL = 42					TOTAL = 8		TOTAL = 29					
5- Atteinte mentale	5	11	16	6	5	7	5	5	9	7	13	2	91
	TOTAL = 38					TOTAL = 12		TOTAL = 34					
6- Atteinte motrice	3	2	14	11	3	1	0	1	4	5	6	1	51
	TOTAL = 30					TOTAL = 1		TOTAL = 16					
7- Atteinte mentale	6	7	19	5	9	5	1	4	10	13	12	3	94
	TOTAL = 37					TOTAL = 6		TOTAL = 39					

27. Il est à noter que les données de ce tableau ne constituent pas la totalité de la clientèle de chacun des centres de jour, mais une portion (environ 60 %) qui permet, somme toute, de tracer un portrait de la clientèle utilisatrice.

PROFILS ISO-SMAF	CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE				PORTNEUF	CHARLEVOIX		CSSS DE QUÉBEC-NORD				JEFFERY HALE-	TOTAL
	LIMOILOU	JOS VILLENEUVE	STE-FOY-SILLERY-LAURENTIEN	NOTRE-DAME DE LOURDES	PORTNEUF	RIV-ÂGE	PAULIN GIRARD	ILE D'ORLÉANS. STE-ANNE DE BEAUPRÉ	BEAUPORT	LA SOURCE	JACQUES CARTIER	SCLA	
8- Atteinte mentale	5	6	8	5	3	2	0	1	2	7	4	2	45
	TOTAL = 24					TOTAL = 2		TOTAL = 14					
9- Atteinte motrice	1	4	1	0	3	2	0	1	2	0	7	1	22
	TOTAL = 6					TOTAL = 2		TOTAL = 10					
10- Atteinte mentale	1	2	9	0	2	0	0	0	2	1	2	0	19
	TOTAL = 12					TOTAL = 0		TOTAL = 5					
11- Atteinte mixte : mentale et mobilité	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	5
	TOTAL = 3					TOTAL = 0		TOTAL = 1					
12- Atteinte mixte : mentale et mobilité	1	1	5	0	4	0	0	2	1	2	1	0	16
	TOTAL = 7					TOTAL = 0		TOTAL = 5					
13- Atteinte mixte+ mentale - dépendant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	TOTAL = 0					TOTAL = 0		TOTAL = 1					
14- Atteinte mixte+ mentale - dépendant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL = 0					TOTAL = 0		TOTAL = 0					
TOTAL PAR CENTRE DE JOUR	47	49	116	51		27	19	36	62	69	103		
TOTAL POUR LE TERRITOIRE	263				51	46		270				25	655

ANNEXE 2

DÉFINITION DU PROFIL GÉRIATRIQUE

MISE EN CONTEXTE

Le comité directeur de l'entente multipartite PALV a sollicité l'expertise du CEVO afin de pouvoir se doter régionalement d'une définition de « profil gériatrique », dans le cadre des travaux reliés à ce type de clientèle. Le comité regroupant les gériatres de la région de la Capitale-Nationale a adopté unanimement le 20 octobre 2009, la définition suivante :

DÉFINITION DU PROFIL GÉRIATRIQUE²⁸

« La personne qui présente un profil gériatrique est généralement très âgée. Elle a des besoins dans plusieurs dimensions de sa vie, ce qui implique que son équilibre biopsychosocial est rompu ou risque d'être rompu. Elle présente un ou plusieurs syndromes gériatriques (instabilité posturale, incontinence, immobilité, iatrogénie, troubles de l'intellect, etc.) et une ou plusieurs autres conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque, HTA, insuffisance rénale, etc.). Leurs présences entraînent des atteintes fonctionnelles qui nécessitent l'intervention d'une équipe interdisciplinaire. »

28. Extrait du compte rendu de la rencontre des gériatres de la Capitale-Nationale du 3 juin 2009, et adopté à l'unanimité lors de la rencontre du 20 octobre 2009 au CHA (Hôpital Saint-Sacrement).

ANNEXE 3

GRILLE SERVANT À LA PRIORISATION DES ACTIVITÉS

Principaux éléments à considérer pour compléter ce tableau

- 1) La cotation de 1 à 4 indique un score du plus bas (1) au plus haut (4)
- 2) Pour chacun des objectifs visés et pour chaque catégorie d'activités pour laquelle vous devez vous prononcer, les critères suggérés vont dans le sens suivant. [Pour chaque critère, une question en italique est ajoutée pour vous aider à vous prononcer à titre d'expert].
 - ⇒ **Adapté à la clientèle cible** : *Cette catégorie d'activités est-elle adaptée à la clientèle cible du centre de jour?*
 - ⇒ **En lien avec les résultats attendus** : *Cette catégorie d'activités est-elle cohérente (ou fait-elle du sens) avec les résultats anticipés (à court et moyen terme) pour la clientèle ciblée? (voir les résultats à court et moyen terme du modèle logique si nécessaire)*
 - ⇒ **Efficacité perçue** : *Selon votre expérience, cette catégorie d'activités semble-t-elle efficace (selon l'investissement de temps et d'énergie que vous et/ou votre équipe y consacrez par rapport aux résultats observés chez la clientèle)?*
 - ⇒ **Cohérence avec la politique** (celle du MFA entre autres) : *À votre connaissance, cette catégorie d'activités est-elle retenue dans les priorités gouvernementales (MFA, MSSS) pour les prochaines années?*
 - ⇒ **Cohérence avec la vision future** : *Cette catégorie d'activités est-elle en lien avec la vision régionale (que nous sommes à définir) pour les centres de jour pour les années à venir?*

Une fois complété, vous pouvez me retourner le tableau à mon adresse courriel : michele.paradis@ssss.gouv.qc.ca

Merci de votre collaboration!

OBJECTIF 1 : PROMOUVOIR LA SANTÉ GLOBALE DE LA PERSONNE

ACTIVITÉS		ADAPTÉES À LA CLIENTÈLE CIBLE	EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS ATTENDUS	EFFICACITÉ PERÇUE	COHÉRENCE AVEC POLITIQUE (MFA)	COHÉRENCE AVEC LA VISION FUTURE	TOTAL
DE GROUPE	ACTIVITÉS PROMOTIONNELLES DE SENSIBILISATION	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ENSEIGNEMENT SUR LA SANTÉ ET LE VIEILLISSEMENT	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
INDIVIDUEL	ENSEIGNEMENT SUR LA SANTÉ ET LE VIEILLISSEMENT	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ENCOURAGEMENT DE GESTES AUTONOMES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	INFORMATION DIVERSE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

ACTIVITÉS EN LIEN AVEC LA POLITIQUE DU MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS [CES ACTIVITÉS SONT ASSOCIÉES ÉGALEMENT À L'OBJECTIF 2]

ACTIVITÉS	ADAPTÉES À LA CLIENTÈLE CIBLE	EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS ATTENDUS	EFFICACITÉ PERÇUE	COHÉRENCE AVEC POLITIQUE (MFA)	COHÉRENCE AVEC LA VISION FUTURE	TOTAL
PROGRAMME ÉQUILIBRE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
DES THÉMATIQUES ET DES CAPSULES SUR LES SAINES HABITUDES DE VIE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
LES MÉDICAMENTS : OUI... NON... MAIS !	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
LA VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

OBJECTIF 2 : PRÉVENIR LA DÉTÉRIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE

ACTIVITÉS		ADAPTÉES À LA CLIENTÈLE CIBLE	EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS ATTENDUS	EFFICACITÉ PERÇUE	COHÉRENCE AVEC POLITIQUE (MFA)	COHÉRENCE AVEC LA VISION FUTURE	TOTAL
DE GROUPE	MISE EN FORME ET ACTIVITÉS PHYSIQUES VARIÉES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	GROUPE DE STIMULATION COGNITIVE ET STIMULATION DES FONCTIONS MENTALES SUPÉRIEURES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ACTIVITÉ DE DEXTÉRITÉ FINE, D'ASSOCIATION ET D'OBSERVATION	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	MUSICOTHÉRAPIE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ZOTHÉRAPIE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
INDIVIDUEL	DÉTECTION DE SITUATIONS À RISQUE ET DÉPISTAGE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ DE DIFFÉRENTES NATURES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ENCADREMENT-ENSEIGNEMENT-SOUTIEN LORS DE DIVERSES SITUATIONS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	INTERVENTION PSYCHOSOCIALE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

OBJECTIF 3 : MAINTENIR ET AMÉLIORER L'AUTONOMIE BIOPSYCHOSOCIALE DES USAGERS DE SORTE QU'ILS PUISSENT DEMEURER DANS LEUR MILIEU DE VIE NATUREL

ACTIVITÉS		ADAPTÉES À LA CLIENTÈLE CIBLE	EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS ATTENDUS	EFFICACITÉ PERÇUE	COHÉRENCE AVEC POLITIQUE (MFA)	COHÉRENCE AVEC LA VISION FUTURE	TOTAL
DE GROUPE	CLASSES D'EXERCICES ET ACTIVITÉS PHYSIQUES VARIÉES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ACTIVITÉS PSYCHOMOTRICES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ACTIVITÉS DE DEXTÉRITÉ FINE ET DE CRÉATIVITÉ	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ACTIVITÉS DE STIMULATION COGNITIVE ET STIMULATION DES FONCTIONS MENTALES SUPÉRIEURES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	DISCUSSIONS SUJETS VARIÉS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	JEUX D'HABILITÉS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ACTIVITÉS DE DEXTÉRITÉ, D'ASSOCIATION ET D'OBSERVATION	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	MUSICOTHÉRAPIE – CHANTS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ZOOTHÉRAPIE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
INDIVIDUEL	ENSEIGNEMENT INDIVIDUEL	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	EXAMEN CLINIQUE ET SOINS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	PHYSIOTHÉRAPIE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ERGOTHÉRAPIE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ACCOMPAGNEMENT À LA MARCHÉ	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ SITUATIONS DIVERSES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	PARTICIPATION AUX TÂCHES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	OBSERVATIONS DES AÎNÉS PAR LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	GESTION DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

OBJECTIF 4 : MAINTENIR LA SOCIALISATION DES PERSONNES ÂGÉES QUI NE SONT PLUS EN MESURE DE S'INTÉGRER SOCIALEMENT DANS LEUR COMMUNAUTÉ

ACTIVITÉS		ADAPTÉES À LA CLIENTÈLE CIBLE	EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS ATTENDUS	EFFICACITÉ PERÇUE	COHÉRENCE AVEC POLITIQUE (MFA)	COHÉRENCE AVEC LA VISION FUTURE	TOTAL
DE GROUPE	ACTIVITÉS COGNITIVES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ÉCHANGES ET ACTIVITÉS AXÉES SUR L'EXPRESSION	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ACTIVITÉS DE DEXTÉRITÉ FINE ET DE CRÉATIVITÉ – ASSOCIATION ET OBSERVATION	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	MUSICOTHÉRAPIE-CHANTS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ZOOTHÉRAPIE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	GROUPE DE STIMULATION COGNITIVE ET STIMULATION DES FONCTIONS MENTALES SUPÉRIEURES	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	DISCUSSIONS SUJETS VARIÉS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	CLASSES D'EXERCICES ET JEUX D'HABILETÉS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
INDIVIDUEL	VALORISATION, ENCOURAGEMENT	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	INTERVENTION PSYCHOSOCIALE	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

OBJECTIF 5 : PRÉVENIR L'ÉPUISEMENT DES PROCHES AIDANTS QUI ONT À LEUR CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE AVEC DES DÉFICITS COGNITIFS ET/OU PHYSIQUES.

ACTIVITÉS		RÉSULTATS ATTENDUS	CLIENTÈLE CIBLE	EFFICACITÉ PERÇUE	COHÉRENCE AVEC POLITIQUE (MFA)	COHÉRENCE AVEC LA VISION FUTURE	TOTAL
DE GROUPE	ACTIVITÉS D'ENTRAIDE (GROUPE D'ENTRAIDE, DE PROCHES AIDANTS)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	FORMATION (APPROCHE RELATIONNELLE DE SOINS, DÉPLACEMENT SÉCURITAIRE DES BÉNÉFICIAIRES)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	INFORMATION (SERVICES ET FORMULES DE RÉPIT, SERVICES EXTÉRIEURS AU CENTRE DE JOUR)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
INDIVIDUEL	RÉPIT AU PROCHE AIDANT (VIA LA PRÉSENCE DE L'AÎNÉ AU CENTRE DE JOUR)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	SOUTIEN ET SUIVI DES PROCHES AIDANTS	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
	ENSEIGNEMENT- CONSEILS ET INFORMATION	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	