

Université de Montréal

LES RÉSEAUX DE LA PÉNOMBRE :  
TYPOLOGIE DE L'AIDE REÇUE PAR LES PERSONNES ÂGÉES

Par

Claude Galand

Département d'administration des services de santé  
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
En vue de l'obtention du grade de  
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)

En santé publique option Organisation des soins de santé

Décembre, 2007

© Claude Galand, 2007.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

LES RÉSEAUX DE LA PÉNOMBRE :  
TYPOLOGIE DE L'AIDE REÇUE PAR LES PERSONNES ÂGÉES

Présentée par :

Claude Galand

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

André-Pierre Contandriopoulos PhD  
président-rapporteur

Nicole Leduc PhD  
directeur de recherche

François Béland PhD  
codirecteur

Paul Lamarche PhD  
représentant du département

Joël Ankri PhD (PADIS-GHU Ste-Périne, Paris)  
examineur externe

André-Pierre Contandriopoulos PhD  
représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le : \_\_\_ 10 novembre 2008 \_\_\_

*La vie n'a pas d'âge.  
La vraie jeunesse ne s'use pas.  
On a beau l'appeler souvenir,  
On a beau dire qu'elle disparaît,  
On a beau dire et vouloir dire que tout s'en va,  
Tout ce qui est vrai reste là . . .*

*Jacques Prévert*

## *Remerciements*

*Cette thèse n'aurait pu être menée à terme sans le soutien ni l'apport de nombreuses personnes qui m'ont accompagné tout au long de cette aventure.*

*En premier lieu, un merci tout spécial à Nicole Leduc, ma directrice, qui a cru en ma démarche dès le premier jour où je suis arrivé au département d'administration de la santé. Par la suite, ses encouragements constants et ses conseils ont fait en sorte que cette thèse a pu voir le jour. Je m'en voudrais de passer sous silence le rôle prépondérant que mon co-directeur, François Béland, a su jouer tout au long de ce projet. Sa perspicacité et sa vaste culture des enjeux m'ont beaucoup apporté. À tous les deux, « Merci » encore pour les échanges stimulants que vous avez suscités et qui font que je connais un peu mieux la problématique des personnes âgées.*

*Je tiens à remercier tous les membres de l'équipe, personnel et chercheurs, de « Solidage » qui par leur gentillesse et leur compétence m'ont permis de garder le cap durant toute cette période. Merci également au Groupe de Recherche Solidage qui m'a accordé une bourse pour poursuivre cette démarche doctorale.*

*Parmi les très nombreuses personnes qui m'ont côtoyé, j'aimerais remercier particulièrement Ana Kene pour ses conseils et surtout pour sa grande humanité. Je remercie également tout le personnel du département pour sa bonne humeur qui est toujours présente même quand on a besoin de quoi que ce soit et cela pour hier !*

*Claude Galand*

## **SOMMAIRE**

Nous nous sommes intéressés à l'analyse et à la mise à jour d'une typologie de l'aide reçue par les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Cette étude secondaire s'est basée sur les données recueillies dans deux milieux francophones, Hochelaga-Maisonneuve (HM) et Moncton (MCT). La collecte de données avait été faite par l'entremise d'un questionnaire administré par entrevue face à face.

Les deux objectifs, de cette thèse sont :

- 1) Établir une typologie des réseaux d'aide, résultant de la combinaison des sources d'aide et des tâches accomplies ;
- 2) Identifier les principaux déterminants d'appartenance aux réseaux.

La typologie obtenue met en relation les ressources, formelles ou informelles, utilisées par les personnes âgées et l'aide instrumentale reçue. La capacité ou l'incapacité à effectuer neuf activités de la vie quotidienne et huit de la vie domestique ont servi à évaluer l'aide reçue. Six ressources formelles et dix informelles ont été examinées selon qu'elles étaient les 1<sup>ères</sup>, 2<sup>èmes</sup> ou 3<sup>èmes</sup> sources d'aide utilisées par les personnes âgées.

L'approche privilégiée s'est inspirée de celle des réseaux sociaux et du modèle de Pescosolido. C'est l'influence des caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées, de leurs états de santé, de leurs habitudes de vie sur leurs réseaux qui nous ont intéressés.

Les résultats sont présentés à chaque fois pour nos deux milieux séparément. Nous commençons par un descriptif des sources d'aide utilisées et des aides reçues. Puis les profils des sources d'aide utilisées et des activités accomplies sont exposés pour l'ensemble des personnes âgées. Ces profils servent de base pour obtenir notre typologie.

Elle comprend cinq catégories. Ces catégories sont toutes composées de personnes âgées faisant appel à de l'aide formelle, informelle ou mixte pour accomplir des tâches uniques ou multiples.

La première catégorie « Transitoire », comprend 39% (HM) et 46% (MCT) des personnes âgées qui débute un processus d'incapacité. Elles font appel à des ressources informelles pour accomplir une tâche unique. La deuxième catégorie « Personnes âgées seules » en rassemble 14% (HM et MCT), majoritairement des femmes, avec peu d'incapacités. Ces dernières utilisent de l'aide formelle pour une tâche unique. La troisième catégorie « Familiale » regroupe 12% (HM et MCT) des personnes âgées bien entourées qui ont plusieurs incapacités. Ces gens font appel à des sources d'aide informelles pour réaliser des tâches multiples. La quatrième catégorie « Très fragile » rassemble 30% (HM) et 25% (MCT) des personnes âgées peu entourées ayant beaucoup d'incapacités. Elles utilisent des ressources d'aide mixtes pour effectuer des tâches multiples. La cinquième catégorie « Pré institutionnel » comprend 4% (HM et MCT) des personnes âgées qui ont le plus d'incapacités et qui sont seules. Ces gens font appel à de l'aide formelle pour des tâches multiples. Les déterminants d'appartenance à ces catégories proviennent des blocs sociodémographiques, état de santé et réseaux sociaux de notre modèle théorique.

Une des contributions importantes de cette thèse a été de pouvoir identifier cinq catégories bien distinctes composant une typologie de l'aide reçue, indépendamment du milieu, par des personnes âgées vivant à domicile.

**MOTS CLÉS :** Typologie, réseaux sociaux, personnes âgées, services de soins, formels, informels, aides reçues, sources d'aide, incapacités, déterminants d'appartenance, fragilité.

## **SUMMARY**

We have been interested in the analysis and the elaboration of a typology concerned by elderlies' support, 65 years and older living at home. This secondary study was based on data collected in two different francophone cities, Hochelaga-Maisonneuve (HM) and Moncton (MCT). Interviews "face to face" were conducted.

The objectives were:

- 1) Establish a typology of supports networks putting in relation the support resources and the activities done by these resources,
- 2) Identify the belonging criteria for these networks.

The typology puts into relation the resources, formal or informal, utilised by the elderlies and the instrumental aid received. The fact that elderlies were able or not able to perform, at least for one of the nine daily activities or of the eight domestic ones, was used to evaluate the support received. Six formal and ten informal resources utilized by the elderlies were looked at in terms of 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup> or 3<sup>rd</sup> resources.

Social network approach and Pescosolido's model were used. Sociodemographic characteristics, health status and way of life of the elderlies' networks, were the main parameters in which we were concerned.

The results are presented for the two environments separately. We start by describing the aid resources used and their different tasks done for the elderlies. Then, we show the different aid resources' profiles associated to the activities' profiles for the two populations. These profiles are the basis of our typology. It is composed of five categories. They refer to formal, informal or mixed help in order to do single or multiple activities.

The first category “Transient” has 39% (HM) and 46% (MCT) of elderlies who start to have significant incapacity. They use informal support for a unique task. The second category “Singles” correspond to 14% of HM or MCT. They are mostly women with little incapacity. They use formal help for a unique task. The third category “Family” regroup 12% of HM or MCT with more incapacities. They are well supported by their family members. They use informal help for multiple activities. The fourth category “Fragile” has 30% (HM) and 25% (MCT) of elderlies with lots of incapacities. They have less family members to help them and they use mixed (informal – formal) support to be able to do multiple tasks. The fifth category “Pre-Institutional” is composed of 4% (HM or MCT) elderlies how are the most handicapped. They are by themselves and they use formal support to do multiple tasks.

One of the most important goals of this thesis was to be able to construct a typology of the aid received by elderlies, living at home, in two different environments and to define five very distinct categories in relation with the type of resources.

**Key words:** Typology, social networks, elderly, support, help, formal, informal, health services, frailty, incapacity.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
I- OBJECTIFS .....	2
II- RESSOURCES .....	2
<i>Disponibilité des ressources informelles .....</i>	2
<i>Rôle des institutions et intégration des services formels .....</i>	4
<i>Secteurs formels et informels et modèles d'utilisation de l'aide.....</i>	6
III- RÉSEAUX .....	7
<i>Réseaux sociaux et soutien social.....</i>	7
<i>Essais précédents de typologie .....</i>	10
IV- APPROCHE .....	11
<b>CHAPITRE 1 : ÉTAT DES CONNAISSANCES.....</b>	<b>14</b>
I- RECHERCHE DE L' AIDE.....	17
<i>Relations interpersonnelles.....</i>	20
<i>Processus décisionnel.....</i>	22
II- CONTENU SOCIAL .....	24
<i>Facteurs sociodémographiques .....</i>	24
Sexospécificité.....	24
État matrimonial .....	28
Famille.....	31
<i>Vieillir en communauté.....</i>	34
<i>Environnement socio-économique et politique.....</i>	36
Influence socioéconomique .....	37
Changement politique et social.....	41
III- ÉTAT DE SANTÉ .....	43
<i>Bien-être et relations sociales.....</i>	43
<i>Santé, Réseaux sociaux et Habitudes de vie .....</i>	44
<i>État de santé / Fragilité / Incapacité .....</i>	48
<i>L'incapacité comme barrière à l'accès aux services .....</i>	57
IV RESSOURCES DISPONIBLES.....	59
<i>Rôle des acteurs.....</i>	59
<i>Secteur informel.....</i>	61
Aidants naturels .....	61
Aidants naturels et Agences.....	63
Personnes âgées et personnes soutien .....	65
<i>Secteur Formel.....</i>	68
Accessibilité / Engorgement institutionnel .....	68
Disparité des services et division des tâches entre les acteurs du réseau social .....	71
<i>Ressources formelles et informelles, complémentarité, substitution, évolution.....</i>	73
V RÉSEAUX SOCIAUX .....	77
<i>Réseaux sociaux : Structure, Fonctions, Contenu relationnel.....</i>	77
<i>Diversité d'approches.....</i>	81
<i>Fonction intégration : soutien social.....</i>	83
<i>Modèles retenus.....</i>	86
<i>Description des réseaux sociaux.....</i>	89
VI TYPOLOGIE DES RÉSEAUX DES PERSONNES ÂGÉES.....	93
<i>Principaux essais de typologies .....</i>	94
<i>Typologie et sources d'aide formelles ou informelles disponibles .....</i>	99
<i>Typologie et aide reçue.....</i>	105
<i>Évolution des réseaux.....</i>	112
<i>Essai de comparaison.....</i>	113

<b>CHAPITRE 2 : CADRE D'ANALYSE .....</b>	<b>117</b>
<b>CHAPITRE 3 : MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>125</b>
I- CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	125
II- COLLECTE DES DONNÉES .....	125
<i>Instruments de mesure</i> .....	126
III- VARIABLES .....	129
IV- POPULATIONS ÉTUDIÉES ET ÉCHANTILLONS .....	134
<i>Contexte populationnel général 1996-2006.....</i>	<i>134</i>
<i>Hochelaga-Maisonneuve .....</i>	<i>134</i>
Environnement.....	134
Population étudiée et échantillon.....	135
<i>Moncton.....</i>	<i>136</i>
Environnement.....	136
Population étudiée et échantillon.....	137
<i>Caractéristiques des deux échantillons à l'étude .....</i>	<i>138</i>
Âge et sexospécificité .....	138
État civil.....	140
Éducation.....	141
Statut économique .....	142
Satisfaction envers la vie .....	143
Santé perçue.....	143
Maladies chroniques .....	144
Répartition des incapacités .....	145
Conditions d'habitation.....	146
<i>Habitudes de vie .....</i>	<i>161</i>
Consommation de cigarettes.....	161
Consommation d'alcool.....	161
Activité physique et Diète.....	161
<i>Vie sociale et entourage.....</i>	<i>161</i>
Membre d'une association.....	161
Nombre d'amis .....	162
Confidants.....	162
Famille.....	162
Frères et sœurs.....	162
Nombre d'enfants.....	163
<i>Résumé des caractéristiques des deux échantillons.....</i>	<i>163</i>
V- MÉTHODOLOGIE .....	166
<i>Établissement du profil de chaque personne âgée.....</i>	<i>166</i>
VI- ANALYSE DES DONNÉES .....	169
<i>Approche typologique : 1<sup>er</sup> Objectif.....</i>	<i>169</i>
Analyse des correspondances .....	169
<i>Approche pour l'identification des déterminants d'appartenance : 2<sup>e</sup> Objectif.....</i>	<i>173</i>
Régression logistique.....	173
VII – RÉSULTATS .....	176
<i>Descriptif des sources d'aide utilisées et des aides reçues.....</i>	<i>176</i>
Fréquences des sources d'aide utilisées et des aides reçues par les personnes âgées.....	176
1- Hochelaga-Maisonneuve.....	179
2- Moncton .....	179
3- Comparaisons des deux échantillons.....	180
<i>Répartitions des tâches réalisées et des sources d'aide utilisées selon les incapacités exprimées....</i>	<i>185</i>
1- Hochelaga Maisonneuve .....	185
2- Moncton .....	187
<i>Répartition des profils de sources d'aide en fonction des profils d'activités accomplies.....</i>	<i>188</i>
1- Hochelaga-Maisonneuve .....	189
2- Moncton .....	195

<i>Résultats typologiques</i> .....	202
Typologies obtenues .....	206
1- Hochelaga Maisonneuve .....	208
Résumé.....	219
2- Moncton .....	223
Résumé.....	237
3- Conclusion .....	238
<i>Déterminants d'appartenance aux réseaux</i> .....	241
1- Hochelaga-Maisonneuve .....	242
Section Sociodémographique .....	243
Section État de santé.....	245
Section Habitudes de vie .....	247
Section Réseaux sociaux .....	248
Aspects objectifs .....	248
Aspect subjectif.....	250
Résumé.....	251
2- Moncton .....	261
Section Sociodémographique .....	261
Section État de santé.....	262
Section Habitudes de vie .....	265
Section Réseaux sociaux .....	265
Aspects objectifs .....	265
Aspect subjectif.....	267
Résumé.....	268
3- Conclusion.....	279
<i>Modèle statistique</i> .....	289
1- Hochelaga-Maisonneuve .....	290
2- Moncton .....	297
3- Conclusion.....	304
<b>CHAPITRE 4 : DISCUSSION</b> .....	<b>305</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>317</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>320</b>
<b>ANNEXE : DÉTAILS DES CODIFICATIONS DES SOURCES D'AIDE ET DES TÂCHES</b> <b>RÉALISÉES.</b> .....	<b>368</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1-IV-0 : Aidant naturel : Importance accordée à chacun des types d'aide en fonction du lien avec l'aidé .....	64
Tableau 1-IV-00 : Répartition des personnes âgées en perte d'autonomie, selon le nombre hebdomadaire d'heures d'aide déclarées, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996 .....	67
Tableau 1-IV-000 : Pourcentage du temps total d'aide déclaré par les personnes âgées en perte d'autonomie, selon la source d'aide, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996 .....	74
Tableau 1-V-1 : Exemple de déterminants caractérisant un réseau social d'une personne âgée .....	92
Tableau 1-VI-1 : Centres d'intérêts selon les auteurs et déterminants principaux d'appartenance aux différentes typologies .....	97
Tableau 1-VI-2 : Résumé des principales typologies de réseaux informels proposées dans la littérature (critères de distinction) .....	98
Tableau 3-II-1 : Instruments de mesures utilisés selon les blocs de notre modèle .....	126
Tableau 3-III-1 : Liste des tâches réalisées selon les types d'activités .....	129
Tableau 3-III-2 : Identification des sources d'aide péétablies et telles que définies dans le questionnaire .....	130
Tableau 3-III-3 : Section du questionnaire où les personnes âgées identifient la première, la deuxième ou la troisième source d'aide .....	130
Tableau 3-III-4 : Résumé des variables indépendantes selon les blocs de notre modèle et des sections correspondantes dans notre questionnaire .....	132
Tableau 3-IV-1 : Répartition des hommes et des femmes au sein de chacun des échantillons ainsi que la moyenne d'âge de chaque catégorie .....	139
Tableau 3-IV-2 : Récapitulatif de l'État civil des individus dans les deux échantillons .....	140
Tableau 3-IV-3 : Pourcentage des épisodes aigus de maladies chroniques à HM & MCT .....	143
Tableau 3-IV-4 : Comparaison du % de P.A. ; Capable, Avec de l'aide, Incapable selon leur environnement HM ou MCT .....	144
Tableau 3-IV-5 : Pourcentage de personnes âgées par nombre de frères et sœurs dans chaque milieu .....	161
Tableau 3-IV-6 : Pourcentage de personnes âgées par nombre d'enfants dans chaque milieu .....	162
Tableau 3-IV-7 : Résumé des caractéristiques des personnes âgées dans nos deux échantillons (Hochelaga-Maisonneuve et Moncton) .....	164

Tableau 3-V-1 : Construction des profils d'activités réalisées et des profils de sources d'aide utilisées et identification des codes pour représenter ces profils .....	167
Tableau 3-VII-2 : HM - Répartition du nombre de personnes âgées selon les incapacités exprimés, la présence d'aide déclarée et les sources d'aide associées aux activités réalisées .....	185
Tableau 3-VII-3 : MCT - Répartition du nombre de personnes âgées selon les incapacités exprimés, la présence d'aide déclarée et les sources d'aide associées aux activités réalisées .....	187
Tableau 3-VII-4 a et b : HM – Nombre de personnes âgées suivant la source d'aide et l'activité réalisée réalisées .....	191
Tableau 3-VII-5 : HM – Répartition, en pourcentage, de l'ensemble des sources d'aide selon les activités réalisées .....	193
Tableau 3-VII-6 a et b : MCT – Nombre de personnes âgées suivant la source d'aide et l'activité réalisée réalisées .....	198
Tableau 3-VII-7 : MCT – Répartition, en pourcentage, de l'ensemble des sources d'aide selon les activités réalisées .....	199
Tableau 3-VII-8 : Nombre de personnes âgées pour les cinq regroupements de sources d'aide en fonction du lieu de l'échantillon (Hochelaga-Maisonneuve ou Moncton) .....	206
Tableau 3-VII-9 : Test du Khi2 ( $\chi^2$ ) pour ce même regroupement des sources d'aide en fonction du lieu de l'échantillon (Hochelaga-Maisonneuve ou Moncton) .....	206
Tableau 3-VII-10 : HM – Contribution des points représentés dans la figure (3-VII-12) selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs .....	209
Tableau 3-VII-11 : HM – Contribution des points colonnes représentés dans la figure (3-VII-13) selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs .....	211
Tableau 3-VII-12 : HM – Résumé des statistiques obtenues pour la figure (3-VII-14) selon l'analyse de correspondance des sources d'aide et des aides reçues .....	215
Tableau 3-VII-13 : MCT – Contribution des points représentés dans la figure (3-VII-17) selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs .....	224
Tableau 3-VII-14 : MCT – Contribution des points colonnes représentés dans la figure (3-VII-18) selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs .....	226
Tableau 3-VII-15 : HM – Résumé des statistiques obtenues pour la figure (3-VII-19) selon les dimensions retenues .....	230
Tableau 3-VII-16 : Effectifs et fréquences des personnes âgées dans nos catégories et dans la population ne requérant pas d'aide, pour HM et MCT .....	238
Tableau 3-VII-17 : HM – Description des variables prédictrices pour les cinq catégories définies par notre typologie et avec la catégorie de référence (0) .....	251

Tableau 3-VII-18 : HM – Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro) .....	255
Tableau 3-VII-19 : MCT – Description des variables prédictrices pour les cinq catégories définies par notre typologie et avec la catégorie de référence (0) .....	268
Tableau 3-VII-20 : MCT – Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro) .....	272
Tableau 3-VII-21 : Contribution de chaque prédicteur retenu pour le modèle d’HM en fonction des différentes catégories .....	289
Tableau 3-VII-22 : Contribution de chaque prédicteur retenu pour le modèle de MCT en fonction des différentes catégories .....	296
Tableau 3-VII-23 : Liste des prédicteurs d’appartenance pour HM et MCT .....	302
Tableau A-1 : Codes pour le regroupement des tâches en fonction de la combinaison des activités d’ordre quotidienne ou domestique qui sont réalisées .....	364
Tableau A-2 : Codes pour le regroupement des profils des sources d’aide utilisées selon qu’elles soient seules, associées à des sources d’aide informelles ou formelles ou à des sources d’aide mixtes .....	365
Tableau A-3 : Codes utilisés pour le regroupement des sources d’aide selon qu’elles soient formelles ou informelles ou mixtes .....	365

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 2-O-1 : Modèle de Pescosolido (1991) adapté pour notre contexte de recherche d'aide .....	120
Figure 2-O-2 : Modèle théorique proposé .....	124
Figure 3-IV-1 : Histogrammes des deux échantillons, HM & MCT, de personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de leur âge et selon le sexe .....	138
Figure 3-IV-2 : HM- Répartition des individus selon leur état matrimonial .....	146
Figure 3-IV-3 : MCT- Répartition des individus selon leur état matrimonial .....	146
Figure 3-IV-4 : HM- Répartition de l'état matrimonial des hommes et des femmes .....	147
Figure 3-IV-5 : MCT- Répartition de l'état matrimonial des hommes et des femmes .....	147
Figure 3-IV-6 : HM- Répartition du niveau d'éducation pour l'ensemble de l'échantillon .....	148
Figure 3-IV-7 : MCT- Répartition du niveau d'éducation pour l'ensemble de l'échantillon .....	148
Figure 3-IV-8 : HM- Répartition du niveau d'éducation pour les hommes et les femmes .....	149
Figure 3-IV-9 : MCT- Répartition du niveau d'éducation pour les hommes et les femmes .....	149
Figure 3-IV-10 : HM- Revenu mensuel des individus composant cet échantillon .....	150
Figure 3-IV-11 : MCT- Revenu mensuel des individus composant cet échantillon .....	150
Figure 3-IV-12 : HM- Revenu mensuel des hommes et des femmes séparément .....	151
Figure 3-IV-13 : MCT- Revenu mensuel des hommes et des femmes séparément .....	151
Figure 3-IV-14 : HM- Répartition du revenu mensuel pour les foyers de cet échantillon .....	152
Figure 3-IV-15 : MCT- Répartition du revenu mensuel pour les foyers de cet échantillon .....	152
Figure 3-IV-16 : HM- Revenu mensuel des foyers où vivent les hommes et les femmes .....	153
Figure 3-IV-17 : MCT- Revenu mensuel des foyers où vivent les hommes et les femmes .....	153
Figure 3-IV-18 : HM- Satisfaction des individus envers leur vie .....	154
Figure 3-IV-19 : MCT- Satisfaction des individus envers leur vie .....	154
Figure 3-IV-20 : HM- Satisfaction des hommes et des femmes envers la vie .....	155
Figure 3-IV-21 : MCT- Satisfaction des hommes et des femmes envers la vie .....	155
Figure 3-IV-22 : HM- Répartition de la santé perçue au sein de cet échantillon .....	156
Figure 3-IV-23 : MCT- Répartition de la santé perçue au sein de cet échantillon .....	156

Figure 3-IV-24 : HM- Répartition de la santé perçue des hommes et des femmes .....	157
Figure 3-IV-25 : MCT- Répartition de la santé perçue des hommes et des femmes .....	157
Figure 3-IV-26 : HM- Cohabitation des personnes âgées dans cet échantillon .....	158
Figure 3-IV-27 : MCT- Cohabitation des personnes âgées dans cet échantillon .....	158
Figure 3-IV-28 : HM- Cohabitation des individus selon leur sexe .....	159
Figure 3-IV-29 : MCT- Cohabitation des individus selon leur sexe .....	159
Figure 3-VI-1 : Schématisation du processus de régression pour l'établissement du modèle final .....	174
Figure 3-VII-1 : Nombre de personnes âgées selon le besoin exprimé [capable avec de l'aide, incapable], la présence d'aide déclarée et l'ensemble des sources d'aide (1 <sup>e</sup> +2 <sup>e</sup> +3 <sup>e</sup> ) utilisées pour réaliser les activités selon les catégories décrites .....	177
Figure 3-VII-2 : HM - Pourcentage des personnes âgées se disant capable, capable avec de l'aide ou incapable d'effectuer les activités de vie quotidienne ou domestique .....	180
Figure 3-VII-3 : HM - Pourcentage des personnes âgées déclarant la présence d'une aide pour leur permettre de réaliser les activités de vie quotidienne ou domestique .....	180
Figure 3-VII-4 : HM - Pourcentage des personnes âgées utilisant une première, une deuxième ou une troisième ressource .....	180
Figure 3-VII-5 : MCT - Pourcentage des personnes âgées se disant capable, capable avec de l'aide ou incapable d'effectuer les activités de vie quotidienne ou domestique .....	181
Figure 3-VII-6 : MCT - Pourcentage des personnes âgées déclarant la présence d'une aide pour leur permettre de réaliser les activités de vie quotidienne ou domestique .....	181
Figure 3-VII-7 : MCT - Pourcentage des personnes âgées utilisant une première, une deuxième ou une troisième ressource .....	181
Figure 3-VII-8 : HM – Répartition des personnes âgées selon le genre et la multiplicité des activités réalisées par les sources d'aide .....	183
Figure 3-VII-9 : MCT – Répartition des personnes âgées selon le genre et la multiplicité des activités réalisées par les sources d'aide .....	183
Figure 3-VII-10 : HM – Répartition des profils de sources d'aide (et du nombre de sources d'aide principales) en fonction des activités réalisées .....	189
Figure 3-VII-11 : MCT – Répartition des profils de sources d'aide (et du nombre de sources d'aide principales) en fonction des activités réalisées .....	196
Figure 3-VII-12 : HM – Distribution des regroupements des sources d'aide, selon qu'elles soient uniques ou multiples ou qu'elles proviennent des secteurs formels, informels ou mixtes .....	208



Figure 3-VII-13 : HM – Distribution des regroupements des aides reçues (points colonnes) selon la complexité des tâches exécutées et la combinaison de l’aspect formel ou informel des sources d’aide utilisées pour les réaliser .....	214
Figure 3-VII-14 : HM – Distribution des aides reçues et des sources d’aide, selon le regroupement des tâches (tableau A-1) et la provenance des ressources (tableau A-3) .....	217
Figure 3-VII-15 : HM – Répartition des sources d’aide .....	220
Figure 3-VII-16 : HM – Pourcentage des personnes âgées selon les tâches réalisées .....	221
Figure 3-VII-17 : MCT – Distribution des regroupements des sources d’aide, selon qu’elles soient uniques ou multiples ou qu’elles proviennent des secteurs formels, informels ou mixtes .....	223
Figure 3-VII-18 : MCT – Distribution des regroupements des tâches en fonction de la combinaison des activités quotidiennes ou domestiques réalisées .....	229
Figure 3-VII-19 : MCT – Distribution des regroupements des tâches et des sources d’aide en fonction de la combinaison des activités quotidiennes ou domestiques réalisées et de la provenance des ressources .....	232
Figure 3-VII-20 : MCT – Répartition des sources d’aide .....	234
Figure 3-VII-21 : MCT – Pourcentage des personnes âgées selon les tâches réalisées ...	235

## **INTRODUCTION**

Le maintien des personnes âgées dans leur communauté reste un défi d'actualité dans les systèmes de santé (OMS, 2002 ; Bergman et Béland, 2002) et particulièrement au Québec avec le réaménagement continu des priorités des institutions de services sociaux et de santé (Trahan et Caris, 2002 ; MSSS, 2001). Dans ce sens, une meilleure compréhension des besoins d'aide, des réseaux sociaux et du soutien spécifiques à cette population peut favoriser l'aménagement de leur environnement et de leur milieu de vie pour adapter et intégrer les services sociaux et de santé selon leur capacité dans la recherche de soutien.

Notre recherche porte sur les relations entre les réseaux d'aide utilisés par les personnes âgées, leurs conditions physiques et sociales, leurs habitudes de vie et le soutien dont elles disposent. Une étude plus approfondie de ces réseaux est porteuse d'informations nous conduisant vers l'établissement d'une typologie de l'aide reçue par les personnes âgées pour effectuer des tâches domestiques ou quotidiennes en fonction des ressources sollicitées. Cette thèse veut ajouter à la connaissance et à la compréhension de la structure et des fonctions de ces réseaux. Elle trouve son origine dans une vaste enquête « Vieillir dans la communauté » débutée en 1995 (Béland, 1998) auprès de plus de 3000 personnes âgées vivant en ménage privé dans deux communautés francophones culturellement différentes. Les résultats de cette recherche permettront d'inventorier les différentes articulations entre les composantes des réseaux d'aide.

## **I- OBJECTIFS**

Nous poursuivons deux objectifs :

- 1) Établir une typologie des réseaux d'aide, auxquels les personnes âgées ont recours, résultant de la combinaison des sources d'aide et des tâches que ces dernières accomplissent ;
- 2) Identifier les principaux déterminants de l'appartenance des personnes âgées aux divers types de réseaux.

Plusieurs facteurs nous ont conduits à définir ces objectifs et à souligner la pertinence de notre recherche. Ces facteurs peuvent se regrouper à l'intérieur de quatre classes de préoccupations : la disponibilité des ressources informelles ; le rôle des institutions et l'intégration des services ; les rapports entre les secteurs formels et informels et les modèles d'utilisation de l'aide ; les réseaux sociaux et le soutien social.

## **II- RESSOURCES**

### **Disponibilité des ressources informelles**

L'aide aux personnes âgées et leur maintien dans la communauté constituent un domaine d'étude en constante évolution (Waidmann et al, 2006; Hadelmann et Lessard, 2000 ; Béland, 1998 ; Martin, 1997) et sont apparus pour plusieurs comme la voie à privilégier (Béland et Shapiro, 1993 ; Lloyd, 1991 ; Kammerman, 1976). La disponibilité des sources d'aide varie d'une région ou même d'un quartier à l'autre selon l'intérêt des acteurs en causes, l'environnement, le degré d'accessibilité des sources d'aide formelles ou informelles et les ressources financières et humaines qui y sont dévolues.

Pour plusieurs instances gouvernementales les sources d'aide provenant des familles ou des amis semblent inépuisables et bon marché (Langa et al, 2006, White, 2001 ; ENDBP, 2000 ; CCNTA, 1999-1997). L'existence présumée d'un vaste secteur d'aide informel a justifié une réorganisation des services destinés aux personnes âgées qui maximise l'intérêt des institutions publiques et politiques sans préoccupation réelle de leurs besoins (Lefebvre, 2003 ; Keating, 2002 ; Baldwin, 1993 ; Gordon et Donald, 1993 ; Meyer-Fehr et Suter, 1992 ; Litwin et Auslander, 1988). Les réseaux sociaux sont aussi invoqués dans le cadre des débats entourant les politiques sociales ou les services de santé destinés aux personnes âgées (Ansello & Rosenthal, 2007; Keating, 2002 ; Litwin et Auslander, 1992). Certains responsables institutionnels et gouvernementaux prennent conscience de la précarité et de la variabilité de ces ressources (famille, amis, voisins) et des coûts sociaux engendrés par leur utilisation (Lavoie et coll., 2007; Kemp et Rosenthal, 2001; Fast et al, 1999; Home Care Nova Scotia, 1997 ; Chappell, 1993). Les personnes aidantes exercent la plupart du temps un travail à plein temps et il y a des coûts personnels importants et sous-jacents à cette aide qui modulent sa pérennité (Keating et coll., 1999 - 2002 ; Haug et coll., 1999 ; Gottlieb et Kelloway, 1995). Cependant, la classe politique continue de s'appuyer, au travers des planifications stratégiques, sur les capacités des ressources informelles et communautaires pour fournir, en partenariat, une grande partie de l'aide destinée aux personnes âgées (MSSS, 2005-3 ; Guberman et Maheu, 2001 ; Good, 2001 ; Stone, 2000 ; Rosenthal et Matthews, 1999 ; Cohen, 1997 ; RRSSS-MC, 1998 ; MSSS, 1998 ; Lesemann et Martin, 1993 ; Twigg, 1993).

Le secteur informel est souvent associé aux réseaux sociaux et à leurs ressources plus altruistes pour prendre en charge les problèmes chroniques à long terme des personnes

âgées (Havens et coll., 2001 ; Phillipson, 1997). Quatre-vingt pour cent (80%) des soins donnés aux personnes âgées provenait de ces ressources informelles (MSSS, 2005; Patriquin, 1998). Les personnes aidantes, provenant des réseaux informels, sont souvent seules à procurer l'aide dont les personnes âgées ont besoin. Ce faisant, elles s'épuisent et font face à des problèmes organisationnels qui limitent leurs capacités d'intervention auprès des personnes âgées (Tennstedt, 1999). Cette situation module les relations entre les proches et les personnes âgées ainsi que la qualité des soins ou de l'aide qui sont dispensées (Hales, 2004 ; Lavoie, 1998 ; Béland, 1992).

### **Rôle des institutions et intégration des services formels**

Le secteur des services de soins formels est divisé entre les soins institutionnels publics, privés et les soins à domicile. Ces derniers font maintenant partie inhérente des planifications et stratégies gouvernementales dans la perspective d'une intégration et d'une meilleure accessibilité des services offerts aux personnes âgées et de diminution des coûts (MSSS, 2007-4, RRSSS-MC, 2003 ; Romanow, 2002 ; MSSS, 2001). Cependant, le manque de coordination entre les différents acteurs prodiguant des soins et de l'aide dans le secteur formel persiste et demeure chronique.

L'accessibilité aux services reste problématique et l'engorgement des urgences, souvent la seule porte d'entrée du système, reflète la difficulté à laquelle font face les personnes âgées pour combler leurs besoins de services. S'ajoutent à cette lacune le manque d'imputabilité des divers responsables, la pénurie des effectifs autant que la diminution des moyens financiers, la fragmentation et la pérennité des programmes proposés aux personnes âgées selon l'institution et le contexte régional (Haggerty et coll., 2004 ; Trottier et coll., 2003 ; Romanow, 2002; Clair, 2000).

L'intégration des services par la mise en place de réseaux et l'établissement d'un meilleur suivi des interventions font régulièrement partie des enjeux au sein des multiples réformes dont font l'objet les systèmes de santé (MSSS, 2003 ; Romanow, 2002 ; Clair, 2000). Les changements de priorités suivant ces réformes et la diminution chronique du panier de services fourni par le secteur public et destiné aux personnes âgées, contribuent à créer une surcharge auprès des sources d'aide disponibles et ajoutent à la confusion informationnelle sur les services disponibles et les moyens de les utiliser.

Bien que le gouvernement fédéral soit le garant des principes de la loi canadienne de la santé (MJC, 1985), la prise en charge des services de santé est une prérogative des gouvernements provinciaux et leurs priorités divergent sensiblement d'une province à l'autre. Leurs approches de gestion des services sont très différentes pour assurer la distribution et l'accessibilité des services et la répartition des ressources financières ou humaines. Les relations avec les secteurs privés ou communautaires ne sont pas abordées selon les mêmes points de vue et le soutien offert au secteur informel est encore plus variable non seulement selon les différents ministères de la santé mais également à un niveau plus microscopique en fonction des stratégies institutionnelles sur le terrain.

Notre recherche d'une typologie des réseaux utilisés par les personnes âgées va aider à favoriser l'intégration et la coordination des divers services qui leur sont offerts. Elle va également permettre aux différents acteurs d'optimiser leurs actions en identifiant et en utilisant le meilleur réseau disponible pour répondre aux besoins des personnes âgées et de mieux comprendre la relation entre les secteurs formels et informels.

## **Secteurs formels et informels et modèles d'utilisation de l'aide**

Notre étude couvre deux grandes zones relatives à la disponibilité des ressources pouvant fournir de l'aide. Elles proviennent soit du secteur formel, soit du secteur informel ou soit des deux. Les possibilités du secteur informel de donner des soins ou de fournir de l'aide sont sensibles aux changements démographiques et sociaux (Martin Matthews A, 2007 ; Boaz et Hu, 1997) et aux services offerts par les secteurs formels afin d'assurer le suivi des soins (Holmes et Deb, 1998). Mais, la relation entre le secteur formel et informel n'est pas toujours très claire de même que le choix fait par les personnes âgées de l'un ou l'autre de ces secteurs. Le recours à l'aide formelle ou informelle est la conséquence du contexte social, des valeurs véhiculées par la communauté et de sa compréhension par les organismes de services (Fassbender, 2001 ; Emerson, 1991) tout autant que de la capacité des aidants à donner les services requis ou à faciliter leur obtention (Rosenthal et Martin-Matthews, 1999 ; Seltzer et coll., 1987).

Plusieurs modèles de complémentarité ou de substitution ont été observés (Jiménez-Martin, 2008; Fassbender, 2001 ; Harlton et coll., 1998). Par ailleurs, il y a peu de substitution, sauf dans le cas d'une aide privée (infirmière, ressource para médicale ou auxiliaire familiale) engagée pour soulager la tâche des aidants naturels, entre les services informels et formels mais plutôt un effet de complémentarité (Bell et Coll., 2002-3 ; Tennstedt et Coll., 1996). Cette constatation est partiellement expliquée par le fait que les ressources informelles permettent aux personnes âgées de mieux utiliser les services formels (Fassbender, 2001). Ainsi, les services à domicile, développés en isolement relatif, sont perçus comme complémentaires aux services de soutien et aux soins donnés

par les familles et amis (Harlton et coll., 1998 ; Armstrong et coll., 2000 ; Fast et coll., 2001).

Toutefois, la réponse des institutions est parcellaire et une grande partie des services offerts aux personnes âgées est exclue du régime public. Ils sont fragmentés et la coordination entre les agents de ce secteur est relativement déficiente (Bergman, Béland et coll., 1997). Cette situation est souvent la conséquence de relations entre l'État et le secteur communautaire dominées par une coopération de type conflictuel (White, 2001). La complémentarité et la substitution de ces secteurs s'entrecroisent et leur rôle n'est pas toujours bien défini pour l'optimisation des services donnés aux personnes âgées.

Notre étude permet d'examiner le niveau de complémentarité et de substitution de l'aide formelle et informelle dans les divers types de réseaux utilisés. Nous comptons faire ressortir dans cette étude, en accord avec la typologie mise à jour, la nature de la relation des secteurs formels et informels et leur chevauchement (Litwin et coll., 1996 ; Keating et coll., 1999 ; Crompton et Kemeny, 1999). Des stratégies d'adaptation des services des agences publiques, privées ou bénévoles pourront être élaborées pour leur permettre de s'arrimer et pour mieux se répartir les responsabilités selon les besoins des personnes âgées. Les pratiques des agences pourront être redéfinies et des modifications suggérées pour l'organisation des services aux aînés dans la communauté et pour les politiques et programmes de soutien à domicile.

### **III- RÉSEAUX**

#### **Réseaux sociaux et soutien social**

Par delà la problématique de recherche d'aide formelle et informelle, la littérature a fortement souligné celle du soutien social. Mais la définition du concept de soutien social



est multiple et souvent contradictoire (Williams et Coll., 2004 ; Carpentier, 1999, O'Reilly, 1988). Il reste ambivalent s'il n'est pas soutenu par une approche réseau (Cohen et Syme, 1985 ; Sarason et Sarason, 1985).

L'utilisation du concept de réseau est fondamentale dans notre recherche qui requiert une approche souple et intégrée dans une perspective de réseaux sociaux afin de mieux percevoir les actions posées par les différents acteurs et par les personnes âgées (Vega et Murphy, 1990) en fonction de l'aide reçue. L'approche réseau considère directement les aspects relationnels et environnementaux (Pescosolido, 1992 ; Berkman et coll., 2000) qui caractérisent les actions de la personne. Ces actions ne sont pas uniquement liées à l'intégration sociale dans la communauté (Lin, 1986) des personnes âgées selon des normes en place. Elles sont aussi dépendantes des motivations des différents acteurs et de la capacité d'ententes négociées (d'influences réciproques) à l'intérieur d'une situation structurée autour de fonctions définies (Sims-Gould et al, 2007; Antonucci, 1990 ; Wellman et Hall, 1986 ; Bengtson et Dowd, 1980).

Notre recherche se fonde sur les modèles de réseaux sociaux de Pescosolido et de Berkman en distinguant la structure, la fonction et le contenu relationnel des réseaux utilisés par les personnes âgées composant notre échantillon. Dans notre étude, nous examinons deux communautés ayant des racines et des valeurs différentes. Cette perspective nous permet d'insister sur l'ancrage communautaire du soutien social plutôt que de centrer notre intérêt seulement sur l'individu et son réseau de soutien (Béland, 1997 ; Antonucci, 1990).

Les réseaux sociaux sont formés à partir d'un ensemble spécifique de liens interpersonnels que les individus entretiennent avec d'autres acteurs sociaux : famille,

amis, voisins, relations, agences privées, publiques et bénévoles (Carpentier, 1999 ; Chappell, 1991). Cette toile, tissée plus ou moins serrée, procure un accès à des avantages et des inconvénients qui donnent lieu à des actions (Boudon, 1999) selon l'intérêt des acteurs en présence et suivant le degré d'autonomie des personnes âgées (Béland et coll., 1998). Elle donne accès à des ressources, à de l'aide physique ou du soutien émotionnel que ces personnes peuvent utiliser pour réaliser leurs activités de la vie quotidienne ou domestique et rester dans la communauté (Litwin, 1995 ; Cohen et Syme, 1985). Le potentiel de soutien que contiennent ces contacts informels a donné lieu à une multitude de recherches traitant du phénomène des réseaux associés aux personnes âgées plus ou moins fragilisées (Zunzunegui et coll., 2004 ; Giles et coll., 2007-4 ; Keating et coll., 2003 ; Keller et coll., 2003 ; Mendes de Leon, 2001-1999 ; Antonucci et coll., 2001 ; Berkman, 2000).

La relation entre l'état de santé et les réseaux sociaux a été largement démontrée (Berkman et coll., 2000) en tenant compte des facteurs socioculturels, environnementaux autant que des mécanismes psychologiques, physiologiques ou comportementaux. L'impact de cette aide informelle dépend de l'existence même du réseau et de ses caractéristiques structurelles et fonctionnelles (Pescosolido, 1992). L'autonomie des personnes âgées est fonction de la présence ou non d'un réseau d'aide et de la qualité du soutien donné par les ressources sollicitées. Nous espérons faire ressortir, par la typologie mise au jour et par l'établissement des déterminants d'appartenance aux différents types de réseaux, l'influence du niveau de fragilité et celui de la disponibilité de ressources dans cette typologie.

## **Essais précédents de typologie**

L'établissement d'une typologie des réseaux utilisés par les personnes âgées a déjà été abordé. Plusieurs approches ont été tentées, soit par la recherche d'une association entre différents regroupements de caractéristiques des réseaux observés selon leur grandeur et la multiplicité des liens ou selon la proximité de la parenté (Mugford et Kendig, 1986) ; ou en tenant compte du degré d'implication de la famille, des amis ou des voisins ; soit en examinant le niveau d'interaction des groupes bénévoles avec la communauté (Wenger, 1990) soit en étudiant la grandeur du réseau, sa composition, le pourcentage de personnes intimes, la fréquence des contacts, la durée de l'existence des liens et leur proximité (Litwin, 1995).

Une tentative importante a été conduite par Litwin (1996), à partir d'une analyse transnationale. Il a fait appel à plusieurs auteurs dans dix pays différents pour essayer de regrouper certains types de réseaux, en se basant sur des critères structurels, fonctionnels et interactionnels. La variation culturelle, la spécificité des recherches et souvent le faible échantillonnage utilisé dans les différents pays n'ont pas permis de mettre en évidence une typologie précise des réseaux utilisés par les personnes âgées. Cette tentative a fait ressortir cinq catégories générales [1- localement intégré ; 2- familial ; 3- localement refermé ; 4- communauté étendue ; 5- isolé] fondées sur la disponibilité des proches et le niveau d'interaction des personnes âgées avec la communauté (Wenger, 1996).

Plus récemment et plus près de notre approche, Keating (2002) a mis en évidence une typologie de réseaux de soins utilisés par plus de mille personnes âgées ayant eu recours dans la dernière année à des services dans le cadre de six activités de vie quotidienne et dans un bloc de soins personnels en fonction essentiellement des ressources informelles

(parents, amis, voisins). Notre étude a une démarche plus globale parce qu'elle relie 17 tâches spécifiques avec 18 sources d'aide formelles et informelles et un échantillon de personnes âgées correspondant à la réalité de la population sans la contrainte, établie par Keating, d'avoir reçu de l'aide au cours de la dernière année.

#### **IV- APPROCHE**

La fragilité, caractérisée par la difficulté de rester autonome dans le milieu de vie habituel (Béland et coll., 1998), est un facteur majeur dans la compréhension des besoins des personnes âgées, de leurs actions et de leurs rôles au sein de la communauté (Leduc et coll., 2001). Le niveau de fragilité dépend de la relation de réciprocité avec l'environnement, les caractéristiques du réseau disponible et les choix de services auxquels les personnes âgées font appel. Interprétée comme un risque, la fragilité est reliée directement à la capacité de développer ou d'aggraver les limitations fonctionnelles ou le niveau d'incapacité des personnes âgées vulnérables dans l'accomplissement des activités de vie domestiques et quotidiennes (AVD ou AVQ) (Lebel et coll., 1999 ; Leduc et coll., 2001).

Pour notre étude, nous retiendrons le processus d'incapacité (Verbrugge et Jette, 1994) utilisé pour le présenter. Les dimensions de l'état de santé des personnes âgées composant cette base proviennent des modèles d'incapacité de Verbrugge et Jette (1994), de l'OMS (1988), de Johnson et Wolinsky (1994) et de Béland et Zunzunegui (1999)

Le niveau d'incapacité d'une personne âgée et ses efforts pour rester fonctionnelle dans son environnement deviennent déterminants dans la mobilisation des ressources pour maintenir leur autonomie et leur équilibre social. Dans notre recherche, l'état relatif d'incapacité est interprété dans une perspective non seulement de réciprocité avec le

milieu mais aussi en accord avec la lourdeur des tâches (AVD et AVQ) effectuées par les personnes de soutien et leurs disponibilités. Cet aspect nous aide à définir le type de réseau utilisé par les personnes âgées.

Le bloc santé, tiré de nos données, sera approché dans notre analyse en fonction des différentes étapes du processus d'incapacité (Verbrugge et Jette, 1994). Ce processus dynamique, associé à l'incapacité fonctionnelle, tient compte des facteurs personnels et environnementaux qui agissent sur ce processus et des facteurs de risques prédisposant. Parmi les facteurs extérieurs, ce modèle considère l'aide prodiguée pour palier aux dysfonctionnements des personnes atteintes d'incapacité et donc du réseau social les entourant.

La densité des réseaux est un facteur reconnu de la capacité à prodiguer suffisamment d'aide aux personnes âgées. Mais l'aide informelle est la plupart du temps dispensée par une seule personne (Keating, 2002 ; Tennstedt, 1999). D'autre part, les familles ne représentent pas forcément un appui stable suivant le milieu et le statut socio-économique (Béland, 1998). Les personnes de soutien (famille et amis), en majorité des femmes, fournissent jusqu'à 80% de tous les soins dont les personnes en pertes d'autonomie ont besoin (Santé Canada, 1999 ; Kane et Kane, 1985).

La présence d'un proche sous le même toit et sa sexospécificité sont aussi déterminantes dans la quantité et la fréquence de l'aide fournie aux personnes âgées fragiles. Par ailleurs, la prédominance des femmes comme personne ressource principale, tend à diminuer si cette personne a un emploi à plein temps (Neal et coll., 1997).

La différence conceptuelle entre les différents réseaux n'est pas toujours considérée ni l'importance qu'elle entraîne sur leur évaluation (Keating et coll., 2002 ; Wenger, 1995 ;

Chappell, 1991 ; Antonucci et Akiyama, 1987). Dans notre analyse, nous nous basons sur les modèles de Pescosolido (1992) et de Berkman (2002) qui font ressortir la nature des relations sociales, la structure sociale et les fonctions que contiennent les réseaux sociaux utilisés par les personnes âgées.

La perception du phénomène des réseaux sociaux peut varier en fonction de la méthode de mesure et selon que les données ont été rassemblées avant ou après l'analyse (Wenger, 1994 ; Van der Poel, 1993 ; Lubben, 1988). La généralisation des études sur les réseaux sociaux dépend fortement de la grandeur de l'échantillon utilisé et du choix des variables structurelles ou fonctionnelles (Bryant et Rakowski, 1992 ; Kaufman, 1990). Les composantes structurelles ont régulièrement été utilisées pour des études comparatives. Des bases ethniques ou sociales (Thornton et coll., 1993 ; Antonucci, 1990), de sexospécificité pour l'aidant (Chappell et coll., 1990), de caractéristiques personnelles comme l'âge (Morgan, 1988 ; Barret-Connor, 1990), l'état de santé (Chappell, 1989 ; Bowling, 1990) ou l'état civil (Strain, 1992 ; Adams, 1987) et le lieu de résidence rural ou urbain (Wenger, 1995 ; Lieberg et Pederson, 1983) ou la proximité et le rôle des personnes ressources (Mullins et Mushel, 1992 ; Auslander et Litwin, 1990) ont aussi régulièrement été utilisées.

Cette recherche d'actualité pose un regard neuf sur les possibilités d'améliorer la santé de la population des personnes âgées. Elle contribue dans sa recherche de typologie des réseaux à une meilleure intégration des services et à illustrer la relation entre le secteur formel et informel. Des stratégies d'adaptation des services et de soutien aux personnes ressources pourront être dégagées et les pratiques des agences pourront être redéfinies.

## **CHAPITRE 1 : ÉTAT DES CONNAISSANCES**

L'étude structurelle et fonctionnelle des réseaux sociaux utilisés par les personnes âgées ne peut se réaliser indépendamment de l'environnement culturel - socioéconomique – politique. Les aînés évoluent dans des conditions de vie et des systèmes sociaux en perpétuel changement qui les influencent dans leur comportement, leur recherche d'aide et dans leur capacité de demeurer autonome (Leventhal et coll., 2001 ; Berkman et coll., 2000 ; Pescosolido, 1992 ; Béland, 1992 ; Chappell, 1991 ; Antonucci, 1990 ; Wellman et Hall, 1986 ; Bengtson et Dowd, 1980).

Un consensus se dégage, parmi les recherches sur les personnes âgées, quant à la contribution de l'environnement social sur leur santé. La nature spécifique de cet effet est cependant difficile à déterminer, principalement à cause des différentes approches utilisées et des différentes convictions des personnes âgées sur la santé (Zunzunegui, 2003 ; Chappell, 2003 ; Bennett, 2002 ; Berkman et Glass, 2000b).

Pour pouvoir vivre dans leur milieu, les personnes âgées ont besoin d'un amalgame de ressources autant en santé qu'en services sociaux, en soutien social et psychologique (Trahan, 2001 ; Béland et coll., 1998 ; Bergman, Béland et coll., 1997a, b). Sans les services et le soutien appropriés, coordonnés et intégrés dans le milieu, les personnes âgées sont susceptibles d'augmenter leurs limitations fonctionnelles et le nombre d'hospitalisation (MSSS, 2002 ; Béland, Bergman et coll., 2001a). Cependant, la multitude de réformes dans les systèmes de santé, la diminution des ressources (Clair, 2000 ; Romanov, 2002 ; Coburn, 2000) et leur faible impact sur plusieurs pathologies d'envergure sociale, ont tourné l'attention des décideurs vers le potentiel offert par les groupes de pairs ou les aidants naturels, les réseaux sociaux permettant l'intégration de

l'aide informelle, la participation civique ou les associations bénévoles (Keating et Cook, 2001 ; Brock, 2001 ; Good D., 2001 ; White D. 2001 ; Harlton et coll., 1998 ; Penning et coll., 1998).

La reconnaissance de l'importance des relations sociales et des liens tissés par chaque individu au moment où le besoin d'aide se fait sentir a été amplement soulignée (Zunzunegui et coll., 2004 ; Berkman et coll., 2000a, b - 1995 - 1979; Glass et coll., 1997 ; Pescosolido, 1991 ; Antonucci, 2001 - 1990). Le recours et l'utilisation de l'aide font appel aux interactions entre les individus qui recherchent de l'aide et ceux qui fournissent les services demandés. La recherche d'aide n'est pas régie par les mêmes règles sociales chez les hommes et les femmes âgées (Chappell, 1989). L'utilisation ne se fait pas, non plus, selon les mêmes modalités que l'on soit un homme ou une femme et une typologie de la disponibilité de cette aide chez l'un ou l'autre a déjà été décrite (Béland, 1992).

La participation sociale des personnes âgées est également associée à une meilleure perception de leur santé. La qualité des contacts et les relations interpersonnelles qu'elles entretiennent, jouent un grand rôle dans le maintien de leur santé et de leur autonomie tout autant que dans la nature des réseaux qu'elles utilisent (Zunzunegui, 2004-3 ; Szreter et Woolcock, 2002 ; Berkman, 2000a, b - 1995 ; Durkheim, 2002 ; Young et Glasgow, 1998 ; Jackson et Antonucci, 1992 ; Cohen et Syme, 1985 ; Berkman et Syme, 1979). L'influence des réseaux sociaux sur la santé (Berkman et coll., 2000 ; Unger et coll., 1999) et sur les comportements « sains » (Rennemark et Hagberg, 1999) a été démontrée. Les effets protecteurs des réseaux sociaux peuvent résulter de plusieurs processus et sont liés à l'état de santé des personnes âgées selon différents niveaux de risque, tels que ceux



de mortalité (Unger et coll., 1999 ; Berkman, 1995-1979; Cohen, 1988), de maladies cardiovasculaires (Kawachi et al, 1996 ; Case et coll., 1992 ; Kaplan et coll., 1988), de mortalité due au cancer (Berkman et al, 2002b ; Kahn et Antonucci, 1986), et au déclin fonctionnel accompagnant la vieillesse (Michael et al., 2001 ; Unger et al., 1999 ; Seeman, 1996 ; Thoits, 1995). Les réseaux sociaux sont eux aussi influencés par la santé des aidants naturels (Proot et coll., 2003 ; Lyons et coll., 2002 ; McPherson, 1998). L'état de santé de ces derniers peut modifier la nature ou l'étendue des liens sociaux que les personnes âgées maintiennent ou du réseau qui leur est disponible et leur capacité à demander de l'aide (Stoller et Wisniewski, 2003 ; Lennartsson, 1999).

Les réseaux sociaux n'ont pas tous les mêmes caractéristiques structurelles ou fonctionnelles. Ils ne répondent pas tous aux mêmes besoins. Leurs impacts sur la santé des personnes âgées ou sur leur maintien dans la communauté, varient selon leur composition et leur capacité à procurer l'aide sollicitée et nécessaire. Plusieurs tentatives ont été menées pour essayer de distinguer et de mesurer différents types de réseaux afin de mieux orienter et soutenir l'aide, formelle et informelle, fournie aux personnes âgées selon leur condition de santé et les variables sociodémographiques les entourant (Giles et al., 2004 ; Glass et al., 1997 ; Wenger, 1991) ou selon les caractéristiques des liens maintenus par les personnes âgées (Keating, 2002 ; Faber et Wasserman, 2002 ; Litwin, 1999 ; Campbell et al., 1999 ; Mugford et Kendig, 1987).

Ce bref aperçu montre à quel point les différents paramètres concernant le bien-être, la santé et les réseaux sociaux utilisés par les personnes âgées, sont imbriqués les uns aux autres. Nous allons les reprendre plus systématiquement en fonction du contenu social

attaché aux personnes âgées, des réseaux sociaux qui leur sont propres et de l'aide disponible et reçue afin d'éclaircir leur impact sur la finalité de notre exercice.

## **I- RECHERCHE DE L'AIDE**

La préoccupation fondamentale de cette étude correspond à l'identification d'une typologie des réseaux d'aide utilisés par les personnes âgées en fonction des tâches accomplies dans un environnement donné. L'aide recherchée peut sous tendre une foule d'activités englobant la distribution d'information sur les ressources disponibles [formelles ou informelles] ou sur l'état de santé, le rôle conseil, le soutien émotionnel et instrumental et tangible (Berkman et coll., 1992 ; Kahn et Antonucci, 1980). Notre étude se limitera au soutien instrumental en fonction des activités de vie quotidiennes (AVQ) et domestiques (AVD) à partir des résultats de l'enquête menée auprès des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé dans Hochelaga-Maisonneuve et Moncton.

Mais comment se fait la recherche d'aide ? Plusieurs auteurs (Martel et Carrière, 2004 ; Delisle et Ouellet, 2002 ; Rosenthal et Martin Matthews, 1999) se sont penchés sur cette question en examinant les orientations de recherche d'aide ou les prédispositions au recours à des formes de soutien chez des personnes âgées, avec des limitations fonctionnelles, demeurant à domicile et les attributs de ces personnes âgées axées sur chaque type de ressources sollicitées. Ils ont identifié trois orientations de recherche d'aide pratiquée par cette population : 1- Vers soi-même<sup>1</sup> ; 2- vers les proches, amis,

---

<sup>1</sup> Soi-même, fait référence à des activités personnelles pour restaurer ou améliorer sa santé, à des actions prises pour faciliter son quotidien en fonction des limitations physiques et des comportements associés à la promotion de la santé appris principalement en bas âge et renforcés tout au long de sa vie [activités physiques quotidiennes, bonnes habitudes de vie et alimentaires, relaxation,...]. Réf. : Penning, 2002 ; Backman et Hentinen, 1999 ; Ory et coll., 1998 ; Dill et coll., 1995 ; Nicholas, 1993.

voisins ou d'autres ressources informelles et 3- vers les services formels comprenant les institutions publiques de services de soins ou toute la gamme des services privés allant de l'infirmière à la maison jusqu'à la résidence pour personnes âgées et les hôpitaux privés. Ces orientations sont une indication des avenues utilisées par les aînés et correspondent aux grandes classes examinées par les auteurs dans les études sur l'aide fournie aux aînés (Penning, 2002 ; Penning et Keating, 2000 ; Penning et Coll., 1998 ; Wenger, 1993 ; Chappell et Penning, 1990). L'analyse retenue par ces auteurs (Martel et Carrière, 2004 ; Delisle et Ouellet, 2002 ; Penning, 2002 ; Penning et Keating, 2000 ; Rosenthal et Martin Matthews, 1999 ; Wenger, 1993) montre que ces orientations sont distinctes mais non exclusives et peuvent être exploitées simultanément pour répondre aux mêmes besoins ou à des besoins différents.

Les auteurs, Delisle et Ouellet (2002), soulignent aussi que la connaissance de l'existence et des possibilités des ressources [formelles ou informelles] disponibles demeure primordiale dans cette démarche autant que les conditions et interactions sociales dans lesquelles les personnes âgées évoluent et selon les intérêts des différents acteurs en présence. La littérature (Leventhal et coll., 2001 ; Berkman et coll., 2000 ; Cohen, 1999 ; Pescosolido, 1992 ; Béland, 1992 ; Chappell, 1991 ; Antonucci, 1990 ; Bengtson et Dowd, 1980 ; Sarason et coll., 1990 ; Wellman et Hall, 1986) nous indique également que le comportement d'un individu, lorsqu'il recherche de l'aide dépend non seulement des besoins ressentis qui le poussent à cette démarche, mais aussi de ses relations interpersonnelles, de l'estime qu'il a de lui-même, de son pouvoir de décision et de négociation selon sa position familiale et sociale, des paramètres sociodémographiques et économiques qui le concernent, de la perception qu'il a de son état de santé et de fragilité,

des facteurs de risques inhérents à son environnement et à sa culture et à ceux prédisposant au processus d'incapacité ou de déclin associé à la vieillesse qui peuvent l'affecter, et finalement de la composition de son réseau social.

Il faut également que certaines conditions soient rencontrées pour qu'un individu veuille rechercher de l'aide. Il doit admettre qu'il en a besoin dans le sens où il se rend compte qu'il a un problème dans la résolution de tâches domestiques et quotidiennes et qu'il ne peut pas le résoudre avec ses propres ressources ; cet individu doit aussi être prêt à s'ouvrir aux autres en admettant sa vulnérabilité tout en leur permettant d'avoir un certain contrôle sur le déroulement de sa vie et finalement il doit être résolu à changer de par la nouvelle dynamique que la situation requiert (Cohen, 1999 ; MacLean et Gould, 1988).

Pescosolido (1992), dans un article de fond, a montré que les choix qui s'offrent aux aînés, dans la recherche d'aide, sont guidés par un processus plus large que celui de l'action rationnelle sans pour autant la rejeter. Pescosolido (1992) souligne plutôt que le cheminement décisionnel suit une dynamique selon une stratégie d'organisation sociale qui redéfinit les priorités et les possibilités d'aide selon la situation rencontrée. Cette approche prend ses racines dans l'étude des possibilités rattachées aux réseaux sociaux et aux relations interpersonnelles (Coleman<sup>2</sup>, 1990). Ils procurent les mécanismes d'interactions au travers desquels les individus apprennent à faire face aux difficultés et à les contourner.

Cette démarche met l'accent, non pas sur le choix isolé d'un individu, mais sur l'ensemble des paramètres qui entourent sa décision de recherche d'aide selon un

---

<sup>2</sup> Pour Coleman, les liens sociaux sont essentiels pour maintenir une vie normale. D'après lui, ils sont la base de la structure qui encourage la mise en œuvre d'actions productives. Ils agissent comme ressources permettant aux individus d'agir selon leurs propres intérêts.

construit social et après consultations avec l'entourage (Etzioni, 1988 ; Granoveter, 1985 ; Parson, 1968). Comme l'individu est continuellement impliqué dans une dynamique relationnelle évolutive, cette approche suggère que l'unité d'analyse priorisée soit le réseau social (Pescosolido, 1992).

### **Relations interpersonnelles**

Les relations interpersonnelles et sociales qu'entretiennent les personnes âgées modulent l'aide qu'elles recherchent et qu'elles peuvent recevoir en fonction de la pluralité des dépendances qu'elles encourent. Ces relations dépendent de la période de vie dans laquelle elles se trouvent, du changement de statut social après une vie professionnelle active et du regard de la société vis-à-vis ce groupe vieillissant. Le processus de décision de recherche d'aide dépend aussi de ces considérations.

La période de vie dans laquelle se situent les personnes âgées est généralement associée à une phase de déclin et de changements physiques et mentaux importants par opposition à une phase de développement ou de maintien (Meire et Neiryck, 1997). La théorie sociologique du vieillissement (Hendricks, 1992), conforte cette perspective et associe le déclin non seulement à une augmentation des pertes cognitives, économiques et sociales mais aussi, pour certaines personnes âgées, à l'abandon d'intérêts relationnels et sociaux. Dans ces cas, il n'y a plus de lien causal entre l'activité [physique ou mentale] et la satisfaction de vie (Bengtson et Dowd, 1980). Il devient alors plus difficile de respecter certaines règles de sociabilité facilitant la recherche d'aide (Delisle, 1996).

Le changement de statut social peut alors, selon le concept de stratification par groupe d'âge (Kendig, 1986), être expliqué en termes de perte de pouvoir et de respect. De nouvelles balises sociales gèrent ainsi l'environnement des personnes âgées au travers des

réalisations d'objectifs de vie et par l'usufruit des droits et privilèges rattachés aux diverses tranches d'âges (Bengtson et coll., 1977 ; Riley, 1972). Les personnes âgées deviennent alors très différentes des personnes actives (avant 65 ans) et leur nouvelle condition sociale teinte fortement la nature de leurs relations interpersonnelles et leur recherche d'aide. Cette approche associe un caractère subjectif à l'âge et ne tient pas compte du caractère individuel de chaque personne âgée (Kendig, 1986).

L'âge en soi, bien qu'il soit un indicateur important, n'explique pas toute l'évolution des relations interpersonnelles et doit être considéré en interaction avec l'environnement physique, social, politique et culturel (Birren et Schroots, 1996 ; Javeau, 1994). Les personnes âgées forment un groupe diversifié (Lindsay, 1999) avec des caractéristiques sociodémographiques, bio-psycho-sociales qui les distinguent des autres groupes et elles posent des problèmes spécifiques aux sociétés contemporaines sur la façon de leur venir en aide (Delisle, 1996).

Les aînés ne se comportent pas non plus tous de la même manière pour prendre une décision afin d'obtenir de l'aide et plusieurs aspects en sont la cause : la sexospécificité (Béland, 1992 ; Arber et Ginn, 1992), l'origine ethnique et sociale (Markides et Black, 1996), le statut social et leur cheminement antérieur (McDonald et Warner, 1987) ainsi que leurs conditions de travail passé (Maheu et David, 1989) ou tous ces éléments combinés (Berkman, 2000 ; Pescosolido, 1994 ; Gottlieb, 1992 ; Antonucci, 1990). L'approche de Pescosolido (1992) indique que le réseau social est antécédent à l'événement déclenché, à la prise de décision, et que ces réseaux ont une structure, une fonction et un contenu. Mais comment les individus décident-ils de faire appel ou

d'activer un secteur particulier d'un réseau en réponse à l'apparition d'un problème à résoudre ?

### **Processus décisionnel**

La théorie de l'échange (Dowd, 1980) nous fournit une bonne approche pour comprendre les interactions et les négociations qui prennent place entre les personnes âgées ayant moins de ressources ou de pouvoir [dû à leur âge, au processus de désengagement ou à leur situation sociale] que leurs proches et leur entourage lors de la recherche d'aide instrumentale ou émotionnelle. Les différents types de relations définis par la capacité d'échange, en fonction du statut de la personne âgée ou de la notion de réciprocité, nous donnent un excellent outil pour expliquer les regroupements basés sur les liens interpersonnels (Dowd, 1975, 1984-0 ; Sussman, 1976). Cependant, la nature de l'échange peut énormément varier d'une culture ou d'une classe sociale à une autre en fonction des normes et des valeurs ayant cours (Akiyama, Antonucci et Campbell, 1997 ; Kulis, 1992 ; Cicirelli, 1988). Mais, si la personne âgée conserve des activités sociales et des responsabilités familiales elle maintient alors un rôle et un pouvoir de négociation qui lui permettent de mieux obtenir de l'aide tout en gardant une continuité intergénérationnelle favorisant le transfert et la réciprocité dans les échanges d'apparence asymétrique (Becker et coll., 2003).

Les personnes âgées ne demanderont pas de l'aide à n'importe qui tant qu'elles peuvent garder un pouvoir de négociation en utilisant leur crédit personnel établi au cours de leur vie par des services qu'elles ont elles-mêmes donnés, des impôts payés ou qu'elles se sentent dans une situation favorable pour rendre la pareille ultérieurement. Dans ce sens, un lieu de résidence à soi constitue un acquit important dans l'identité sociale d'une

personne âgée et dans sa capacité de négociation, spécialement si elle réside depuis de longues années au même endroit et qu'elle demeure « chef de ménage ». C'est un symbole d'autonomie d'action et une garantie de relations possibles avec un voisinage familial pour l'obtention d'aide éventuelle (Haldemann et Lessard, 2000). Dans ce sens, il est intéressant de noter qu'au Canada, 93% des personnes âgées vivaient dans des ménages privés (Statistique Canada, 1999).

Les réseaux de soutien des personnes âgées ne sont pas à sens unique et fluctuent en fonction de leurs structures autant qu'en fonction des relations et échanges qui s'y passent (Lindsay, 1999). Le lien émotif entre la personne soutien et la personne âgée requérant de l'aide, est très important dans ces relations (Frederick et Fast, 1999). Cependant, le déclin de l'état physique et cognitif chez les aînés modifie aussi l'équilibre dans les relations avec les aidants et peut initier des changements dans l'identité de la personne, au sein du réseau, venant en aide et dans la recherche d'un soutien dont la nature évolue (Tilburg et coll., 2004 ; Kulis, 1992). Il faut donc tenir compte non seulement du contenu social appartenant à la personne âgée mais aussi de son état de santé et de l'évolution de sa fragilité. Avant de s'interroger sur la nature de l'aide formelle ou informelle reçue et sur la structure et le fonctionnement des réseaux sociaux propres aux personnes âgées, il y a donc lieu d'examiner la réalité sociale et structurelle propre aux aînés puisque les stratégies de recherche d'aide sont fortement conditionnées par leurs contraintes sociales et médicales qui affectent le potentiel de leurs réseaux (Pescosolido, 1992).



## **II- CONTENU SOCIAL**

### **Facteurs sociodémographiques**

La recherche et l'obtention d'aide informelle pour les personnes âgées, vivant en ménage privé, sont fortement dépendantes de la présence des enfants, de la parenté, des voisins et des amis (Larsson et Silverstein, 2004 ; Barrett et Lynch, 1999 ; Chappell et Blandford, 1991 ; Kemper, 1992 ; Sarason et coll., 1990 ; Cohen et Syme, 1985). Le choix dans la recherche d'aide est déterminé par la personne âgée selon un ordre de préférence en fonction des relations entretenues (Barrett et Lynch, 1999 ; Cantor, 1979) et des capacités d'échange qui lui sont propres (Dowd, 1975). Par exemple, les personnes mariées vont se tourner vers leurs époux(ses), les veufs(ves) vers leurs enfants alors que les célibataires chercheront de l'aide du côté des amis, voisins ou des services formels et les jeunes aînés (65-75 ans) vont aider les plus âgés.

La condition maritale et sociale est significative dans le type d'aide qu'une personne âgée peut rechercher et obtenir de même que les caractéristiques structurelles des arrangements de vie en commun (Larsson et Thorslund, 2002 ; Chappell, 1991). Par ailleurs, l'importance de l'état matrimonial est modulée par la sexospécificité de l'individu, son état de santé et sa culture (Barrett et Lynch, 1999). Ainsi, le fait de se sentir seul et d'en être affecté dans sa santé ou dans sa capacité de trouver de l'aide, se retrouve plus spécialement chez les femmes veuves et vivant isolées (Miedema et Tatemichi, 2003).

### ***Sexospécificité***

La sexospécificité de l'individu est une dimension déterminante dans le processus de recherche et d'utilisation d'aide (Calasanti, 2003 ; Delisle et Ouellet, 2002 ; Novak et Campbell, 2001 ; Moen, 1996 ; Shumaker et Hill, 1991 ; Antonucci, 1991-87 ; Lowenthal

et Haven, 1968). Les femmes, dont les besoins d'aide sont plus importants, vont la rechercher plus facilement que les hommes (Barrett et Lynch, 1999 ; Béland, 1992 ; Chappell, 1989 ; Cleary et coll., 1982) et elles réagissent selon des particularités qui sont propres à leur état et à leur rôle social (Antonucci, 2001a ; Branch et Jette, 1983). Elles sont plus portées à entretenir des réseaux (familiaux, d'amis ou de voisins) durant toute leur vie alors que les hommes qui ont vécu dans un monde de compétition au travail sont plus tributaires de leur épouse (Barrett et Lynch, 1999 ; Stoller et Earl, 1983 ; Kendig, 1986). Les deux sexes ont des comportements différents vis-à-vis la famille tant pour donner de l'aide que pour en rechercher (Stone et Rosenthal, 1996 ; Penrod et coll., 1995 ; Béland, 1992).

Lorsqu'il s'agit de l'aide reçue, les femmes dépendent plus de leurs enfants, que les hommes, ou d'une voisine selon qu'elles ont besoin d'un soutien instrumental (transport, courses, réparation de la maison) ou émotionnel (échange, stress,...) et elles semblent avoir un réseau plus diversifié (Giles et coll., 2002 ; Delisle, 2002 ; Tennstedt, 1999 ; Litwin, 1996, Stone et Rosenthal, 1996 ; Béland, 1992 ; Antonucci et Akiyama, 1987 ; Stoller et Earl, 1983 ; Lowenthal et Haven, 1968). Les femmes vivent plus longtemps que leurs maris généralement plus âgés et finissent leurs jours, pour la plupart, célibataires ou veuves. Pour ne pas être isolées, elles se tournent naturellement vers leurs enfants, leurs amies ou les services formels selon la disponibilité et leur état de santé (Larsson et Thorslund, 2002 ; Delisle, 1996 ; Mutchler et Bullers, 1994 ; Arber et Ginn, 1992).

Pour l'aide donnée, il faut considérer l'ensemble des personnes résidant avec les aînés et de ce fait, les femmes sont moins isolées qu'il semble paraître puisqu'elles savent mieux s'entourer que les hommes en général (Larsson et Thorslund, 2002). Par ailleurs, la

participation des femmes à la main-d'œuvre est en rapide augmentation. Cet aspect a des conséquences sur le mode de vie et le temps disponible pour l'aide (à la baisse) qu'elles peuvent apporter. Ce nouveau rapport homme femme vient moduler fortement les constatations généralement acceptées, à savoir : que l'aide provenait habituellement d'une seule personne, ordinairement une femme de la famille (Connidis, 2003 ; Lavoie, 2002 ; Doty et coll., 1996 ; Penrod et coll., 1995 ; Enright, 1991; Finch, 1989 ; Allan, 1988 ; Stone et Kemper, 1989). Par contre, plusieurs chercheurs ont expliqué la prédominance des femmes, comme personne pivot dans la distribution de l'aide, par leur rôle traditionnel dans la famille, par les attentes et le construit social (Browne, 1998 ; Hooyman et Gonyea, 1995). D'autres auteurs, également d'obédience féministe, font référence à la norme d'obligation et de responsabilité féminine pour expliquer la surreprésentation des femmes dans l'aide donnée aux parents âgés (Paquet, 1995 ; Aronson, 1991 ; Baldock et Ungerson, 1991). Malgré tout, la relation mère fille, marquée par une grande affection, peut inciter la fille à prendre une place spéciale dans la prise en charge des parents âgés (Boyd, 1989). Par ailleurs, Clément et coll. (1996) soulignent combien il est risqué de vouloir départager l'affection de l'obligation dans ce genre d'analyse.

Ainsi, lorsqu'on est confronté à une difficulté, il apparaît utile d'avoir un réseau d'aide. Cependant, les hommes ont un réseau social moins riche que celui des femmes, ils sont plus nombreux à ne pas avoir de confident et utilisent jusqu'à deux fois moins les services sociaux (Dulac, 2001 ; ISQ, 2000 ; Camirand et coll., 1995). En fait, les hommes font surtout appel à leur conjointe. Ils reçoivent principalement de l'aide pour leur entretien personnel ainsi que pour les travaux domestiques et les repas (Delisle, 2002 ;

Tennstedt, 1999 ; Litwin, 1996, Stone et Rosenthal, 1996 ; Béland, 1992 ; Stoller et Earl, 1983). Si cette aide n'est pas disponible ou s'ils sont seuls, ils préfèrent souvent payer pour obtenir du soutien plutôt que faire appel à un autre réseau d'amis ou de voisins (Laditka et coll., 2001 ; Barrett et Lynch, 1999 ; Kending et Rowland, 1983 ; Branch et Jette, 1983 ; Stoller et Earl, 1983). De façon générale, les hommes sont plus portés à se débrouiller seuls que les femmes (Delisle, 2002 ; Dulac, 1997 ; Penning et Strain, 1990). Par ailleurs, les hommes assurent les obligations engendrées par la condition de leur épouse (Arber et Gilbert, 1989 ; Kendig et Rowland, 1983). Ils prodiguent passablement d'aide aux personnes âgées mais se concentrent particulièrement dans le transport, les travaux ménagers et l'entretien de logement ou de maison (Delisle et Ouellet, 2002 ; Kramer et Lambert, 1999 ; Bengston et coll., 1996 ; Stone et coll., 1987). Dans ces cas, les auteurs expliquent la participation des hommes par l'habitude dans leur travail d'utiliser une approche de résolution de problème (Harris, 1993) ou par l'ascendant qu'ils considèrent avoir sur leur épouse (Miller, 1987).

Dans la détermination d'une typologie de la disponibilité de l'aide, Béland (1992) a montré qu'elle ne se structure pas socialement de la même façon selon le sexe du bénéficiaire et selon la cohabitation de l'aidant. Son analyse démontre que le sexe structure l'accès à une source d'aide en regard du statut de responsabilité et de l'activité de vie domestique à assumer [entretien de la maison, lavage des planchers, travaux ménagers légers, préparation des repas]. Ainsi, les femmes ont accès plus à une source extérieure au domicile alors que les hommes se tournent plus vers une source qui habite leur domicile. Le tout étant modulé par les conditions de vie des hommes et des femmes pour expliquer la disponibilité totale.

Les orientations de recherche d'aide des hommes et des femmes se manifestent par la réaction de chacun(e) face aux difficultés de la vie selon leurs propres formes de socialisation dans leurs contextes et selon la présence d'un aidant dans le même domicile (Delisle, 2002 ; Antonucci, 2001a).

### *État matrimonial*

L'état civil et l'histoire conjugale de l'aîné recherchant de l'aide sont des facteurs déterminants dans le type de services reçus [formel ou informel ou les deux] et dans la qualité de vie de cette personne. L'importance d'un conjoint vivant dans le même espace est aussi significative pour les deux sexes afin de réduire les conséquences d'une perte d'autonomie, (Chappell, 1993 ; Connidis et Rempel, 1983) bien que la prise en charge de l'autre puisse se transformer en fardeau selon l'importance et la durée de la tâche à accomplir (Jutras et Lavoie, 1995).

Nous avons vu que la majorité des personnes âgées obtiennent de l'aide d'abord de la part de leur propre conjoint(e) puis de la fille « de la maison » (Connidis, 2003 ; Lavoie, 2002 ; Attias-Donfut, 2002). Par exemple, le conjoint(e) est le principal aidant (à environ 80%) dans les réseaux propres aux personnes âgées mariées (Barrett et Lynch, 1999 ; Johnson et Catalano, 1981). L'aspect le plus récurrent de l'influence de l'état matrimonial, concerne la grandeur et la composition des réseaux selon que la personne âgée est mariée ou non.

Les réseaux des personnes âgées mariées sont relativement petits et constitués principalement de proches (Stoller et Pugliesi, 1991). D'ailleurs, lors d'un décès ou d'une séparation, le peu d'aidants disponibles reflète la difficulté de reconstituer son réseau social sauf si les limitations fonctionnelles arrivent plusieurs années après cet événement,

dans quel cas les individus ont eu le temps de recréer des liens avec des amis ou des proches (Barrett et Lynch, 1999).

Les personnes âgées qui n'ont jamais été mariées font souvent appel à des réseaux plus diversifiés et s'adressent plus à leurs proches [frères et sœurs], à leurs amis ou aux ressources formelles et ont tendance à indiquer moins souvent leur capacité de faire appel à un aidant naturel (Larsson et Silverstein, 2004 ; Giles et coll., 2002 ; Barrett et Lynch, 1999 ; Choi, 1996 ; Connidis et McMullin, 1994 ; Connidis, 1994 ; Cicirelli et coll., 1991).

Plusieurs personnes âgées sont veufs(ves), célibataires ou divorcé(e)s, remarié(e)s, en famille reconstituée, ou en union libre. Dans ces cas, il est probable qu'elles aient des enfants de mariage(s) précédent(s) ou de nouvelles relations et la problématique de l'aide aux plus vieux s'étale sur deux à trois générations (Attias-Donfut, 2002). Avec l'évolution de la société et l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, il est aussi de plus en plus possible qu'un enfant marié soit susceptible de pourvoir aux besoins de personnes âgées, elles aussi mariées.

Les personnes âgées ne bénéficient pas toutes d'un conjoint. La recherche sur le soutien social montre que les divorcés et les célibataires dépendent plus de l'aide formelle que les gens mariés (Connidis et McMullin, 1994 ; Chatters et coll., 1986). De leur côté, Wenger et coll. (2000) ont montré que par rapport à des parents avec enfants, les hommes seuls et les femmes mariées n'ayant pas eu d'enfants sont les plus à risque pour un soutien éventuel. Les femmes célibataires, divorcées ou veuves gardent en grande majorité leurs enfants [14% des femmes seules âgées de 50 à 54 ans ont un enfant qui habite avec elles (Statistique Canada, 1995)] et la proportion des femmes qui entameront leur vieillesse

sans enfant n'augmenterait pas dans les décennies à venir et se maintiendrait à 24% des femmes âgées de 75 ans et plus (Connidis, 2003 ; Gee, 1995).

Les hommes célibataires ou divorcés sont peu susceptibles de garder un enfant en tant que parent. Ils sont la plupart du temps considérés comme des pourvoyeurs externes maintenant le niveau de vie de la mère ayant la garde des enfants pour leur bien-être moral et physique (Sénécal, 1994 ; Gouvernement du Canada, 1996). Les enfants de parents divorcés ont tendance à se rapprocher plus de leur mère et à délaisser leur père qu'ils rendent responsable du bris de la famille (Carrière et Martel, 2003 ; Barrett et Lynch, 1999). Cette condition matrimoniale peut entraîner à long terme des conséquences nuisibles pour les relations pères enfants. Les pères ne pourront, alors, pas compter sur leurs enfants pour obtenir de l'aide au moment de leur vieillesse (Giles et coll., 2002 ; Aquilino, 1994 ; Kaufman et Uhlenberg, 1998 ; Hurlbert et Acock, 1990). Au Canada, les hommes divorcés ou séparés ont environ onze fois moins de chances de recevoir de l'aide d'un de leurs enfants (Carrière et Martel, 2003). Par ailleurs, les hommes ont plus tendance à se remarier et reformer un couple ce qui les met à l'abri de l'isolement social (Connidis, 2003 ; Delisle, 1996). D'un autre côté, les personnes âgées connaissent aussi de plus en plus le divorce de leurs enfants, et ont des petits enfants de mères ou pères célibataires. Ces changements dans la stabilité des liens et dans leur disponibilité, au sein des familles, peuvent laisser supposer un certain flottement dans l'aide disponible.

La tendance au célibat chez les Canadiens a subi une hausse en 1996 par rapport aux années précédentes (Statistique Canada, 1996) et il semble qu'elle se maintienne (Connidis, 2003). Au Québec, 11% de la population vivait en concubinage par rapport à 4 % au Nouveau Brunswick (Statistique Canada, 1996). La probabilité que les Québécois

ne se marient jamais est deux fois plus élevée qu'en Ontario. Le taux de divorce est aussi plus élevé au Québec comparé au reste du Canada. Tout compte fait, les Québécois plus âgés sont moins susceptibles que les autres Canadiens d'avoir un partenaire pour leurs vieux jours selon les données de Statistique Canada (2002a).

Au Canada, parmi le groupe des 65 ans et plus, les femmes forment la majorité à 57% mais à 70% pour les 85 ans et plus. La presque totalité des personnes âgées (93%, en 1996) vivaient en ménage privé avec une personne sur quatre qui demeurait seule. Il a été remarqué (Enquête sociale générale, 1996) que les veuves (quatre fois plus nombreuses que les veufs) ressentent souvent une plus grande distance émotionnelle (moins de contacts) avec les couples amis fréquentés du temps de leur mari. En fait, les trois quarts des femmes âgées qui étaient veuves et qui vivaient seules ont une voisine comme amie et confidente. Cette dernière peut alors devenir une personne soutien potentielle à la place d'un membre de leur ancienne famille, mis à part leurs enfants (Bess, 1999).

Malgré tout, il reste que le premier réseau naturel qui est appelé à fournir de l'aide aux personnes âgées en besoin est d'abord celui de la famille proche. Mais qu'en est-il de la famille en ces temps marqués par les bouleversements conjugaux et l'individualisme ?

### ***Famille***

Même si les relations familiales sont plus dispersées, il semble qu'un « *nouvel esprit de famille* » prenne le pas. Les familles à multiples générations se multiplient et les liens intergénérationnels semblent plus étroits bien que les relations entre générations sont toujours potentiellement conflictuelles, en raison de la dissymétrie qui est à leur fondement (Attias-Donfut et coll., 2002). Les ménages multi générationnels sont plus nombreux chez les veufs(ves), les personnes vulnérables et les plus âgées (Béland, 1992-



1987-1984). Cependant, la responsabilité filiale, déterminée par des normes culturelles, ne se révèle parfois qu'en situation de crise quand un besoin aigu d'aide survient chez un aîné et sert de levier (Attias-Donfut, 2002 ; Stone et coll., 1998 ; Litwin, 1994).

La famille représente la communauté minimale, où trouver idéalement une sécurité émotionnelle, physique et financière. Il s'agit d'un premier réservoir d'aide et d'un tampon qui absorbe les changements environnementaux trop radicaux (Massé, 1995). C'est aussi l'unité gardienne des valeurs, de l'identité de ses membres et de l'appartenance à son groupe culturel (Barudy, 1992). La famille est un milieu d'appartenance, de réflexivité et de pouvoir en continuelle évolution où s'apprend la pratique de la socialisation, de la négociation et de l'ouverture au monde extérieur (Attias-Donfut, 2002 ; Aymard, 1995).

C'est aussi le microcosme social où la différenciation des rôles<sup>3</sup> apparaît le plus fortement avec les positions et les fonctions de ses membres. La division des tâches n'est pas arbitraire et les droits et responsabilités sont en accord avec le rang occupé dans la famille. Cette dernière fait partie d'un ensemble de structures concrètes (d'institutions sociales) dans lesquelles on retrouve toujours les quatre éléments structuraux de base : rôles, collectivités, normes et valeurs (Rocher, 1992). La vie relationnelle et la sociabilité, sont à la base de la formation de groupes et de réseaux sociaux et de leur dynamique.

Comme l'a souligné Cooley (1909), la nature des liens reliant les différents acteurs au sein d'une famille, peut donner lieu à plusieurs types de relations en fonction des caractéristiques des individus en cause et selon la façon dont ils interagissent. Ainsi, des liens familiaux très serrés peuvent générer un attachement profond entre ses membres

---

<sup>3</sup> Rôles Sociaux: Ensemble de manières d'agir qui, dans une société donnée, sont censées caractériser la conduite des personnes dans l'exercice d'une fonction particulière, cf. (Rocher, 1992, p.45)

donnant lieu à un ensemble complexe d'obligations, d'échanges et d'affection bâti sur le cours d'une vie selon des règles de base qui leur sont propres (Kendig, 1986). L'examen de la disponibilité des liens familiaux (et leur intensité) avec les groupes d'âges précis, a souvent constitué le point de départ pour estimer l'aide familiale donnée aux personnes âgées (Connidis, 2003).

De nos jours, la famille est plus diversifiée, les couples plus instables et la célébration de l'individualisme bat son plein. Le mythe de la désintégration de la famille a eu cours ces dernières décennies (Shanas, 1979) mais il est reconnu que la famille offre plus de 80% de l'aide requise par les personnes âgées (Lavoie, 2000 ; Patriquin, 1998 ; Garant et Bolduc, 1990). La composition de la famille a aussi beaucoup évolué et est devenue multiple [conjugale classique, monoparentale, recomposée, homosexuelle] (Attias-Donfut et coll., 2002). Il apparaît qu'il y ait de moins en moins d'enfants ou d'adultes disponibles [baisse de natalité, nouveaux partages homme - femme] pour aider bénévolement un nombre croissant d'aînés. Il appert que le principal responsable de l'aide dans une famille, est fréquemment appuyé par un autre membre de la famille (Lavoie, 2000) surtout s'il vit avec la personne âgée. Le nombre de personnes au sein d'une famille devient un critère structurel d'importance dans l'analyse de l'aide potentiellement disponible aux personnes âgées. Par ailleurs, la densité familiale n'explique pas à elle seule l'aide reçue par les aînés et la façon dont elle est donnée. La nature des relations entre les membres de la famille, entre eux et la personne âgée, la nature de l'aide (instrumentale ou émotionnelle) sont aussi des paramètres à considérer (Béland, 1992).

Les normes et règles de responsabilisation dans une famille face à la prise en charge d'un aîné font partie des facteurs influençant la détermination de l'aidant(e) (Finch, 1989 ;

Wolfe, 1989). Le statut familial (enfant unique, conjoint, aîné ou cadet, célibataire, divorcé ou veuf) représente un autre critère augmentant la probabilité de devenir responsable de la prise en charge (Clément et coll., 1996, Globerman, 1994, Finch et Mason, 1993 ; Matthews et Rosner, 1988). La structure de la famille et la répartition de ses membres selon des normes culturelles jouent un rôle notable dans le capital de soutien offert par le réseau familial (Keating, 2002 ; Lavoie, 2000 ; Sarason et coll., 1990 ; Cohen et Syme, 1985).

### **Vieillir en communauté**

L'influence de l'environnement sur la capacité des personnes âgées à garder leur autonomie et à prendre soin d'elles-mêmes a été grandement soulignée (Cullen et coll., 2003-1999 ; Wahl, 2001 ; Yen et Syme, 1999 ; Seeman et Crimmins, 1996 ; Lawton et coll., 1973-69). Même si la famille est le premier milieu d'interaction et procure une grande partie des ressources nécessaires aux besoins des aînés, elle ne peut pas assurer tout l'appui et les services requis.

L'apprentissage de prendre soin de soi débute jeune, mais est soutenu et renforcé par le contexte social tout au long de la vie et évolue en consultation avec les professionnels de la santé et les proches (Dill et coll., 1995). Dans plusieurs études, la capacité de prendre soin de soi-même est reliée aux habitudes de vie et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées (Nicholas, 1993 ; Haug et coll., 1989). Il s'agit également pour les personnes âgées de continuer de vivre « comme avant » et d'être actives dans leur communauté malgré les limites dues à leur âge (Porter, 1994 ; Gray et coll., 1992).

Haldemann et Lessard dans leur étude « Vieillir chez soi à Moncton » (2000) font remarquer : « *Les personnes âgées pourront mieux affronter les effets du vieillissement en*

*restant dans leur domicile habituel...et les deniers publics seront mieux dépensés ».* Cette affirmation suppose au moins deux éléments indispensables, l'autonomie fonctionnelle et la disponibilité d'aide formelle ou informelle. Ces deux aspects ne sont par ailleurs pas suffisants. Il faut que la personne âgée soit intégrée dans un réseau social et ait la possibilité de faire des choix (Haldemann V. et Lessard D., 2000). L'autonomie sociale [capacité de participation à une vie de groupe] et l'autonomie décisionnelle [capacité de prise de décision pour soi] sont aussi des facteurs essentiels pour pouvoir vivre en communauté, tel que Béland et coll. (1998) l'ont abordé dans leur étude « *Vieillir dans la communauté* » auprès des populations âgées d'Hochelaga-Maisonneuve et Moncton.

La communauté est aussi le lieu où la condition et les actions des personnes âgées sont mises en contexte selon la perception et les responsabilités que se donne le milieu (Béland, 1998). Plusieurs auteurs (Berkman, 2000 ; Pescosolido, 1994 ; Gottlieb, 1992 ; Antonucci, 1990) ont montré à quel point les réseaux sociaux varient dans la manière d'intervenir des communautés en fonction de sa structure, de son organisation fonctionnelle et de son ouverture vers les ressources externes. L'ancrage communautaire du soutien social avait déjà été décrit fortement par Keith (1990) et Fry (1980-1996). Des stratégies complémentaires peuvent être développées par les agences locales pour faciliter le maintien des personnes âgées dans la communauté (Noelker et Bass, 1989). D'autre part, les réseaux urbains diffèrent de ceux du milieu rural, mais ne sont pas forcément plus petits. Ce qui importe plus, c'est la stabilité du voisinage et non le degré d'urbanisation (Thomése et van Tilburg, 2000). Par ailleurs, la communauté, bien qu'elle encourage le rôle de la famille et celui du soutien informel, tendrait à exclure les personnes âgées du domaine public et de la responsabilité commune (Béland, 1998).

Nous espérons que l'influence de la communauté ressortira dans notre étude puisque nous avons interrogé des personnes âgées dans deux environnements différents : urbain (Hochelaga-Maisonneuve) et rural urbain (Moncton).

### **Environnement socio-économique et politique**

Le maintien de la dignité et de la fonctionnalité des personnes âgées passe par la disponibilité et l'accessibilité de services sociaux et de santé intégrés, à leur portée dans leur communauté pour qu'elles puissent prendre soin d'elles-mêmes (Berkman et Glass, 2000c ; Backman et Hentinen, 1999 ; Berman et Iris, 1998 ; Penning et Chappell, 1990 ; Denton et coll., 1988 ; Kane et Kane, 1986). Pour réaliser ces conditions, des interventions conjuguées à plusieurs niveaux devraient être la norme. Les gouvernements ont plusieurs leviers pour réaliser ces conditions [Stimulants économiques, environnement informationnel, réglementation, politiques sociales] (Guérin et coll., 2003 ; Berkman et coll., 2001 ; Evans et coll., 1994).

La révolution grise, augmentation importante de la population vieillissante, modifie les données économiques et politiques qui ont eu cours ces dernières décennies. Cette augmentation n'explique pas, à elle seule, l'augmentation des coûts de santé contrairement à ce qui est véhiculé dans la population (Evans et coll., 2001 ; Rosenberg, 2000). L'augmentation des coûts des services de santé est souvent mise de l'avant pour diminuer les services aux personnes âgées et institutionnels en général et faire appel aux services informels. L'Institut canadien de l'information sur la santé a déclaré en 2000 : « *L'augmentation des dépenses dues à l'augmentation de la population âgée va être stable et modeste...* » (CIHI, 2000, p. 42). L'augmentation, des dépenses

gouvernementales à tous les niveaux, ne devrait pas dépasser le taux de croissance de la population (Denton et Spencer, 1999).

La dégradation des conditions sociales est souvent le facteur principal qui influence l'état de santé des individus surtout s'ils sont déjà dans des milieux défavorisés (ACSP, 1997, OMS 2004). La restructuration de l'environnement du travail [changement des secteurs de production du primaire vers le tertiaire, main-d'œuvre hyper spécialisée, augmentation des emplois temporaires, suremplois pour certains et mises à pieds pour les plus vieux, augmentation de la violence ...] a été particulièrement difficile pour les travailleurs plus âgés. L'effet de ces changements au Canada, depuis le début des années 80, a une influence significative sur la santé des personnes âgées et sur la capacité de leur entourage à leur venir en aide.

Un autre facteur important est le niveau socioéconomique de la personne âgée et en particulier son revenu (Raina et coll., 1998 ; Garfein et Herzog, 1995 ; Jagger et coll., 1993). En 1994, deux ans avant la récolte des données, le taux de pauvreté chez les personnes âgées au Canada atteignait 17,2%. (ACSP, 1997). Parmi cette population, les personnes fragilisées à faible revenu étaient les plus touchées (Raina et coll., 1999). Cette évidence, faisait dire à ces auteurs que l'intervention la plus appropriée devrait se faire au niveau des politiques encadrant les services aux personnes âgées.

### ***Influence socioéconomique***

L'influence du statut socioéconomique d'un individu et de la distribution de la richesse au sein d'une société sur la santé sont pleinement documentées (Dupont et coll., 2004 ; Subramanian et Kawachi, 2004 ; Mellor et Milyo, 2003 ; Rutledge et coll., 2003 ; Broese van Groenou et van Tilburg, 2003 ; Sturm et Gresenz, 2002 ; urbain, 2001-1999 ;

Pinquart, 2000 ; Béland et coll., 1999 ; Gravelle, 1999 ; Gallo et Matthews, 1999 ; Lynch et coll., 1998 ; Kaplan et coll., 1996 ; Adler et coll., 1994). Au Canada, malgré le système de santé en place et son universalité cette influence persiste et se fait plus particulièrement sentir durant la période active d'un individu pour diminuer après 65 ans, l'âge de la retraite (Evans et Kantrowitz, 2001 ; Prus, 2001 ; Cairney, 2000 ; Mustard et coll., 1997 ; Wolfson et coll., 1993 ; Wilkins et coll., 1991).

Il est bien établi, que les gens éduqués et appartenant à la classe socioéconomique supérieure ont un taux de morbidité, et de mortalité inférieur à celui des individus appartenant à la classe pauvre tout en ayant une meilleure perception de leur état de santé et un réseau plus grand (Giles et coll., 2002 ; Crimmins et Saito, 2001 ; Prus, 2001 ; Stewart, 2001 ; Lynch et coll., 2000 ; Schalick et coll., 2000 ; Smith, 1999 ; Macintyre, 1997 ; Kaplan et coll., 1996 ; Seeman et Crimmins, 1996 ; Wilkinson, 1996 ; Evans et coll. 1994 ; Adler et coll., 1994 ; Marmot et coll., 1978). Cependant, un individu appartenant à la classe défavorisée mais qui peut compter sur un enfant pour obtenir du soutien, a la possibilité de réduire sensiblement le gradient qui le sépare de la classe fortunée (urbain, 2001). Il faut aussi souligner que le revenu familial n'est pas le seul indicateur du statut socioéconomique<sup>4</sup> d'un individu mais plus de la qualité des relations qui apparaît moindre dans un milieu défavorisé (Stewart, 1999 ; Ensel, 1986).

L'environnement insalubre, le poids des inégalités sociales et des modes de vie à risque rencontrés dans les quartiers défavorisés contribuent aussi largement aux différences de santé chez les individus (Dupont et coll., 2004 ; Wilkinson et coll., 1999 ; Macintyre, 1997 ; Williams et Collins, 1995-90). Par ailleurs, il y a lieu de penser que le lien entre la

---

<sup>4</sup> Les indicateurs les plus souvent utilisés sont : le niveau d'éducation, le prestige de l'emploi et le revenu.

santé et les relations sociales peut se manifester différemment selon la classe socioéconomique et spécialement à travers l'accessibilité au service de santé (urbain, 2001 ; Berkman, 1985).

Les inégalités socio-économiques et ses effets semblent dépendre d'un long processus accumulant les expériences vécues au moment de la vie adulte et modelées depuis l'enfance (Hayward et Gorman, 2004 ; Broese van Groenou et van Tilburg, 2003 ; Blackwell et coll., 2001 ; Lynch et coll., 1997 ; Elo et Preston, 1992 ; Power, 1991). Ces expériences sont principalement reliées aux modes de vie financier et matériel et aux facteurs psychologiques [estime de soi, satisfaction personnelle, stress] propres à chaque individu (Gallo et Matthews, 2003 ; Elstad, 1998 ; Ross et Wu, 1995 ; House et coll., 1994). Les gens défavorisés sont plus vulnérables au stress et à ses effets négatifs [adoption d'habitudes de vie malsaines, tabac, alcool, isolement, dépression] et à plusieurs maladies chroniques ou infectieuses (Hayward et coll., 2000 ; Kaplan et Keil, 1993).

L'éducation est étroitement liée aux conditions financières par le biais de l'accessibilité à des emplois plus rémunérateurs qui favorisent de meilleures conditions de vie donc une meilleure santé (Crompton et Kemeny, 1999 ; Berkman, 1998). La qualité de vie et de santé d'un individu augmente avec son niveau de scolarisation (Perrin, 1998). Le besoin d'aide est plus aigu chez les personnes moins favorisées financièrement, au niveau de l'instruction et de l'emploi tout au long de leur vie (Haldemann et Lessard, 2000 ; Statistique Canada - ELSA, 1991). Un meilleur statut socio-économique permet également un accès plus facile aux services de santé, surtout avec la tendance de privatisation des services, ainsi qu'une utilisation plus efficace par une compréhension



plus adéquate des informations sur la santé et des conséquences de l'environnement (Millar, 1996 ; Millar et Stephens, 1993). Par ailleurs, la relation entre le statut socio-économique et la santé est principalement due à l'effet de la position sociale sur la santé plutôt que l'inverse (Wolfson et coll., 1993).

Les sources de revenus des personnes âgées proviennent plus des épargnes personnelles que des pensions de vieillesse à cause de la diminution des transferts publiques (Brown et Prus, 2003 ; Statistique Canada, 2001). La situation financière des personnes âgées les oblige souvent à tenir compte de leur dépendance financière auprès de leur proche et des arrangements de vie qui s'ensuivent (Haldemann et Lessard, 2000) tout en évitant de s'endetter et d'hypothéquer leurs autonomies sociale et décisionnelle qui modifieraient leur rapport aux autres. Dans ce cas, les personnes âgées ont le sentiment d'être à la charge de leur entourage et cette situation modifie la demande d'aide parce qu'elles ont souvent l'impression de ne pas pouvoir rendre les services reçues selon les normes du milieu où elles vivent.

Une stratification économique apparaît de plus en plus parmi la population âgée en fonction de ses revenus (Brown et Prus, 2003 ; Dannefer, 1987). Des changements profonds au cours d'une vie contribuent à cette diversité et affectent la santé des personnes âgées en fonction des événements qu'elles ont vécus. Il peut s'agir d'une perte de travail, d'un divorce, de la mort d'un conjoint(e), de l'apparition d'un handicap ou d'une santé défaillante, d'une retraite prématurée (ou insuffisante) amenant un changement de niveau de vie (McPherson, 1998). Le fait d'être veuf(ve) ou divorcé(e) correspond à un risque important de devenir socio économiquement faible et d'avoir des difficultés pour obtenir l'aide nécessaire et rester autonome (McPherson, 1998).

Le changement de philosophie politique sur le soutien financier des personnes âgées et dans le domaine de l'emploi, passant d'un système de sécurité sous la responsabilité des gouvernements à un système de responsabilité individuelle concoure également à augmenter l'hétérogénéité économique des aînés (Béland et coll., 2001 ; McDonald, 1997 ; Twonson, 1994). Le processus de révision du système de pension fédéral a fait partie d'un ensemble d'actions gouvernementales pour mieux contrôler et limiter ses dépenses (Gee et McDonald, 1998 ; Béland F., Birch S., Stoddart G.L., 2001b ; Brown et Prus, 2003). L'autonomie et le maintien à domicile des personnes âgées constituent dans ce sens une priorité générale des interventions gouvernementales ces dernières décennies, autant pour le bien-être des aînés que pour la « santé » des fonds publics (Roy, 1994).

### ***Changement politique et social***

Les changements dans les orientations politiques et sociales de nos gouvernements sont souvent le reflet d'un certain nombre de tendances démographiques et sociales. Ces changements correspondent à une volonté d'éloigner de plus en plus l'aide publique et de favoriser l'intervention de la solidarité du milieu naturel (Connidis, 2003). Ces remaniements sont avant tout motivés par le désir de réduire les déficits et les dettes contractés par les institutions politiques. Il s'ensuit une volonté équivalente de voir les gouvernements adopter des politiques favorisant les échanges intergénérationnels surtout dans le cadre de la famille (Corak, 1998 ; Stone, 1998 ; Marshall, 1997 ; McDaniel, 1997). Les transformations sociales [libéralisation des mœurs, privatisation, désengagement des gouvernements dans le soutien social, ...] rendent décisive l'adaptation de l'aide formelle et informelle aux personnes âgées par une approche

globale pour parvenir à l'efficience dans les services de soins à cette population (Chappell, 2003).

Les politiques sociales et de services de santé pour les aînés ne sont pas mises en œuvre de manière placide, mais dans des perspectives à fondements économiques modulant les rapports des gouvernements avec les professionnels de la santé et les rapports de ces derniers avec les individus et les familles dans le quotidien (Matthews, 1998). La politique canadienne concernant les services offerts aux personnes âgées a longtemps été très claire (McDaniel et Gee, 1993). Il était communément mis de l'avant que les services informels dispensés aux personnes âgées étaient meilleurs et moins onéreux que les services formels distribués par les institutions de santé (Williams et coll., 1999; Keating et coll., 1999-7 ; Harlton et coll., 1998). Pourtant, il a été maintes fois souligné que le retour précoce à la maison après une hospitalisation en soins aigus, menait vers des problèmes de risques accrus de chutes, d'automédication mal contrôlée et de réadmission à l'urgence qui n'aurait pas été nécessaire (Gallagher et coll., 1999 ; Patrick et Howell, 1998 ; Wilson et Kerr, 1998). Bien que l'autonomie et l'indépendance soient considérées comme des valeurs importantes, cette position politique, pour limiter les coûts, a conduit le transfert de services de soins institutionnels vers la communauté et donc en dehors de la juridiction couverte par la loi Canadienne sur la santé de 1984 (Clark, 1999 ; Keating et coll., 1994 ; Chappell, 1993). L'accessibilité, l'universalité et l'intégralité pour ne mentionner que ces trois principes sur les cinq que protège cette loi sont donc remis en cause par ce genre de transferts (Keating et coll., 1999). Cette prise de position politique alourdit le fardeau non seulement des personnes âgées qui voient leur panier de services et l'accessibilité diminuer, mais aussi des personnes qui les entourent et devant dès lors

fournir un soutien supplémentaire. La recherche d'aide se complexifie d'autant par l'obligation de compenser par un réseau informel pas toujours approprié et par le niveau de discernement exigé des personnes âgées dont les fonctions cognitives et l'état de santé diminuent (Penning et Keating, 2000 ; Keating et coll., 1999 ; Guberman et Maheu, 1999 ; Pullman, 1999 ; Weir et coll., 1998).

### **III- ÉTAT DE SANTÉ**

La perception que les personnes âgées ont de leur santé est généralement bonne (Chappell, 2003 ; Dalziel, 1996). Elles semblent généralement bien vieillir et se maintenir en bonne santé. Or, la maladie, l'isolement et la pauvreté font aussi partie de la réalité du vieillissement qui transcende le seul aspect biopsychologique des aînés (Bennett, 2002 ; Tijhuis et Coll., 1999 ; Ulysse, 1997). Par ailleurs, il faut faire attention de ne pas abonder dans des stéréotypes qui ont résulté, depuis plus de trente ans, en la médicalisation et l'exclusion des aînés de plusieurs sphères d'activités (Fry, 1996 ; Lesemann et Martin, 1993 ; Estes et Binney, 1989).

#### **Bien-être et relations sociales**

Pour les personnes âgées, même s'il devient plus difficile de respecter certaines normes de sociabilité, la faculté d'établir et de conserver des relations interpersonnelles est fondamentale dans la capacité de recevoir de l'aide. La contribution positive des relations sociales sur la santé et sur le bien-être des aînés devient appréciable pour continuer à affronter les exigences quotidiennes (Antonucci, 2001-1996 ; Unger et coll., 1999) et s'assurer une qualité de vie acceptable (Lawton, 2001). Le contact social, forme élémentaire de sociabilité constitue l'unité d'analyse des relations sociales (Delisle,

1996). Nous retrouvons cet indicateur dans la description structurelle des réseaux sociaux en comptant le nombre ou la fréquence des contacts que peut avoir une personne âgée afin d'évaluer l'importance de son réseau. Ces paramètres sont aussi la base utilisée par plusieurs auteurs pour l'établissement d'une typologie des réseaux (Litwin, 2003-1996).

Il existe un coût à l'entretien de relations sociales que les personnes âgées ne sont pas toujours prêtes à endosser. Les effets négatifs associés peuvent prendre la forme de demandes d'assistance de la part de leur entourage, pas toujours possible à satisfaire, de critiques et de conflits interpersonnels ou générationnels et d'attentes selon une base de réciprocité impossible à assumer. Ces tensions peuvent conduire à des états dépressifs, à un niveau élevé de stress, à une fatigue excessive, à une dégradation de leur état de santé et à des comportements à risque. Les femmes semblent plus sensibles à cet aspect négatif des relations sociales (Lavoie, 2000 ; Seeman et coll., 1996 ; Schuster et coll., 1990 ; Pagel et coll., 1987 ; Thoits, 1985 ; Kessler et coll., 1985).

La sociabilité et la solitude sont inséparables parce que la vie sociale est en continuelle mouvance. Par ailleurs lorsque l'équilibre entre ces deux pôles, propre à chaque individu, est rompu nous constatons chez les personnes âgées l'apparition de facteurs de risque qui touchent leur santé (Burg et Seeman, 1994). Ces deux facettes liées aux relations sociales [positives et négatives] ne sont que faiblement corrélées et doivent être examinées séparément pour bien comprendre l'influence de la famille et des autres liens inhérents aux réseaux sociaux (Schuster et coll., 1990 ; Finch et coll., 1989).

### **Santé, Réseaux sociaux et Habitudes de vie**

Plusieurs auteurs ont traité de l'impact des réseaux sociaux sur la santé physique et mentale des personnes âgées ou de la perception que ces dernières en ont (Zunzunegui et

coll., 2004-3 ; Keller et coll., 2003 ; Litwin, 2003-1-0 ; Berkman, 2000 ; Sluzki, 2000 ; Seeman, 2000 ; Unger et coll., 1999 ; Stansfeld, 1999 ; Seeman, 1996 ; Thoits, 1995 ; Berkman et Syme, 1979). Unger et coll. (1999) ont noté que l'effet protecteur des réseaux sociaux se fait le plus sentir auprès des personnes âgées dont les fonctions physiques sont le plus atteintes du moins jusqu'à une certaine limite. Les effets protecteurs des réseaux sociaux ont aussi été examinés par plusieurs auteurs et peuvent émerger à partir de différents processus : l'accès à l'information sur la santé et les services de santé accessibles (Litwin, 1997 ; Bloom, 1990), l'encouragement à des comportements sains (Bovbjerg et coll., 1995), l'encouragement à l'utilisation éclairée des services de soins de santé (Keating et coll., 1998 ; Chappell, 1998 ; Bleeker et coll., 1995), l'accès à de l'aide formelle ou informelle concrète et à du soutien émotionnel pour aplanir le stress de la vie (Thoits, 1995), le renforcement de l'estime de soi et du contrôle de sa vie (Litwin, 2001 ; Krause et coll., 1994) et l'influence psycho biologique des interrelations positives (Seeman et coll., 2000). Par ailleurs, notre préoccupation se situe plus dans l'identification de l'appartenance à un type de réseau selon l'état de santé de la personne âgée et non l'inverse.

Dans les cas où les personnes âgées doivent faire face à la fois aux conséquences physiques et mentales de leurs incapacités, la variable significative qui relie l'aide reçue et le réseau social est le nombre de contacts sociaux que ces personnes entretiennent. D'ailleurs, les différentes combinaisons de relations interpersonnelles présentent dans des réseaux spécifiques, nous indiquent quels types d'aide vont être disponibles dans ces réseaux (Wenger, 1997 ; Dykstra, 1993). Ces relations interpersonnelles sont influencées par différents facteurs. Berkman et coll. (2000) ont proposé un modèle tenant compte des

effets macro (environnementaux, politiques, culturels, socioéconomiques), mezzo (réseaux sociaux) et micro (psychologiques) indiquant l'influence, en cascades [de macro à micro], des relations sociales sur les comportements et l'engagement des individus ou le soutien qu'ils peuvent apporter ou recevoir de leur entourage.

Zunzunegui et coll. (2004), ont examiné la pertinence du modèle de Berkman (2000) pour confirmer la relation entre la santé perçue par les deux populations francophones faisant l'objet de notre étude [Hochelaga-Maisonneuve et Moncton] et leurs réseaux sociaux. Bien que la relation dans le sens réseaux → santé ne soit pas notre propos (mais l'inverse), les résultats de leur étude démontrent que les personnes âgées qui ont une très bonne perception de leur santé appartiennent particulièrement à un réseau très dense. Cette situation se retrouve le plus souvent à Moncton avec un réseau surtout composé d'amis et dans Hochelaga-Maisonneuve avec des réseaux formés sur la base des enfants et des proches. Elle souligne également l'importance, en accord avec d'autres auteurs, de l'intégration sociale dans le maintien de l'état de santé et particulièrement dans celui des fonctions cognitives (Zunzunegui et coll., 2004-3 ; Fratiglioni et coll., 2000 ; Bassuk et coll., 1999 ; Glass et coll., 1997).

Certains types de réseaux semblent être plus caractérisés que d'autres en fonction de la santé ou de l'autonomie des personnes âgées et selon la structure de regroupement propre à chaque réseau et l'aide qu'il offre (Litwin, 2000 ; Wenger et coll., 1995, Mugford et Kendig, 1986). Pour soutenir ce fait, certains auteurs ont mis au point un « indice réseau », en considérant différents niveaux d'activité instrumentale de vie quotidienne que les personnes âgées pouvaient accomplir en fonction de leur état de santé ou d'incapacité (Wenger et Tucker, 2002). Cet indice est bâti en fonction de l'aide

informelle reçue pour accomplir les activités nécessaires au maintien de leur autonomie. Il est utilisé également comme un estimé des contacts interpersonnels, des relations sociales entretenues, avec les proches, les amis et les connaissances (Keller et coll., 2003 ; Wenger et coll., 1995).

Même s'il est généralement reconnu que les fonctions diminuent avec l'âge, il existe une proportion significative de personnes âgées momentanément affaiblies, par le processus de vieillesse, qui sont susceptibles de regagner de la vitalité (Beckett et coll., 1996 ; Crimmins et Saito, 1993). Ceci étant, l'état de santé des personnes âgées va les obliger à avoir recours à de l'aide plus ou moins importante suivant l'évolution de leur condition et la disponibilité de leur entourage (Litwin, 2004-3 ; Keating et coll., 2002 ; Mendes de Leon et coll., 2001 ; Cicirelli, 2000 ; Kanaiaupuni et coll., 2000 ; Wenger, 1997).

Ceux qui vieillissent bien sont la plupart du temps, des hommes blancs, sans maladie chronique avec une forte éducation et un niveau de revenu élevé (Guérin et coll., 2003 ; Strawbridge et coll., 1996 ; Seeman et coll., 1994) ou ceux qui ont de bonnes habitudes de vie en pratiquant des activités physiques (Unger et coll., 1999 ; Rennemark et Hagberg, 1999 ; Litwin, 1997 ; Strawbridge et coll., 1996 ; Seeman et coll., 1995) ou qui ne fument pas (Parker et coll., 1996) ou boivent peu d'alcool (Scherr et coll., 1992). Les facteurs d'ordre psychologique sont également multiples dans le déroulement d'une vieillesse plus en douceur. Parmi ceux-ci, l'estime de soi (Seeman et Unger, 1997 ; Mendes de Leon et coll., 1996), l'absence de dépression (Litwin, 2001 ; Elstad, 1998 ; Strawbridge et coll., 1996) et une bonne perception de son état de santé (Mor et coll., 1994) sont reconnus comme des facteurs non négligeables pour prétendre à une bonne vieillesse.



Les problèmes physiques et mentaux incapacitants, entravent l'autonomie des personnes âgées et leur capacité à les surmonter. Ils les obligent alors à avoir recours à l'aide de leurs proches ou à des connaissances. Par ailleurs, même si les liens avec des personnes proches sont cruciaux pour un bon déroulement de la vie et pour éviter l'isolement, les liens avec les autres individus sont tout aussi importants par leur influence sur les habitudes de vie saines (Berkman, 2000 ; Boissevain, 1974).

La perte du conjoint(e) est une des raisons principale du sentiment de solitude que développent les personnes âgées et du désarroi qui envahi certaines d'entre-elles concernant leur soutien futur (Berg et coll., 1989). Plusieurs études ont souligné la relation entre la solitude et la détérioration de l'état de santé (Holmén et Furukawa, 2002 ; Russel et coll., 1997 ; Mullins et coll., 1996). Il a fréquemment été constaté que les personnes âgées plus isolées et peu actives font parties de réseaux sociaux clairsemés et ont plus de risque de voir décroître plus rapidement leurs fonctions cognitives (Zunzunegui et coll., 2003 ; van Baarsen, 2002 ; Balfour et coll., 2001 ; Seeman et coll., 2001).

### **État de santé / Fragilité / Incapacité**

Le fait d'avoir une incapacité peut limiter le degré d'autonomie des personnes âgées et les obliger à recourir à de l'aide formelle ou informelle suivant le niveau de limitations auquel elles doivent faire face. Au Canada, 81% des personnes âgées ont signalé au moins un problème de santé chronique diagnostiqué par un professionnel (Statistique Canada, 1999) et près de 40% ont déclaré que leurs activités en étaient limitées. Nombre d'aînés cumulent plusieurs incapacités (Statistique Canada, 1991). L'incapacité fait

référence à l'impossibilité de réaliser de façon autonome les activités de la vie domestique (AVD) et quotidiennes (AVQ) (Bergman et coll., 2004).

De façon générale, 20% des aînés ont des incapacités, au Québec, et ont besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne (Bergman et coll., 2002 ; Clair, 2000). Dans le cas des deux populations [Hochelaga-Maisonneuve et Moncton] qui font l'objet de cette recherche, 3,3% de l'ensemble des personnes âgées avait une fragilité<sup>5</sup> « grave », 8,7% « moyenne » et 15,1% « légère » selon l'indice d'incapacité utilisé par Béland et coll. (1998).

Les problèmes de santé qui conduisent les personnes âgées à demander de l'aide sont multiples. Parmi les problèmes physiologiques incapacitants les plus courants, on retrouve ceux associés aux cardiopathies, au cancer, au diabète, au rhumatisme ou à l'arthrite (Guralnik, 2001 ; Kergoat et Lebel, 1997 ; Hedblad et coll., 1992 ; Vogt et coll., 1992 ; Welin et coll., 1992 ; Berkman, 1984). Par ailleurs, au Canada, 33% des personnes âgées ont des problèmes cognitifs (Santé Canada, 2002 ; Blanchard-Fields et Abeles, 1996). Un autre volet, relativement incapacitant mais tout aussi important pour la recherche d'aide, est l'atteinte cognitive. Le changement cognitif est progressif et se traduit, suivant les individus, par une diminution de la capacité d'atteindre les buts fixés, par une baisse de sa propre estime, par une perte de confiance en soi et dans les autres autant que par une difficulté accrue de s'ajuster aux changements (Blanchard-Fields et Abeles, 1996). Ces problèmes, non seulement obligent les personnes âgées à avoir

---

<sup>5</sup> Définition : La fragilité est le fruit d'une interaction entre le vieillissement, la maladie et l'inactivité (Buchner et Wagner, 1992). Ainsi, le niveau de fragilité des personnes âgées dépend grandement de la relation de réciprocité que ces personnes entretiennent avec les services formels ou informels pour garder leur autonomie (Béland, 1998).

recours à des services formels et informels pour réaliser leurs activités quotidiennes et domestiques, mais ils les pénalisent en limitant leurs capacités de recherche d'aide.

Même si la qualité de vie des personnes âgées s'est améliorée dans leur dernière année de vie (Klein, 1998) et que leur espérance de vie augmente progressivement, leur capacité d'action est souvent conditionnée, non seulement par leur environnement social et physique, mais beaucoup par leur état relatif de fragilité. Ce concept relativement neuf (Bergman et coll., 2004 ; Bergman, 2003 ; Hogan et coll., 2003) peut se caractériser par la difficulté ou l'impossibilité pour les aînés de rester autonome dans leur milieu habituel de vie (Haldemann et Lessard, 2000 ; Béland et coll., 1998). Les personnes âgées en perte d'autonomie ont des limitations fonctionnelles de différents niveaux souvent liées à des problèmes complexes d'ordre médical, à des problèmes psychosociaux et disposent la plupart du temps de réseaux sociaux fragilisés (Clair, 2000). Ces limitations les conduisent vers des incapacités qui les empêchent d'accomplir des tâches essentielles de la vie courante et les obligent à rechercher de l'aide (Tennstedt, 1999).

La fragilité devient un facteur majeur dans la compréhension des besoins des personnes âgées (Lebel et coll., 2001), de leurs actions et de leurs rôles comme personnes au sein d'une communauté. Le niveau de fragilité des personnes âgées est affecté par la relation de réciprocité (Béland et coll., 1998) qu'elles entretiennent avec leurs proches mais aussi avec les services de santé afin de conserver leur autonomie. La fragilité est donc le fruit d'une interaction entre le vieillissement, la maladie et l'inactivité (Buchner et Wagner, 1992). Ainsi, ce qui compte pour une personne fragile afin de rester chez soi et demeurer autonome, c'est la présence d'une personne soutien disponible et à proximité (Haldemann et Lessard, 2000 ; Béland, 1992-1989).

La fragilité est d'autant présente que des éléments stressants (situationnels ou subjectifs) se manifestent dans le quotidien. La fragilité est souvent considérée comme un risque (Lebel et coll., 1999) inhérent à cette population, plutôt qu'un état, résultant de déficiences et de facteurs modulateurs comme la nature des réseaux et le choix de services d'aide auxquels les personnes âgées font appel (Leduc et coll., 2001).

Quatre approches principales se retrouvent dans la littérature (Arveux et coll., 2002) pour aborder le concept de fragilité, : 1- l'approche médicale (Fried, 1994) identifiée par des conséquences cliniques spécifiques ou syndromes gériatriques ; 2- l'approche fonctionnelle (Rockwood et coll., 1994) intéressée par l'équilibre entre les atouts qui favorisent l'autonomie et les déficits qui la menacent ; 3- l'approche physiologique (Verbrugge, 1994) préoccupée par la perte des réserves physiologiques associée à une plus grande susceptibilité à l'incapacité donc à une perte d'autonomie ; 3- l'approche dynamique (Lebel et coll., 1999) attachée à l'aspect instable et évolutif de l'état fonctionnel d'une personne âgée dans son environnement et donc aux risques encourus.

La fragilité est définie comme « *une vulnérabilité physiologique liée au vieillissement, conséquence d'une altération des réserves homéostasiques et d'une baisse des capacités de l'organisme à répondre à un stress* » d'après Fried (1998) ou dans le modèle dynamique (Lebel et coll., 1999 ; Leduc et coll., 2001) comme : « *le risque qu'à une personne âgée, à un moment donné de sa vie, de développer ou d'aggraver des limitations fonctionnelles (AVD ou AVQ) ou des incapacités de différentes dimensions, étant donné les effets combinés des déficiences et de facteurs modulateurs* ».

Comme le questionnaire ayant servi à la récolte de nos données (en 1996), s'est basé sur le niveau d'incapacité des personnes âgées selon l'approche de Verbrugge (1994), nous

utiliserons le processus d'incapacité et non la fragilité comme base pour suivre l'évolution des difficultés rencontrées par les personnes âgées. Ce processus nous permet de prendre en compte successivement l'atteinte physiologique, les déficiences puis les limitations fonctionnelles pour finalement évaluer le degré d'incapacité d'un individu.

Cette notion peut parfois être comprise, dans le répertoire québécois, comme la conséquence d'un handicap généralement stable et non réversible ou correspondre au degré de réduction d'une aptitude (Fougeyrollas, 1998). Mais, pour l'Enquête sur la Santé et les Limitations d'Activités (ESLA, 1986), elle a été définie et utilisée par le gouvernement canadien, aussi pour son recensement de 2001, comme : les difficultés avec les activités de la vie quotidienne ou réduction de la qualité ou du genre d'activités en raison d'un état physique ou mental ou de problèmes de santé. Nous retiendrons, parmi toutes, celle de Verbrugge et Jette (1994), dans la même ligne que celle du gouvernement canadien, qui la relie, après différentes étapes, à la difficulté d'accomplir les activités de la vie quotidienne (AVD).

Le degré d'incapacité est généralement évalué à partir d'informations données par la personne elle-même (Mendes de Leon, 2002). Par ailleurs, les degrés d'incapacité varient en fonction de facteurs externes [soins médicaux et médication, soutien extérieur, environnement physique et social, changement de statuts], individuels [habitude de vie, capacités psychologiques, flexibilité personnelle] et de caractéristiques prédisposantes [démographiques, sociales, comportementales et biologiques] (Verbrugge et Jette, 1994). L'apparition d'une incapacité dans la vie d'une personne âgée est un événement majeur et stressant limitant ses activités de vie quotidienne (AVQ) ou domestique (AVD) et peut conduire à des complications de tout ordre, physique et mental, pour ses années futures

avec un sentiment de perte de contrôle sur le cheminement de sa vie (Tennstedt, 1999 ; Weinberg et Chappell, 1996 ; Anki, 2002 ; Espinasse, 1992).

Il a été reconnu que le processus menant à l'incapacité est hautement dynamique et très diversifié (Taylor et Lynch, 2004 ; Gill et Kurland, 2003). L'étude longitudinale de Gill et Kurland (2003), a montré que le processus est substantiellement réversible lors d'un premier événement. Mais cette réversibilité demande une capacité d'adaptation de la part de la personne âgée pour pouvoir y faire face (Glass, 1998 ; Verbrugge et Jette, 1994).

L'évolution de l'incapacité, lorsqu'elle n'est pas permanente, peut suivre deux étapes : la première, sur une longue période, implique une évolution lente mais progressive due à une maladie chronique qui graduellement limite les capacités fonctionnelles de l'individu ; la seconde sous-tend des épisodes plus rapprochés de détérioration soudaine mais souvent suivis de récupération partielle par la personne atteinte (Ferrucci et coll., 1998-6). Par ailleurs, Guralnik et coll. (2002) ont souligné que la plupart des personnes âgées décédées de 75 ans et plus souffraient d'incapacité(s) majeure(s) durant leur dernière année et que cette condition était souvent sous-estimée.

L'état d'incapacité est un stresser persistant dans la vie d'un individu et peut conduire à des problèmes psychologiques et sociaux substantiels (Boerner, 2004 ; Bruce, 2001 ; Gignac et coll., 2000 ; Turner et Noh, 1988 ; Blazer, 1982 ; Pearlin et coll., 1981). La relation entre l'établissement d'une incapacité à long terme et le soutien reçu et perçu combiné aux facteurs dépressifs chez les personnes âgées a été examinée par plusieurs auteurs (Taylor et Lynch, 2004 ; Harris et Coll., 2003 ; Jang et coll., 2002 ; Mehta et coll., 2002 ; Krause, 1986). Ils ont montré que le processus d'incapacité est fortement associé au processus conduisant vers une dépression. Il apparaît être modulé par la perception du

soutien qu'il leur est apporté et non par le soutien réellement reçu. Il a été remarqué que les personnes âgées ayant une atteinte cognitive semblent avoir de meilleures chances, que celles n'en ayant pas, de recevoir de l'aide pour leurs soins personnels, leur déplacement et pour la communication avec le monde extérieur (Mehta et coll., 2003 ; Strain et Blandford, 2003). Encore une fois, la co-résidence de l'aidant est un facteur déterminant dans le fait d'être aidé. Mais la relation entre l'aide reçue par l'intermédiaire des réseaux sociaux et l'évolution de l'incapacité demeure complexe et certaines études contradictoires en font foi en indiquant qu'à long terme, le soutien instrumental peut être néfaste et le soutien émotionnel inefficace (Mendes de Leon et coll., 2002-1 ; Oxman et Hull, 1997 ; Hays et coll., 1997 ; Seeman et coll., 1996-5).

Récemment, Verbrugge et Sevak (2002) ont examiné l'efficacité de l'aide reçue<sup>6</sup> par les personnes âgées (55 ans et plus) pour réaliser différentes tâches<sup>7</sup> selon le niveau de leur incapacité. Leur analyse s'est basé sur le modèle du processus d'incapacité de Verbrugge et Jette (1994). L'efficacité a été mesurée en comparant la facilité (ou la difficulté) avec laquelle les personnes âgées pouvaient accomplir une tâche, soit domestique ou de soins personnels, avec ou sans aide de nature instrumentale, personnelle ou mixte. Les prédicteurs pour le besoin d'aide que ces auteurs ont fait ressortir sont principalement : 1- la sévérité des incapacités qui conduit les personnes âgées à avoir recours à la fois à de l'aide instrumentale et personnelle lorsque cette sévérité devient importante. Pour une

---

<sup>6</sup> Trois types d'aide ont été examinés pour chaque tâche accomplie : instrumentale ; personnelle (avec un aidant) ; ou mixte (en utilisant les deux à la fois). La difficulté de réalisation a été évaluée selon cinq niveaux soient : aucune difficulté, un peu, beaucoup, incapable de réaliser la tâche, je ne sais pas.

<sup>7</sup> Tâches considérées : six AVQ (prendre un bain ou une douche ; s'habiller ; manger ; rentrer ou sortir du lit, ou d'une chaise ; utiliser les toilettes ; se déplacer dans la maison) et six AVD (préparer ses repas ; faire ses courses ; gérer son budget ; utiliser le téléphone ; faire des travaux d'entretien autour de la maison ; faire des travaux ménagers dans la maison.

sévérité moyenne, l'aide instrumentale semble privilégiée parce que les personnes âgées tentent de prendre soin d'elles-mêmes et de garder le contrôle de leur situation (de rester autonome) avant de faire appel à un aidant. 2- l'état de santé général et la capacité fonctionnelle, mesurés comme un tout pour un deuxième prédicteur, font ressortir la vulnérabilité, la résilience et la fragilité de la personne âgée. Cette recherche montre que plus cet aspect global de la santé se détériore, plus la personne âgée a besoin d'assistance mixte. Lorsqu'elle fait appel à un seul type de soutien, c'est alors l'aide personnelle qui vient en second contrairement à la situation décrite précédemment qui considère un état spécifique plutôt que global. D'ailleurs l'efficacité n'est pas la même dans ces deux cas pour la même raison. 3- Cette étude montre également que l'aide instrumentale est plus efficace (en moyenne) que l'aide personnelle ou mixte pour réduire l'effet d'incapacité subit par une personne âgée. Les auteurs expliquent ce résultat par le fait qu'un équipement de soutien est la plupart du temps adapté à la personne, spécifique à la tâche à accomplir et est toujours disponible tout en permettant à cette personne de rester autosuffisante. Ces conditions ergonomiques liées à l'équipement, par les auteurs, nous pousse à être prudent puisque ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui peuvent se permettre ce genre d'aide adaptée. 4- Lors d'incapacité sévère, les gens semblent vouloir corésider avec des personnes aidantes pour leur venir en aide. La corésidence devient alors un prédicteur important dans ces conditions mais l'efficacité ne semble pas au rendez-vous. 5- Dans cette étude américaine, la reconnaissance politique des personnes limités par une incapacité semble jouer un rôle déterminant dans l'acquisition et l'utilisation d'équipement adapté et donc de valoriser ce type d'aide. Les résultats de cette recherche sur le niveau d'utilisation d'aide sont par ailleurs en accords avec d'autres



études sur le fait qu'il augmente aussi avec l'âge, la sexospécificité féminine et l'éducation de la personne dans le besoin (Guralnik et coll., 1995). Malgré son orientation, cette étude nous souligne certains prédicteurs que nous devons considérer dans notre recherche.

De même, la perception que les personnes âgées avec des incapacités, ont de leur santé ou de leur niveau d'autonomie fait ressortir certains prédicteurs dans la recherche d'aide. Ainsi, la chronicité et la sévérité de l'incapacité, les facteurs démographiques individuels [marié ou non, le fait d'être une femme, une faible éducation, un faible niveau de vie], les habitudes de vie [consommation d'alcool, de cigarettes et le manque d'activités physique], la fragilité psychologique [le manque d'estime de soi, l'exposition au stress chronique, la dépression, le manque perçu de soutien] sont tous des facteurs qui modulent la recherche d'aide comme nous l'avons déjà souligné. La contribution des facteurs individuels semble plus importante dans le cas des personnes âgées avec des incapacités et ces paramètres indiquent une plus grande utilisation potentielle de services formels ou informels de la part de cette population (Cott et coll., 1999 ; Guralnik et coll., 1995). La capacité d'adaptation et d'acceptation de leur condition est aussi un facteur important dans l'utilisation de l'aide disponible ou proposée (Gignac et coll., 2000).

En général, la stabilité des réseaux est grandement atteinte lorsque les personnes âgées voient leur niveau d'incapacité et leur besoin d'aide augmenter. En effet, les aînés ont du mal à entretenir leur réseau lorsque leur état de santé se détériore fortement et que leur niveau dépressif augmente (Tilburg et Broese van Groenou, 2002). Dans ces derniers cas, les ressources formelles prennent plus d'importance pour la prise en charge de cette population (Litwin, 2003). Non seulement les réseaux sociaux influencent la santé des

aînés, mais les réseaux sociaux sont aussi affectés par la santé des personnes recherchant de l'aide (Lennartson, 1999).

### **L'incapacité comme barrière à l'accès aux services**

L'augmentation de la demande de services due à la baisse d'autonomie chez les aînés nécessite de nouvelles approches plus souples afin d'éviter d'investir dans les établissements publics pour faciliter l'accès aux services (Hébert, 2002 ; Romanow, 2002 ; Béland et coll., 1998 ; Bergman et coll. 1997 ; Marzouk, 1991). Cependant, il a été constaté que les personnes en perte d'autonomie, avec l'apparition d'une incapacité fonctionnelle, ont beaucoup de difficulté à se rendre aux points de services et à obtenir ceux dont elles ont besoin. Cette situation est principalement due à la fragmentation des services, à l'absence d'imputabilité et de responsabilité et au peu d'incitation au travail interdisciplinaire entre les milieux médicaux et sociaux (Clair, 2000).

La notion d'incapacité devient déterminante dans la mobilisation des ressources pour recevoir de l'aide et maintenir un niveau d'autonomie fonctionnelle chez les aînés, dans le choix des réseaux de soutien suivant leur situation familiale et sociale et dans l'équilibre social que ces personnes essaient de maintenir (Tennstedt, 1999). Il existe beaucoup de tests utilisés en clinique pour évaluer le fonctionnement d'une personne âgée (Desrosiers, 1997). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle est le critère principal d'intervention du point de vue des programmes gouvernementaux. Elle est souvent appréciée par le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF : Hébert et coll., 1988) élaboré à partir de la classification des déficiences, incapacités et handicaps de l'OMS (1980). Selon cette classification, l'incapacité résulte d'une déficience qui limite le fonctionnement et le handicap se rapporte plutôt au désavantage social entraîné par

l'incapacité. Il évalue 29 fonctions couvrant 7 activités de la vie quotidienne (AVQ), 6 items de mobilité, 3 items de communication, 5 items de fonctions mentales et 8 activités de la vie domestique (AVD).

En résumé, le degré d'autonomie des aînés est un des critères essentiels qui module le recours à l'aide (formelle ou informelle) pour que les personnes âgées puissent continuer à rester en ménage privé. Moins la personne âgée est autonome, moins elle a la capacité de rester seule sans aide chez elle et plus elle a besoin d'aide et se trouve dans une position de demande de soutien. Dans une étude auprès de la population espagnole, Béland et Zunzunegui (1999) ont indiqué que les prédicteurs d'un état fonctionnel détérioré chez les personnes âgées étaient principalement : l'âge, la sexospécificité, le niveau d'éducation, le fait d'être un travailleur manuel et à bas revenus, d'avoir un état de santé avec des conditions chroniques, des déficits cognitifs et à des symptômes dépressifs.

L'état relatif d'incapacité / de fragilité doit être interprété dans une perspective de réciprocité avec le milieu et de lourdeur de tâche pour les personnes soutien afin de nous aider à estimer le type de réseau exploité par les personnes âgées. La fragilité est sexospécifique et en cela elle module l'aide formelle ou informelle recherchée (Béland et Zunzunegui, 1999 ; Katz et Coll., 2000 ; Murtagh et Hubert, 2004). L'organisation structurelle et l'accès aux ressources deviennent alors décisifs autant que les interrelations entre les membres des réseaux.

## **IV RESSOURCES DISPONIBLES**

En matière d'aide aux personnes âgées, une véritable panoplie de ressources diverses sont présentes dans leur environnement. Elles vont de l'aide bénévole pure à l'aide professionnelle unique en passant par tous les intermédiaires mixtes provenant des secteurs formels et informels. Les personnes âgées organisent leur système d'aide en combinant différents types d'aide selon l'accessibilité aux services de soins formels, l'évolution de leur incapacité et de leur réseau informel (Hales, 2004 ; Tennstedt, 1999 ; Bocquet et Coll., 1997 ; Noelker et Bass, 1989). Mais les aînés ont souvent une connaissance parcellaire des ressources disponibles dans les secteurs formels et informels et des modes d'utilisation de ressources en fonction des services qu'ils requièrent, de leurs capacités d'action et de leurs moyens.

La personne âgée fait face au problème de déterminer et de rechercher la meilleure aide disponible pour elle-même du moment que son environnement lui permet et que sa condition cognitive lui laisse le loisir de participer au processus social de prise de décision selon ses valeurs (Delisle et Ouellet, 2002 ; Pescosolido, 1994b). Cette possibilité est aussi dépendante de la relation de la personne âgée avec le système formel et avec son réseau social informel qui lui renvoie une indication sur l'ampleur de ses problèmes, les limites de ses ressources et la façon d'agir selon les circonstances et sa position dans le réseau (Fassbender, 1999). Sinon, elle dépend des décisions prises par ses aidants naturels (Wackerbarth, 2002).

### **Rôle des acteurs**

Il s'agit de voir comment chacun des secteurs (formels - informels) alimente les services donnés aux personnes âgées et quels rôles fonctionnels, en termes instrumental et

intégratif, ils assument afin de conserver leur autonomie et leur maintien à domicile. En 1996, l'Enquête Sociale Générale (ESG) Canadienne nous indiquait que plus de 70% de l'aide à domicile (heures) provenait du secteur informel et plus particulièrement de la famille (Martel et Carrière, 2004). Le mode de vie et l'âge étaient les principaux déterminants de cette aide reçue. Dans la même analyse, l'absence d'enfants survivants et les problèmes de dextérité ou de mobilité étaient les causes principales du recours à l'aide formelle (Lafrenière et coll., 2003).

La personne âgée n'a pas seulement besoin d'aide instrumentale mais elle a aussi besoin de se faire guider dans les dédales bureaucratiques des organisations de services formels. Ses aptitudes à la communication [capacité auditive, problème de mémoire] peuvent changer avec l'âge et le stress augmenter d'autant (Rosenthal et Martin-Matthews, 1999 ; Hickson et coll., 1995 ; Antonucci et Akiyama, 1987). Pour ce faire elle a souvent recours à sa famille ou à des relations qui peuvent l'aiguiller et la supporter émotionnellement (Zarit et Pearlin, 1993 ; James, 1992).

La présence d'un proche sous le même toit et la qualité d'interaction inter réseau et extra réseau entre les acteurs est déterminante dans le soutien des personnes âgées. Le manque d'information lié à l'augmentation du stress et des responsabilités, qui sont associés à la prise en charge d'un aîné, peuvent conduire les personnes soutien à une situation de risque autant professionnel que physique (Hales, 2004 ; Chappell, 1991). Leur capacité d'action est également mise en cause par leur épuisement progressif si les tensions sont trop importantes (Keating et coll., 1999 ; Fast et coll., 1999b). Ces difficultés ne permettent pas le maintien à long terme de l'aide informelle et le recours aux réseaux formels redevient essentiels.

La répartition du soutien afin de garder la personne âgée autonome dans sa communauté, se fait selon un équilibre défini par son état de santé, sa condition socioéconomique et sa volonté ou sa faculté de s'occuper d'elle-même (Weinberg et Chappell, 1996), par les services formels offerts et accessibles dans la communauté et par la disponibilité des membres de son réseau pour lui venir en aide. Cet équilibre défini des patrons de services selon l'aide reçue, les incapacités et les maladies chroniques qui affligent ces personnes. Il est aussi fonction de la disponibilité et de la condition physique des aidants naturels (Penning et coll., 1998 ; Noelker et Bass, 1989). On peut donc espérer en tirer une typologie en fonction de l'aide reçue.

### **Secteur informel**

Les personnes âgées veulent naturellement rester chez elles le plus longtemps possible et demeurer autonomes au sein de leur communauté, mais pour ce faire, elles ont besoin d'aide (Hales, 2004 ; Lafrenière et coll., 2003 ; McAllister et Hollander, 1993 ; Noelker et Bass, 1989). Le secteur informel est devenu, après les coupures dans les services formels et les réformes successives affectant les ressources publiques, le moyen privilégié pour répondre à ce souhait d'autonomie (Clair, 2000 ; Romanow, 2002). Dans le contexte actuel, les aidants naturels fournissent de 70 à 80% de tous les soins dont les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin (Lafrenière et Coll., 2003 ; Santé Canada, 1999; Lyons et Zarit, 1999 ; Parker 1990 ; Stone 1991 ; Rankin 1990 ; Finch 1986 ; Kane et Kane, 1985).

### ***Aidants naturels***

Les aidants naturels sont ceux qui, dans l'environnement de la personne âgée, la connaissent et en prennent soin selon leur bon vouloir et leur disponibilité. Ils se

retrouvent parmi les proches familiaux, les voisins, les amis ou les connaissances. De ces ressources, il se dégage souvent un aidant principal qui assume l'essentiel de la responsabilité de l'aide. Mais il apparaît clairement que la relation entre l'aidant naturel et la personne âgée est fortement associée à l'âge et à leur cohabitation (Hales, 2004 ; Béland, 1992 ; Chappell, 1991). L'aide informelle est, la plupart du temps, dispensée par une seule personne et n'est pas généralement une activité partagée (Tennstedt, 1999). Couramment, c'était des femmes plus jeunes (moins de 65 ans) ou d'autres personnes âgées qui formaient la cohorte d'aidants naturels, mais avec l'évolution du marché du travail les hommes et les femmes [comme aidants naturels] sont en proportions plus égales, indépendamment du niveau d'incapacité et d'âge (Hales, 2004 ; Keating et Coll., 1999 ; Holmes et Deb, 1998 ; Chappell, 1991).

Les tâches accomplies par les aidants naturels couvrent le domaine des responsabilités normales de la vie de tous les jours, de soutien émotionnel, d'actes délégués de professionnels de la santé et celles qualifiées d'instrumentales (McKinlay et Tennstedt, 1986 ; Horowitz et Dobrof, 1982). Elles peuvent aussi se regrouper selon cinq catégories de tâches, : A) Le travail d'identification de problèmes émergents B) de prévention en contrôlant l'environnement C) de gestion D) d'aide instrumentale pour conserver l'intégrité physique E) de protection pour garder l'image de la personne (Lavoie, 1999 ; Bowers, 1987). L'aide apportée débute fréquemment par les activités extérieures au domicile. Par ailleurs, plus le bénéficiaire a des incapacités sévères, plus l'aide se rapproche des soins personnels et du corps. Les aidants naturels peuvent aussi servir de médiateurs entre la personne âgée et l'aide professionnelle si le recours à des ressources extérieures s'avère nécessaire (Hales, 2004 ; Bocquet et Coll., 1997). La nature et la

durée de l'aide peut se répartir selon trois niveaux : 1- l'aide simple souvent constituée de services ponctuels, 2- l'aide régulière qui correspond au passage à une aide plus unilatérale puis 3- une aide de dépendance qui s'apparente à de l'assistance aux personnes ayant une ou des incapacités Bocquet et coll. (1997).

Dans notre étude, nous examinerons dix-sept tâches spécifiques en accord avec notre questionnaire. Elles sont réparties en huit activités de vie domestique et neuf activités de vie quotidienne pour lesquelles les ressources proviennent des secteurs formels et informels. Il y a donc une multiplicité des configurations susceptibles d'être adoptées par la personne âgée et son entourage pour obtenir de l'aide.

### *Aidants naturels et Agences*

Il est intéressant de regarder ce que les personnes soutien représentent également pour l'État (Lavoie et coll., 1998). Cela dépend des pays et des cultures, en Suède le gouvernement est très impliqué dans les soins aux personnes âgées et ne s'appuie que très peu sur les familles pour supporter ses programmes destinés aux personnes âgées, bien que les Suédois s'impliquent considérablement auprès de leurs aînés. Par ailleurs en Corée du Sud, la tradition veut que les familles s'occupent des parents âgés et le gouvernement s'implique très peu dans les services dédiés aux personnes âgées (Lyons et Zarit, 1999). Au Québec, la majorité des institutions (en 1998, 10 Régies régionales sur 15 et 39 CLSC sur 52) considéraient ces personnes soutien comme une ressource à risque d'épuisement qu'il fallait soutenir pour la seule raison qu'elles aident les autorités à atteindre leurs objectifs. Les services donnés par ces réseaux informels de personnes soutien se substituent à ceux que le réseau formel devrait assurer. Il existait quelques cas en 1998 (2 Régies régionales et 5 CLSC) où les institutions offraient de l'aide aux



personnes soutien par des mécanismes d'évaluation et de consultation spécifiques sans forcer leurs implications mais en leur laissant un droit de regard sur les options proposées. Dans ces cas, les institutions en causes optaient pour une approche de partenariat où les personnes soutien avaient un droit de regard et n'étaient pas prises pour acquises par le secteur public (Lavoie et coll., 1998). Bien qu'il existe un intérêt de la part des gouvernements pour le secteur informel, il y a un manque de volonté pour définir les liens entre le secteur formel et informel afin de maximiser et coordonner les efforts dans les services donnés aux aînés (Carpentier et Ducharme, 2003 ; Keating et coll., 2002 ; Lyons et Zarit, 1999).

À titre d'exemple (voir tableau ci-dessous), le Conseil de la famille et de l'enfance du Québec (2004) a fait ressortir l'importance accordée à certains types de tâches accomplies en fonction du lien entre l'aidant naturel principal et l'aidé.

Cette répartition est variable selon la perspective et la méthodologie des études qui en font état. Les tâches et l'identification des

Aidant Naturel : Importance accordée à chacun des types d'aide en fonction du lien avec l'aidé <sup>8</sup>				
Type d'aides	Personne aidante			
	Conjoint	Conjointe	Fils	Fille
Faire des visites ou des sorties	N.D.	N.D.	82%	80%
Accompagner pour les rendez-vous médicaux à l'hôpital	91%	85%	70%	67%
Préparer les repas, faire l'entretien ménager	72%	76%	32%	26%
Donner le bain, aider à se vêtir	62%	61%	25%	22%
Donner des injections, changer les pansements	40%	39%	21%	25%
Déménager	N.D.	N.D.	21%	20%
Réduire le temps de travail	50%	39%	10%	11%
N.D. : Les questions Faire des visites/des sorties ou Déménager n'ont pas été posées aux conjoints(es)				

aidants sont très différentes si nous examinons le dernier rapport sur l'aide informelle en Australie (Hales, 2004) ou la recherche dont le but était de définir une typologie de l'aide formelle et informelle en fonction des tâches accomplies (Noelker et Bass, 1989).

<sup>8</sup> Tiré de : AMIOT, BLAIS, BOILY, COUTURE, DAHER, LABRECQUE ; Vieillesse et santé fragile, un choc pour la famille ; Conseil de la famille et de l'enfance, 2004, p 52.  
[http://www.cfe.gouv.qc.ca/wmimages/avis\\_vieillessement.pdf](http://www.cfe.gouv.qc.ca/wmimages/avis_vieillessement.pdf)

### ***Personnes âgées et personnes soutien***

Les personnes âgées qui font appel à leur réseau d'aide familial se rendent souvent compte qu'il ne fonctionne pas à sens unique (Lindsay, 1999). Les jeunes aînés, 65-75 ans, s'occupent des petits enfants ou offrent gratuitement de l'aide aux autres personnes âgées, surtout à celles de 85 ans et plus. Le lien émotif entre le soignant et la personne âgée est très important dans ces relations (personnes soutien - personnes âgées) (Boisaubin et al, 2007 ; Frederick et Fast, 1999). Cependant, les familles ne représentent pas un appui forcément stable surtout dans un milieu défavorisé (Béland, 1998).

Les stratégies adoptées par les personnes âgées pour se débrouiller elles-mêmes se sont multipliées, pas toujours pour le mieux puisque ces interventions ne sont pas mutuellement exclusives ni complémentaires. Celles qui essaient de se débrouiller le plus par elles-mêmes sont souvent celles dont l'état de santé est très affecté par des conditions chroniques ou par un haut niveau d'incapacité. Pareillement, celles ayant le plus de limitations fonctionnelles font beaucoup appel au secteur informel pour leur venir en aide (Penning et coll., 1998).

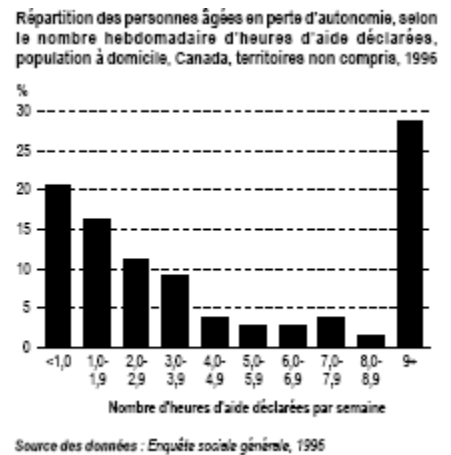
Parmi les agents de soutien, 70,5% des hommes et 46,8% des femmes exercent un emploi à plein temps (Keating et coll., 1999). Il y a donc des coûts personnels importants et cachés à cette aide (Hales, 2004 ; Keating et coll., 1999 ; Fast et coll., 1999b) qui peuvent se traduire par des pertes de revenus ou une perte de qualité de l'aide apportée (CCNTA, 1999). De plus, les pressions sur les familles n'ont fait qu'augmenter avec les fermetures d'hôpitaux et le virage ambulatoire, entraînant chez ceux qui doivent s'occuper d'un proche une augmentation de leurs charges de travail et des sentiments croissants d'insécurité, d'épuisement, de stress et d'impuissance (Romanow, 2002 ; Guberman,

2001 ; Clair, 2000 ; Pearlin et coll., 1996 ; Schulz et Williamson, 1993). Les aidants naturels qui passent le plus de temps avec les aînés, subissent le plus de stress émotif et psychologique et leur bien-être peut en être affecté (Hales, 2004 ; Proot et coll., 2003 ; LLacer et coll., 2002 ; Lyons et coll., 2002 ; Pot et coll., 2000 ; Lavoie, 1999 ; Yates et coll., 1999). La capacité des familles ou des personnes de soutien à maintenir leur rôle, est donc mise en cause par l'augmentation des activités de ses membres, de leurs contraintes professionnelles, de la diminution des services publics et de leur accessibilité (Anderson et coll., 2000 ; van den Heuvel et coll., 2000 ; Stone, 1991-0).

La perception de la personne aidée est souvent minimisée dans les études portant sur l'effet de l'aide informelle (Lyons et Zarit, 1999). Lorsqu'elle est prise en compte, c'est la plupart du temps pour souligner son bien-être, l'état de sa santé mentale ou au travers du délai d'institutionnalisation (Lyons et coll., 2002). Par ailleurs, les points de friction entre la personne aidée et l'aidant naturel se manifestent lorsque les buts ou les perspectives d'aide sont discordants (Lyons et coll., 2002 ; Weinberg et Chappell, 1996). Ils se retrouvent le plus souvent dans le soutien psychologique et la gestion du stress, dans la communication et la dispensation de conseils, dans la mise en place de bonnes habitudes de vie et dans la nutrition, dans la prise en charge par les aînés de leur propre santé et enfin dans la gestion des finances (Lyons et coll., 2002 ; Spriggs et Navaie-Waliser, 2002).

Une étude canadienne (Enquête Sociale Générale, Lafrenière et coll., 2003) sur les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile [n=1089] a montré qu'en 1996, une médiane de trois (3) heures par semaine d'aide avait été fournie par le secteur informel. La figure ci-dessous, tirée de cette étude, montre la répartition des personnes

âgées en perte d'autonomie, selon le nombre hebdomadaire d'heures d'aide déclarées pour la population à domicile. Le mode de vie, l'âge et au moins un problème de santé étaient les facteurs principaux de ce support. Par ailleurs, l'absence d'enfants et des problèmes de motricité étaient les principales raisons pour faire appel aux services



formels (Lafrenière et Coll., 2003). Par contre, une étude australienne nationale (Hales, 2004) a montré qu'un aidant naturel sur deux passait environ 20h par semaine en soutien informel auprès d'un aîné. Ce chiffre augmentait à plus de 40h par semaine pour un intervenant sur trois. Par ailleurs, le nombre d'heures d'aide informelle diminue après 80 ans (Lafrenière et coll., 2003).

Les soins à domiciles formels peuvent prolonger les soins informels et prévenir l'épuisement des personnes soutien assurant ces soins (Lyons et coll., 2002 ; Zarit et coll., 1998 ; Chappell, 1992). Le réseau informel pourrait alors être en complémentarité avec le réseau formel (Lavoie et coll., 1998) mais la relation entre ces deux secteurs est plus complexe. Holmes et Deb (1998) ont souligné le rôle joué par l'aidant naturel dans l'évaluation des besoins des personnes âgées et dans le manque de services de la part des professionnels. La décision de fournir de l'aide par la personne soutien, est donc fonction de l'aide formelle et informelle déjà reçue par l'aîné(e). Par ailleurs, l'absence de soignants informels est un grand prédicteur de soins de longue durée en établissement pour les personnes âgées (Shapiro et Tate, 1988).

## **Secteur Formel**

La santé n'est plus l'absence de maladie et l'aspect social tout aussi important devrait être mieux intégré à l'ensemble des services publics offerts par les gouvernements (Bergman et Béland, 2000). Pescosolido (1996) mentionnait déjà que les nombreux changements dans les systèmes de santé modelaient de nouveaux rôles à la fois pour les patients et pour les fournisseurs de services et que les réseaux sociaux offraient une réelle alternative lors d'un épisode de maladie. Les systèmes canadien et québécois de santé sont dans une période agitée et différents concepts d'organisation et de distributions de services doivent être mis en place pour palier aux changements démographiques et sociaux (Trahan et Caris, 2002 ; Bergman et Béland, 2002).

La tendance dans les réformes des services de soins, au Canada, inclue la transition de plus en plus fréquente de services institutionnels vers des services communautaires ou vers le privé (Hébert et Landry, 2008 ; Bergman et Béland, 2002). Ces transitions sous-tendent une plus grande capacité pour les personnes âgées de s'occuper d'elles-mêmes ou augmentent le fardeau des responsabilités de services sur le secteur informel (Penning et coll., 1998). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle fait partie des critères d'intervention du point de vue des programmes gouvernementaux mais le niveau d'autonomie n'a pas la même signification que l'on soit la personne âgée ou le responsable de la distribution des services publics (Stone, 1990).

### ***Accessibilité / Engorgement institutionnel***

Selon des rapports gouvernementaux récents (Clair, 2000 ; et Romanow, 2002), le manque de ressources humaines et financières dans le système de santé conduit à

l'engorgement de l'infrastructure institutionnelle. La croissance des dépenses en santé au Québec, est confrontée à quatre facteurs selon les autorités gouvernementales : le vieillissement de la population, l'augmentation des coûts des médicaments et de leur utilisation, l'évolution technologique (MSSS, 2002). En 2000, les services accordés aux personnes âgées correspondaient à près de 50% des dépenses de santé du MSSS (Marois, 2000). Il n'existe pas de corrélation entre l'âge d'une population et ce qui lui en coûte pour sa santé (Leibovich et coll., 1997 ; Arweiler, 1997 ; Brousselle, 1997 ; Fournier, 1997).

Le manque de ressources et leur répartition souvent inadéquate ne permettent pas toujours de satisfaire aux besoins d'une population âgée fragilisée qui nécessite des services adaptés à domicile bien gérés et suffisamment disponibles (Béland et Bergman, 2000). La situation actuelle occasionne un grand nombre de placements en hébergement et contribue à l'engorgement du système. Par ailleurs, en terme de coûts directs et sociaux (incluant la valorisation des interventions de la famille), les soins à domicile sont avantageux jusqu'à des niveaux élevés d'incapacité (Hébert, 2002; Hollander et Chappell, 2001).

Pour aider au désengorgement institutionnel et à l'amélioration de l'accès aux services, les autorités font la promotion de réseaux de services intégrés (SIPA : Bergman, Béland et coll., 1997b ; PRISMA : Hébert, 2001, Durand, 2000) pour assurer la continuité des soins (Clair, 2000 ; MSSS, 2002). Plusieurs auteurs soulèvent le fait que l'intégration des services informels et formels est une voie prometteuse pour mieux tirer partie des efforts déployés par les deux secteurs et optimiser les soins primaires aux personnes âgées (Hales, 2004 ; Carpentier et Ducharme, 2003 ; Rogers et Sheaff, 2000 ; Chapman et

Pancoast, 1985). L'intégration vise une cohésion viable entre les systèmes de valeurs, les systèmes cliniques et les gouvernes de telle façon que les acteurs (la population comprise donc les aidants naturels) y trouvent leurs avantages (Contandriopoulos, 2001). La modification graduelle de l'organisation des services est envisagée par l'inversion de la pyramide actuelle où les ressources sont dirigées vers les services spécialisés (MSSS, 2002), mais elle n'était pas en place au moment de la collecte des données. Cette approche « par le bas » faciliterait le soutien des familles et des personnes âgées en besoin en développant de meilleures connaissances et habiletés médicales auprès des aidants naturels autant qu'un meilleur suivi (Leatt et Coll., 2000)

Les milieux d'hébergement doivent également s'ajuster à l'évolution du système et des besoins. Les personnes recourent à leurs services de plus en plus tard, seulement lorsqu'elles sont aux prises avec des incapacités sévères, souvent des troubles cognitifs, alors qu'elles ne peuvent plus habiter chez elles. Ces situations conduisent à un trop grand recours à l'urgence et à l'institutionnalisation, à l'hospitalisation prolongée en milieu de courte durée ainsi qu'à la surmédication. Elles handicapent la qualité de la vie des personnes en plus de générer des coûts importants pour la collectivité. Par ailleurs la présence importante du privé dans le secteur de l'hébergement relègue les cas lourds vers le secteur public.

En résumé, l'intégration des services est préconisée tout au long de la chaîne autant formelle qu'informelle mais reste un souhait dans beaucoup de cas. Le manque de ressources autant financières qu'humaines dans le réseau formel a conduit à un engorgement des services et à un maintien des secteurs hospitaliers au détriment des services à domicile entraînant une diminution de la disponibilité des services formels.

Cette situation a alourdi le fardeau des proches, aidant les personnes âgées à conserver leur autonomie, par le recours accru à des sources d'aide informelles. Par ailleurs, les réseaux utilisés par les aînés sont fortement conditionnés par la faiblesse de soutien formel à domicile (Béland et Bergman, 2000). Ce constat devrait se retrouver dans la typologie des réseaux selon la disponibilité des services et donc dans l'examen des déterminants d'appartenance des personnes âgées aux différents types de réseaux.

### ***Disparité des services et division des tâches entre les acteurs du réseau social***

Alors qu'il est question de mise en place de réseaux de services intégrés avec la participation des collectivités, un rapport sur le système de santé au Canada (Romanow, 2002) souligne fortement la disparité d'accès aux soins dans beaucoup de régions au travers du pays. Le CCNTA (2000) a également signalé à plusieurs reprises, la menace insidieuse touchant à la fois le coût global, l'équité des soins de santé au Canada et le fardeau imposé aux aînés pour qu'ils assurent leur autonomie. Les aînés, non seulement, sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins de santé que d'autres Canadiens (Wilkins et Park, 1996) mais ils doivent également payer davantage pour leurs soins de santé malgré leur revenu plus faible (Lindsay, 1999). Le rapport Romanov (2002) indique que le recours croissant au secteur privé saborde l'égalité d'accès pour tous aux services qui leur sont nécessaires indépendamment de leurs moyens financiers.

Pareillement, au Québec, la différence d'accès et de services offerts d'une région à l'autre n'assure pas une égalité pour tous en fonction des services normalement couverts (Clair, 2000). Non seulement la disparité régionale existe, mais l'accès aux services est souvent difficile et variable.



La fragmentation des services et des modes d'organisation ainsi que le manque de coordination entre les intervenants entraînent une multiplication et un alourdissement des interventions (MSSS, 2001). Ainsi, d'une institution à l'autre, les difficultés d'intégration des différents acteurs appartenant aux réseaux d'aide formels (institutionnels, communautaires, bénévoles) viennent compliquer la situation des personnes âgées malgré les bonnes intentions (MSSS, 2000 ; RRSSSMC, 2000 ; LeGrand et Coll., 1999 ; Jacobs, 1998). Par ailleurs, les relations actuelles État/ Secteur communautaire sont dominées par une coopération de type conflictuel ou de participation contradictoire (White, 2001).

Les services offerts par les CLSC, porte d'entrée unique, varient au gré des initiatives de ces organisations ou selon les crises dans le réseau et on assiste à une dispersion des pratiques. Les services de soins à domicile sont encore passablement différents d'un CLSC à l'autre, de même que les services communautaires et les ressources ne suivent pas toujours les besoins (Clair, 2000).

Les personnes âgées sont donc obligées de faire appel à d'autres réseaux (formels ou informels) ou le cas échéant, aux agences privées pour des services qu'elles-mêmes ou leurs familles doivent souvent payer (Jacob, 1998). Par ailleurs, la RRSSSMC (1999) souligne sa volonté de soutenir les réseaux familiaux et communautaires dont le rôle lui apparaît crucial afin de maintenir les aînés dans leurs milieux et de réduire l'impact sur les aidants naturels et les proches. En attendant, le fardeau des familles et des proches reste important et trop peu d'actions, pour offrir du répit à ces personnes, sont entreprises et offertes par le réseau de la santé et des services sociaux pour les soulager et favoriser leur participation (MSSS, 1999). La concertation et le travail en réseau sont certainement souhaités, mais cela suppose l'implication de l'ensemble des acteurs d'une communauté

en organisant la participation effective et concrète de la population (Bantuelle, Morel et Dario, 2000).

En résumé, le manque de coordination entre les secteurs communautaires et institutionnels favorise la fragmentation des services formels. Par ailleurs, l'absence de guide concret et uniforme, dans l'ensemble des CLSC ou des portes d'entrée unique suivant le système en place, accroît la disparité locale des ressources formelles disponibles pour les personnes âgées. Cette situation augmente aussi la confusion des aînés ou de leurs proches quant aux recours sur lesquels ils peuvent compter. Il y a alourdissement des tâches chez les ressources d'aide informelles pour l'accomplissement de tâches normalement dévolues à des services formels avec le transfert de responsabilités du secteur public vers les familles. Mais, la frontière entre les secteurs formels et informels reste floue (Allen et Ciambrone, 2003). Ces aspects nous semblent important lors de l'analyse des déterminants associés à l'appartenance des personnes âgées à un type de réseau selon l'aide recherchée et donc dans la typologie de ces réseaux.

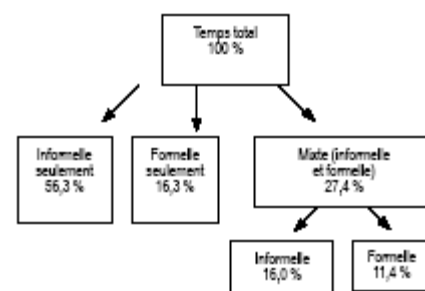
### **Ressources formelles et informelles, complémentarité, substitution, évolution**

Les services formels sont plus utilisés lorsque les incapacités fonctionnelles des personnes âgées sont lourdes ou avec la diminution potentielle du bassin de personnes soutien (Lafrenière et Coll., 2003 ; Fassbender, 2001-1999). L'aide recherchée évolue principalement à partir d'une ressource informelle vers une ressource plus formelle en fonction : de l'apparition ou de l'augmentation d'incapacités, de vivre seul, de la disparition de son corésident et aidant naturel (Tennstedt et coll., 1999-6). Ce scénario s'applique surtout aux personnes âgées vivant seules, mais l'aide informelle peut

également augmenter indépendamment de l'aide formelle reçue (Hales, 2004 ; Lafrenière et Coll., 2003 ; Logan et Spitze, 2003). Il a été constaté lors d'une diminution du nombre d'heures d'aide informelle que l'aide formelle n'augmente pas en fonction des heures perdues et que le nombre total d'heures reçues est alors moindre (Tennstedt et coll., 1999-6). Cette diminution peut s'expliquer principalement par une mauvaise accessibilité aux services formels, par une diminution temporaire des incapacités, par une plus grande efficacité des services formels ou par une préférence marquée de la part des personnes âgées pour les services informels.

Dans les cas d'utilisations mixtes des deux secteurs, l'augmentation de l'aide informelle ne réduit pas l'aide formelle reçue (Logan et Spitze, 2003 ; Lafrenière et coll., 2003 ; Penning et coll., 1998). La figure ci-contre, tirée de l'étude de Lafrenière et Coll. (2003) montre le pourcentage du temps total d'aide déclaré par les personnes âgées en perte d'autonomie, selon la source de l'aide en 1996 au Canada. Les services formels peuvent aussi se substituer aux services

Pourcentage du temps total d'aide déclaré par les personnes âgées en perte d'autonomie, selon la source de l'aide, population à domicile, Canada, territoires non compris, 1996



Source des données : Enquête sociale générale, 1996

informels lors d'une maladie ou du décès de la personne soutien surtout si celle-ci n'était pas un proche. Par ailleurs, plus l'environnement familial est fort et impliqué, plus l'utilisation des services formels est faible (Tennstedt, 1999 ; Roy, Vézina et Cliche, 1998).

Plusieurs modèles de relation entre les services informels et formels sont décrits dans la littérature (Logan et Spitze, 2003 ; Penning et Keating, 2000 ; Lyons et Zarit, 1999 ; Noelker et Bass, 1989). Ces derniers auteurs les résument selon quatre modèles

principaux : 1- Complémentaire, supposant que les activités doivent être séparées et que chaque secteur doit s'occuper des tâches pour lesquelles il est le mieux adapté et compétant (Litwak, 1985) ; 2- Supplémentaire, mettant de l'avant que les aidants naturels peuvent faire appel au secteur formel pour suppléer à leurs action auprès des personnes âgées (Edelman, 1986) ; 3- Substitution, impliquant une hiérarchie dans les ressources telle que les services formels peuvent remplacer l'aide donnée par les familles (Cantor et Brennan, 2000 ; Greene, 1983) ; 4- Indépendant, se réclamant du fait que les aidants naturels rencontrent les besoins des personnes âgées indépendamment des services formels (O'Brien et Wagner, 1980). Ce dernier modèle suggère que le secteur informel fait obstruction au secteur formel et empêche les aînés d'avoir accès aux services institutionnels.

Certains auteurs suggèrent que les services informels sont plus de nature complémentaire que de substitution (Fassbender, 2001-1999 ; Fast et coll., 2001 ; Armstrong et coll., 2000 ; Harlton et coll., 1998 ; Tennstedt et coll., 1996 ; Kemper et coll., 1987). Bien que les modèles de substitution et de complémentarité aient contribué à éclaircir la relation entre les secteurs formels et informels, aucun d'eux n'a été vérifié à l'aide d'une étude longitudinale (Carpentier et Ducharme, 2003). Par ailleurs, la substitution semble rester un phénomène relativement modeste et peu supporté (Bell et coll., 2002-3 ; Penning, 2002 ; Tennstedt et coll., 1996). Les services formels sont habituellement en conjonction et secondaires aux services informels (Tennstedt et coll., 1996). D'ailleurs, le fait que l'aide formelle augmente, n'allège que très peu la quantité d'aide informelle dispensée (Lafrenière et Coll., 2003 ; Bell et coll., 2002 ; Doty, 1999). D'autres auteurs soulignent que la distinction n'est pas vraiment démontrée à cause des difficultés rencontrées pour la

quantification comparative de l'aide informelle et formelle (PSSRU, 1999 ; Smith et Wright, 1994) et que les modèles proposés manquent d'explications sociales (McAuley et Coll., 1990). Nous espérons faire ressortir dans notre étude la relation entre les tâches reçues et le type d'aide informels, formels ou mixte et examiner l'interface selon les modèles précités.

Les services formels et informels et leur interface varient avec les changements d'ordre social, les relations sociales entre les acteurs, la disponibilité des ressources, la condition dans laquelle les personnes âgées se perçoivent et les besoins des aidants naturels ainsi que leur état cognitif (Bookwala et Coll., 2004 ; Penning, 2002 ; Lyons et Zarit, 1999 ; Noelker et Bass, 1989), par exemple : l'importance de la prise en charge des personnes âgées par elles-mêmes (Penning, 2002), le besoin d'aide manifesté par les aidants naturels (Bookwala et Coll., 2004), l'augmentation du nombre de femmes sur le marché du travail (Fassbender, 1999) ou le transfert de responsabilités du réseau public vers la famille (CESAF, 1999). Par ailleurs, Messeri et Coll. (1993), laissent entendre que la connaissance des tâches à effectuer et la compétence pour le faire sont aussi des prédicteurs importants pour définir la relation entre les secteurs formels et informels. Enfin, il a été proposé que l'approche des réseaux sociaux serait bien adaptée pour aider à comprendre les relations entre les secteurs formels et informels puisqu'elle fait appel aux interactions sociales (Lyons et Zarit, 1999 ; Scott et Roberto, 1985). Cette approche nous servira de base pour l'édification de notre typologie des réseaux d'aide en fonction des tâches effectuées et nous aidera à distinguer, parmi nos populations, le rôle des secteurs formels et informels.

## V RÉSEAUX SOCIAUX

Les travaux sur les réseaux sociaux offrent une perspective intéressante pour l'analyse de la démarche de recherche d'aide par les aînés puisqu'elle s'intéresse à la nature des relations sociales et à l'étude de la structure sociale (Pescosolido, 1994 ; Wellman, 1988-3). La structure sociale correspond à la cohérence de l'articulation des institutions sociales ou à l'ensemble des modalités d'organisation d'un groupe social et des types de relations existant à l'intérieur et entre les divers domaines de la société (Boudon, 1999). L'approche réseau considère directement les aspects relationnels qui caractérisent les actions de la personne. Le potentiel explicatif est lié aux capacités de tenir compte simultanément des interactions entre la structure, le contenu relationnel et le contexte dans lequel opèrent les réseaux (Pescosolido, 1992 ; White, 1976). La revue des différentes approches dans l'étude des réseaux nous permettra d'établir notre cadre d'analyse.

### **Réseaux sociaux : Structure, Fonctions, Contenu relationnel**

La notion de « réseaux sociaux » origine de la sociométrie qui s'intéressait principalement aux facettes psychologiques des relations interpersonnelles et des choix faits par les individus (Cassi, 2003 ; Emirbayer, 1997 ; Granovetter, 1973). Le champ interdisciplinaire de recherche couvert par les réseaux sociaux s'est depuis démarqué de la sociométrie et s'appuie sur les relations sociales, sur l'interdépendance des acteurs en présence et sur leurs actions. Elle sous-tend plusieurs dimensions [l'existence de liens<sup>9</sup> forts ou faibles entre les acteurs, une mise en commun de ressources, l'existence d'un

---

<sup>9</sup> Définition de la force d'un lien interpersonnel : c'est une combinaison de la quantité de temps, d'intensité émotionnelle, d'intimité et de services réciproques dus aux liens existants entre les individus (Granovetter, 1973)

certain niveau d'intimité, la présence d'une finalité partagée par les acteurs]. L'approche réseaux sociaux implique les aspects plus larges de la structure sociale entourant les individus et qui modulent leurs interactions interpersonnelles. Cette approche fait appel à un ensemble de stratégies d'analyse pour étudier la façon dont les ressources, les biens et services circulent au travers de liens sociaux particuliers (Emirbayer, 1997).

Un réseau n'est pas un simple agrégat d'acteurs dont les actions sont convergentes. Il faut qu'il y ait un contenu, des mises en commun, qu'il s'agisse de normes, d'information, de ressources personnelles ou sociales (Lemieux, 2000). Les ressources personnelles appartenant à un individu peuvent être utilisées librement par cette personne sans trop de conséquences pour elle-même et son entourage, tandis que les ressources dites sociales<sup>10</sup> sont accessibles par l'intermédiaire des liens, directs ou indirects, entretenus par cet individu et leur utilisation teinte les aides instrumentales reçues (Lin, 1999).

Une définition générale qui couvre cette notion de « réseaux sociaux » peut s'exprimer de la manière suivante :

*« Les réseaux sociaux sont faits de liens, généralement positifs, forts ou faibles, tels qu'il y a une connexion directe ou indirecte de chacun des participants à chacun des autres, permettant la mise en commun des ressources dans le milieu interne. Il arrive que les connexions servent aussi à la mise en ordre des ressources par rapport à l'environnement externe » (Lemieux, 2000)*

La structure des liens n'est pas le seul paramètre permettant d'analyser les réseaux sociaux, mais leur fonction est une partie indissociable de cette approche (Pescosolido et coll., 1990-89). Un effort important a été réalisé ces dernières années afin de mieux

---

<sup>10</sup> Ressources sociales : ressources obtenues au travers du réseau social (Lin, 1999)

comprendre le concept de réseaux sociaux et de proposer des modèles tenant compte de l'environnement social des individus et de l'interdépendance entre les acteurs (Antonucci, 2001-1990 1987; Berkman, 2000 ; Pescosolido, 1994-2 ; Burt, 1982).

Plusieurs auteurs ont voulu offrir un cadre théorique qui fait ressortir clairement les caractéristiques structurelles et fonctionnelles des réseaux sociaux (Berkman, 2000; Pescosolido, 1994-2 ; Antonucci et Coll., 1987-5). Cette distinction entre les aspects structurels et fonctionnels semble maintenant acquise (Segre, 2004).

La structure réfère aux caractéristiques architecturales des relations [taille, densité, durée, force des liens, réciprocité, ...] (Pescosolido, 1992). L'analyse des attributs structurels implique : l'exploration des multiples possibilités d'obtenir de l'aide suivant la distribution des ressources disponibles et la position d'un individu dans cette structure; l'approfondissement des structures de réseaux et des processus d'échange et de dépendance, entre les groupes, qui font que l'aide est disponible, et l'appréciation des conséquences qui en découlent (Segre, 2004 ; Wellman, 1988).

L'intérêt pour l'analyse et la compréhension de la structure et du fonctionnement des réseaux sociaux remonte à l'étude de Durkheim sur le suicide en 1897 (Durkheim, 2002). Ce dernier soulignait l'importance capitale des liens interpersonnels. Dans sa recherche, Durkheim a montré que le suicide était plus fréquent parmi les groupes dont les liens étaient faibles dans un contexte de déstructuration sociale avec une diminution des valeurs et des normes (anomie). Pour cet auteur, la façon dont les institutions sociales sont structurellement formées détermine les ressources disponibles pour les individus et conditionne leurs comportements. Puis, l'accent a été mis sur les liens par les écrits de Granovetter (1973) et par le modèle de « Convoi » (convoy), préalablement proposé par



Kahn (1979) puis par Kahn et Antonucci (1980), en décrivant trois cercles concentriques autour de la personne concernée selon l'importance de l'aide fournie et donc de la force des liens réciproques en cause (Haines et Henderson, 2001). Ce modèle fait l'analogie avec la couche protectrice qu'offrent la famille et les amis vis-à-vis les difficultés de la vie et aux normes qui régissent les relations sociales (Antonucci et Akiyama, 1987).

La fonction implique la notion de système, de réciprocité et d'échange avec l'environnement en regard du contrôle social et des contraintes exercées par les valeurs communes (Segre, 2004 ; Pescosolido, 1994-89). Durkheim (2002) faisait la distinction entre les fonctions d'intégration et de régulation. D'une part, il réservait l'intégration au groupe familial domestique et la reliait aux capacités du réseau à fournir un soutien social et émotionnel. Il considérait également les liens de régulation comme le cœur du groupe familial et reliait la régulation à la transmission, par les membres du réseau, de guides normatifs permettant une action en harmonie avec les valeurs en place. Pescosolido (1994-89) et la plupart des auteurs traitant des réseaux sociaux (Segre, 2004 ; Antonucci, 2001 ; Berkman, 2000 ; Bearman, 1991 ; Wellman, 1989 ; Burt, 1982) ont maintenu cette distinction entre l'intégration et la régulation. Comme la famille est souvent considérée comme un intermédiaire entre l'individu et les institutions, l'approche par réseau permet de lier l'individu aux structures micro et macro sociales dans une perspective relationnelle.

L'aspect fonctionnel permet de conceptualiser l'interdépendance des phénomènes sociaux et de rendre compte des effets de rétroaction au sein du système examiné. Le réseau social est un ensemble spécifique de liaisons existant entre un ensemble défini de personnes (Carpentier, 1999). Selon Antonucci (2001), la notion de réseau social ne peut

être bien comprise qu'en termes des caractéristiques spécifiques qui décrivent les personnes avec lesquelles les individus entretiennent des relations interpersonnelles. Cet ensemble de relations interdépendantes, qui donnent lieu à des actions, permet aux différents acteurs de comparer les avantages et les inconvénients qu'ils en retirent (Boudon, 1999).

### **Diversité d'approches**

Litwin (1996) a signalé les grandes diversités d'approches et de méthodologies employées suivant l'intérêt des auteurs. Cependant, deux orientations sont généralement adoptées dans l'étude des réseaux sociaux. La première, l'analyse structurale, se préoccupe principalement des mesures descriptives du réseau (Seeman et Berkman, 1988). La seconde, l'analyse fonctionnelle, s'intéresse aux rôles que peuvent jouer les acteurs d'un réseau et aux effets du réseau sur les personnes (Lubben, 1996). Par ailleurs, pour certains (Faber et Wasserman, 2002 ; Glass et coll., 1997) la description qu'ils font du réseau social ne révèle que certaines informations structurelles sur les personnes ayant une relation avec un individu, mais rien sur la nature, le contenu ou la qualité de ces relations. Ces derniers attributs font plutôt référence au « soutien social » (Antonucci, 2001) soit la fonction des réseaux. Dans notre étude, nous tiendrons compte, dans l'analyse des réseaux d'aide utilisés par les personnes âgées, de l'aspect structurel en relation avec les tâches accomplies.

L'approche structurale étudie principalement les structures des interactions, habituellement au sein de la famille et de l'entourage (Johnson, 1999 ; Seeman et coll., 1996 ; Sarason et coll., 1990). Elle a été adaptée aux recherches en psychologie et en sociologie pour analyser les relations interpersonnelles d'un individu. L'approche

structurale définit le réseau comme une variable externe, ou environnementale, ayant des effets sur les personnes qui subissent ou profitent de ce réseau. L'effet se combine à d'autres variables externes dont les événements de la vie (Sarason et coll., 1990).

Les indicateurs utilisés sont généralement la taille, la densité, l'étendue ou la proximité des différents groupements au sein du réseau [parents, amis, ... ], son homogénéité, la sexospécificité des aidants, la force des liens, leur réciprocité, le degré d'intimité, la fréquence des contacts et leur nature (Berkman et Coll., 2000 ; Pescosolido, 1992).

L'approche fonctionnelle est plus utilisée dans les recherches portant sur le lien entre le réseau social et le bien-être psychologique (Dykstra, 1993). Le réseau fonctionnel est souvent désigné comme réseau de soutien. Dans cette perspective, l'individu maintient son identité sociale et reçoit du soutien émotionnel et matériel, des services conseils et d'information qui peuvent lui permettre de créer de nouveaux contacts (Carpentier, 1999).

Les indicateurs utilisés sont généralement la nature du soutien social [informationnel, émotionnel, instrumental et financier], le rôle et l'engagement social, le genre de relations interpersonnelles, l'adhésion aux normes de son environnement et la qualité des contacts (Berkman et coll., 2000 ; Pescosolido, 1992).

Le développement du concept de réseaux sociaux dans ses débuts a permis d'analyser les propriétés structurelles des relations entre les individus dans un système social (Barnes, 1972-54 ; Bott, 1957-55). Selon cette perspective, la structure sociale est largement responsable du comportement et des attitudes des individus tout en façonnant l'accès aux ressources. Par la suite, plusieurs recherches ont démontré que le manque ou la faiblesse des liens sociaux était un facteur non négligeable dans la prédiction de morbidité ou de

mortalité (Unger et Coll., 1999 ; Berkman, 1995 ; Cohen, 1988 ; House et coll., 1988). Ces études tenaient compte, dans la plupart des cas, du nombre d'amis, de l'état civil et des affiliations à des associations. Ces indications étaient interprétées comme une estimation du réseau social, par la nature forte ou faible des liens et donc de l'intégration d'un individu. Cependant, cette analyse a fait l'objet de beaucoup de critique, la force des liens est difficilement imputable directement à l'individu. Antonucci (1990), par le biais de ses recherches sur la santé mentale des personnes âgées et sur les minorités ethniques, a proposé d'aborder les réseaux sociaux et de soutien en examinant les relations sociales selon les groupes ethniques ou culturels. Elle insiste sur l'ancrage communautaire du soutien social, plutôt que sur la seule centration sur l'individu et son réseau de soutien (Béland, 1997). L'ensemble du réseau d'interaction de l'individu doit être pris en considération selon une perspective tenant compte de l'ensemble de ses expériences de vie partagées avec son entourage. Ce qui ressort pour d'autres auteurs (Lin et coll., 1986 ; Sarason et coll. 1990) c'est l'importance des fonctions de soutien que les réseaux véhiculent et qui permet d'avoir un impact sur la santé des individus.

### **Fonction intégration : soutien social**

House et Kahn (1985) distinguent trois réalités dans les réseaux : les relations sociales, le réseau social et le soutien social. Pour ce dernier concept, Lin (1986) fait référence à l'intégration sociale dans la communauté, au réseau en tant que structure des groupes qui nous entourent et au soutien apporté par les amis et les proches ; Leavy (1983) et Hupcey (1998) font appel aux relations interpersonnelles et intimes ; Thoits (1986) utilise les fonctions de soutien données à une personne en détresse ; Sarason (1992) s'attarde à la

nature des relations tandis que House (1981) s'intéresse au côté transactionnel des interactions et Cohen et Syme (1985) aux ressources.

Nous mentionnons cette diversité parce que la recherche d'aide a été amplement étudiée par le biais du concept du soutien social issu des travaux en psychologie et défini par ses facettes comportementales, cognitives et affectives (Cooley, 1909 ; Bowlby, 1971 ; Cassel, 1976 ; Hinde, 1979). Avec Cassel (1976), l'environnement social est devenu un facteur influençant la vulnérabilité des individus. L'augmentation des activités de soins informels fournis par les familles a aussi contribué à moduler le concept de soutien social rattaché au contexte étudié et non de façon générale (Gottlieb, 1983-78).

Mais les bases théoriques de ce concept sont assez limitées. Les définitions du concept sont multiples et souvent contradictoires (Williams et Coll., 2004 ; Carpentier, 1999). La trentaine de définitions en cours actuellement se rangent dans une dizaine de catégories. Ces dernières se réfèrent à la durée du soutien, aux relations sociales, aux ressources (instrumentales et émotionnelles), aux ressources personnelles (intimes, cognitives, directes, matérielles), à l'information donnée, au côté intentionnel, à l'impact, aux besoins, et aux caractéristiques du receveur ou du donneur de soutien (Williams et Coll., 2004). Mais qu'en est-il de ce soutien social décrit abondamment dans la littérature ?

Malgré des travaux de base lui donnant un sens plus cohérent, ce concept reste ambivalent lorsqu'il n'est pas soutenu par une approche réseau (Antonucci, 2001 ; Cohen et Syme, 1985 ; Sarason et Sarason, 1985). De plus, les recherches sur le soutien social avaient fréquemment une approche différente selon que les auteurs étaient francophones ou anglophones. Cette différence est maintenant beaucoup atténuée. La tradition anglophone associait le soutien social au soutien informel pour les personnes ayant

besoin d'aide alors que du côté francophone, le soutien social fut un moment associé au soutien informel ou formel disponible pour les aidants des personnes ayant besoin d'aide (Woodward, 1994).

Il existe plusieurs modèles présentant le soutien social (Barrera et Coll., 1983 ; House et Kahn, 1985 ; Norbeck et coll., 1983 ; Pearlin, 1985 ; Rook, 1984 ; Thoits, 1985 ; Wills, 1985). La synthèse de ces modèles attribue au soutien social les fonctions suivantes : le développement et le maintien du concept de soi (identité et estime), la réponse au besoin d'affiliation, l'aide concrète, le soutien informationnel, l'affection et la prévention ou l'atténuation du stress.

Par exemple, Norbeck et coll. (1981) s'appuient sur la définition de Kahn (1979) et de Kahn et Antonucci (1980). Ils définissent le soutien social comme des transactions interpersonnelles objectives qui fournissent l'affection, la réassurance ou l'aide. Par ailleurs, Cobb (1976) définit le soutien social comme des informations qui permettent à une personne de croire qu'il y a des gens pour prendre soin d'elle, qu'elle est estimée et aimée et qu'elle appartient à un groupe de communication et d'obligation réciproque. Dans cette perspective, le soutien social est une expérience subjective. La distinction entre le soutien fonctionnel objectif et subjectif est importante parce que le fait de recevoir de l'aide ne produit pas toujours le sentiment d'être soutenu.

En résumé, la fonction intégration fait référence à un état de forte dépendance défini par les liens intimes ou étendus développés par les personnes âgées (Boudon, 1999). La nature et le rôle des personnes impliquées sont importants dans cet état d'interdépendance. Le soutien social correspond à un mode ordonné du système d'aide qui touche quatre aspects, l'informationnel, l'émotionnel, l'instrumental et le décisionnel.

La distinction entre ce qui est fait et ce qui est perçu doit être prise en compte dans l'évaluation du soutien social. La perception et la réciprocité sont donc des facteurs non négligeables dans le concept de soutien social si la capacité d'action doit être optimisée.

Le réseau de soutien social constitue à la fois un réservoir d'aide en cas de besoin et un fournisseur d'aide effective (Massé, 1995). Par ailleurs, on a peu d'informations sur les éléments qui vont favoriser le maintien, l'abandon ou les transformations du réseau de soutien familial dans le temps ainsi que sur les interactions quotidiennes vécues dans la communauté et comment celles-ci agissent sur les décisions qui mènent les patients à utiliser les différentes ressources (Carpentier, 1999).

### **Modèles retenus**

Deux modèles de réseaux sociaux retiennent notre attention pour leurs applications en fonction de nos objectifs. Le premier, développé par Berkman et coll. (2000), propose un modèle causal englobant les réseaux sociaux dans un plus large contexte, social et culturel. Il tient compte de l'aspect environnemental macrosocial (politique, stratification sociale, changements sociaux), des mécanismes psychosociaux de nature microsociale (soutien social, engagement social, contacts directs et attachements, accès aux ressources) par lesquels les réseaux fonctionnent et des relations sociales qui affectent la santé. Les réseaux sociaux influencent ainsi le comportement social et interpersonnel.

Le modèle de Berkman et coll. (2000) fait ressortir le concept d'intégration sociale de celui de réseaux sociaux. L'intégration sociale est caractérisée par la nature des liens (intimes ou plus étendus), le réseau social pour sa part est défini classiquement par sa structure et ses fonctions. À la suite de Weiss (1974), ces auteurs distinguent quatre types de soutien social : émotionnel, instrumental, décisionnel et informationnel. Par ailleurs,

dans ce modèle, les réseaux sociaux servent de régulateurs favorisant l'accès à des opportunités nouvelles d'actions par l'étendue et la superposition d'autres réseaux. Les auteurs identifient les conditions socio-structurelles, niveau macro, précédant et conditionnant le réseau social qui, à son tour, permet de créer des occasions aux individus par des mécanismes psychosociaux. Ce modèle fait en quelque sorte la synthèse des approches précédentes. Par ailleurs, de par sa conception et sa logique, le modèle de Berkman est beaucoup utilisé pour démontrer le bienfait des réseaux sur la santé (Zunzunegui et coll., 2004-3). Notre approche est à l'inverse. Il s'agit de caractériser les réseaux et l'aide que les personnes âgées reçoivent en fonction de leur état de santé ou de leur fragilité.

Le second, développé par Pescosolido (1992) et utilisé par Carpentier (1999), tient compte de la diversité des ressources d'aide formelles et informelles et du circuit entier des services. Ce modèle offre une perspective dynamique dans laquelle les stratégies de recherche d'aide sont formées à partir de séquences de consultation avec l'entourage. Il intègre la capacité d'influence à partir des interactions dans le réseau. Il suppose une réciprocité et une compréhension des acteurs dans un processus d'interaction. Pescosolido (1992, p. 1115) a posé une question qui reflète bien l'esprit de son modèle et qui correspond à notre préoccupation : « *Is there, in fact, a discernable set of patterns, combinations of options, or strategies that individuals use ... And, if so, are these patterns socially organised?* ». Ainsi, ce sont les mécanismes véhiculés à travers les réseaux sociaux, principalement les interactions, qui permettent de concevoir le comportement de la personne âgée non pas comme une action individuelle mais à l'intérieur d'un processus de négociation entre celle-ci et les membres de son milieu.



La combinaison réseau et soutien social de Pescosolido comprend : la structure qui réfère aux caractéristiques des relations d'ensemble (type de liens, le nombre, la force, la densité ou l'hétérogénéité) ; les fonctions du réseau avec l'axe d'intégration (soutien social) et celui de régulation (contrôle social) ; puis le contenu relationnel qui réfère à la qualité et à la nature des relations (valeurs, attitudes et cultures) (Carpentier, 1999). L'aspect régulateur est exprimé au travers des conseils, ne provenant pas forcément de professionnels (Stoller et Wisniewski, 2003 ; Pescosolido et Coll., 1998-2) ou des supervisions. Par exemple, la composition de la famille fait partie de la structure alors que ses ressources sont fonctionnelles et que les conflits et les stressors font partie du contenu. Ce modèle s'inscrit dans la tendance voulant faire une distinction entre les dimensions fonctionnelles du soutien (Cobb, 1976 ; Gottlieb, 1981) et les propriétés structurelles du réseau (Mitchell, 1969 ; Wellman, 1981) tout en cherchant à comprendre les interactions entre les réseaux, leur composition et leur rôle. Cette approche correspond à la logique que nous supportons dans cette étude.

En résumé, à la suite de Durkheim (2002), la structure (micro et macro) et la fonction (intégration et régulation) des réseaux vont constituer l'ossature de notre approche pour examiner la disponibilité des ressources et le comportement des personnes âgées dans une perspective relationnelle et de capacité d'action au sein de leur environnement. Les relations sociales des personnes âgées sont déterminantes dans leur recherche d'aide. Les deux modèles examinés nous indiquent par ailleurs que le réseau social seul n'est pas suffisant pour maintenir l'autonomie des personnes âgées. La diversité des ressources accessibles aux aînés doit être considérée dans un espace dynamique interactionnel qui influence les motivations, les justifications, la qualité et la quantité des relations et des

actions entretenues et prises pour et par les personnes âgées. Le potentiel offert par le modèle de Pescosolido (1992) est justement de tenir compte de tous ces aspects et de la dynamique de recherche d'aide. Nous allons nous en inspirer, ainsi que du modèle de Verbrugge et Jette (1994) pour jeter les bases d'une typologie qui ne sera pas centrée sur l'individu mais sur le complexe individu environnement. Les variables prédictives de l'utilisation des réseaux et de l'aide vont être définies à partir d'une synthèse des modèles de Pescosolido, de Berkman et de Verbrugge et Jette. Les prédicteurs considérés dans ces modèles se recoupent et vont se retrouver de manière plus spécifique dans notre modèle théorique.

### **Description des réseaux sociaux**

La description des réseaux sociaux fait appel à une multitude de paramètres à la fois structuraux (généralement à partir de mesures objectives) et fonctionnels (mesures reflétant les échanges) (Antonucci et coll., 2001). Les paramètres retenus dépendent de l'intérêt des auteurs, du type de soutien ou de service reçu, des populations étudiées et de leurs compositions ainsi que des liens observés entre les individus et leurs semblables, de la strate d'âge étudiée [population en générale, personnes âgées, intergénérationnelle,...], de l'environnement et du lieu de résidence des individus [rural, semi urbain, urbain, en maison de retraite, en institution publique, en résidence privée, chez des parents,...], de la situation socioéconomique et démographique, du choix de l'échantillonnage [enquête nationale, étude locale, comparaison interculturelle,...], de la méthode qualitative ou quantitative utilisée et le type d'étude [secondaire, longitudinale,...]. À cause de cette diversité de paramètres, il est difficile de comparer les résultats obtenus dans la description des réseaux, à moins d'examiner de près les caractéristiques sociales propres

aux populations étudiées et les centres d'intérêts des auteurs. Il y a certaines constantes dans la description des réseaux qui font appel à des déterminants acceptés par l'ensemble des auteurs et qui donnent un portrait reconnu de la composition d'un réseau.

La grandeur (le nombre de personnes composant le réseau) est certainement la première chose examinée puisqu'elle est utilisée comme indicateur de socialisation ou du potentiel d'aide instrumentale et émotionnelle. Ce paramètre est souvent utilisé pour classer les types de réseaux (Wenger, 1997 ; Litwin, 1996 ; Van Tilburg, 2002-1995 ; Bryant et Rakowski, 1992 ; Antonucci, 1990). La difficulté réside dans le choix des critères d'inclusion pour la description des réseaux. La composition de la famille [nombre d'enfants, ou de proches parents, leurs âges], l'état civil de la personne âgée et son âge ainsi que son niveau d'éducation font partie des paramètres aussi considérés (Keating, 2002 ; Wenger, 1997 ; Dykstra, 1995). La variable indépendante désignant la sexospécificité de la personne âgée est incontournable puisque les réseaux ont tendances à différer selon qu'il s'agisse d'une femme ou d'un homme (Antonucci et coll., 2002 ; Van Tilburg, 1995 ; Dykstra, 1995 ; Béland, 1992). Le lieu de résidence et sa proximité géographique par rapport à l'aidant disponible est également retenu [en résidence privé et autonome, en résidence institutionnelle, en cohabitation,...] (Wenger, 1995 ; Van Tilburg, 1995 ; Dykstra, 1995 ; Broese van Groenou, 1996-5 ; Antonucci, 1990). Les aspects touchant le statut économique [travail, revenu, type d'emploi] sont également rencontrés (Broese van Groenou, 2003 ; Béland et coll., 1999). Par ailleurs, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la structure du réseau est plus importante que la grandeur (Giles et coll., 2002 ; Wenger, 1997 ; Litwin, 1996 ; Melkas et Jylha, 1996 ;

Wellman, 1981). Cette reconnaissance donne d'ailleurs lieu à des recherches portant sur la typologie des réseaux, ce que nous avons l'intention d'effectuer.

Les types d'aide demandée, reçue ou proposée sont également des paramètres qui délimitent et teintent le réseau social entourant la personne âgée. Ils conditionnent l'appartenance à des réseaux spécifiques (Béland, 1992). Le lien de parenté et le pouvoir relatif de l'aidant vis-à-vis l'aîné ainsi que l'intensité de la relation ou la nature des liens qui unissent les membres du réseau sont tous des facteurs pouvant faire varier la grandeur du réseau étudié. Il s'agit de bien cerner la ou les fonction(s) du réseau étudié. Ainsi, les réseaux de soutien correspondent plus dans la littérature à des réseaux offrant de l'aide émotionnelle, cognitive, de compagnonnage ou de conseil alors que ceux procurant de l'aide instrumentale sont plus axés vers des services permettant de maintenir l'autonomie des personnes âgées ayant des incapacités.

La combinaison des relations interpersonnelles et des échanges dans un réseau donné est souvent un indicateur du type d'aide qui sera disponible et de la qualité des services reçus (Van Tilburg et coll., 2002 ; Wenger, 1997). Dans notre étude, nous nous restreindrons à l'aide instrumentale reçue par les personnes âgées, ce qui nous permettra d'utiliser les caractéristiques des différents réseaux rencontrés pour établir les déterminants d'appartenance selon la typologie mise de l'avant. Pour établir cette typologie, la structure et la fonction de chaque réseau seront confrontées aux différents types d'aide reçue par la personne âgée.

Tous ces paramètres ont été examinés par un grand nombre d'auteurs (Zunzunegui et coll., 2004 ; Keating, 2002 ; Berkman, 2000 ; Unger et coll., 1999 ; Wenger, 1997 ; Litwin, 1996 ; Dykstra, 1995 ; Van Tilburg, 2002-1995 ; Pescosolido, 1992 ; Antonucci,

1990 ; Moore, 1990 ; Marsden, 1987 ; Burt, 1982). Le tableau (1-V-1) donne un exemple de déterminants caractérisant un réseau social.

Tableau 1-V-1 : Exemple de déterminants caractérisant un réseau social d'une personne âgée

<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>	
<b>Grandeur</b> du réseau	Nombre d'individus appartenant au réseau social étudié
<b>Âge</b> : peut être regroupé en strate ou non,	[65-74 ans, 75-84 ans, 85 et plus]
<b>État civil</b>	a) marié, b) veuf(ve), c) divorcé(e), d) remarié(e), e) célibataire
<b>Sexospécificité</b> de la personne âgée	1- masculin, 2- féminin
<b>Composition de la famille</b> : nombres d'enfants, nombres de parentés	1- a) nombre de filles, b) nombre de garçon, 2- a) nombre de proches parents b) nombre de parents éloignés
<b>Composition</b> du réseau extra familial	Nombre de voisins, d'amis, de conseillers, ...
<b>Lieu de résidence</b>	1- Chez soi (en ménage privé) ; avec ses enfants, avec des parents, chez d'autres personnes, en résidence pour personnes âgées, en institution 2- Proximité géographique par rapport aux aidants
<b>Liens</b>	Fréquence des contacts (visites, téléphones,...) ; Durée des liens ; Degré d'intimité (fort, faible)
Niveau d' <b>éducation</b> de la personne âgée	Nombre d'années de scolarité
<b>Revenu</b> de la personne âgée	Par tranche en dollars
<b>Type d'environnement</b>	Urbain, rural, semi rural, défavorisé, classe moyenne, aisé
<b>Portrait Santé</b>	
<b>État de santé</b> de la personne âgée	Bilan clinique; Niveau d'incapacité selon les AVQ et les AVD; Santé perçue; Niveau dépressif; Estime de soi
<b>Influence sociale</b>	
<b>Habitude de vie</b>	Consommation d'alcool et de cigarettes, nombre d'heures d'exercice ou de T.V. par semaine, nombre de contact (amis, téléphoniques,...) par semaine, appartenance à une association (groupe religieux, groupe amical, bénévolat, ...)

## **VI TYPOLOGIE DES RÉSEAUX DES PERSONNES ÂGÉES**

Les typologies ont pour but de faire des regroupements (Benavent, 1999). Dans le champ d'études des réseaux sociaux, le développement de typologies est relativement récent. Les typologies sont très variées et dépendent du choix des critères de distinction utilisés selon les objectifs principaux des auteurs et des populations en jeu (Wenger, 1997 ; Litwin, 1996 ; Mugford et Kendig, 1986).

Les approches récentes de détermination de typologies se basent sur une analyse structurelle et fonctionnelle des réseaux. Le survol de ce genre de recherche typologique, entre 1996 et 2004, montre l'influence des critères tels que : la grandeur des réseaux, le statut marital et la sexospécificité des personnes âgées autant que la nature des liens familiaux (Keating et coll., 2004 ; Glass, 2003 ; Wenger, 1997 ; Litwin, 1996 ; Melkas et Jylhä, 1996 ; Stone et Rosenthal, 1996).

Dans la littérature, nous retrouvons peu de typologies basées sur le type d'aide reçu par les personnes âgées et les ressources formelles ou informelles utilisées (Keating et coll., 2004 ; Melkas et Jylhä, 1996 ; Béland, 1992 ; Noelker et Bass, 1989). Par ailleurs, cette perspective correspond au centre d'intérêt de notre recherche. Pour l'aborder, nous utiliserons une approche basée sur les aspects objectifs et subjectifs des réseaux sociaux associés aux personnes âgées et sur l'aide instrumentale qu'ils reçoivent. D'autres approches typologiques ont été développées, mais aucune n'a abordé cette problématique selon notre perspective (Van Tilburg et Coll., 2004 ; Keating et coll., 2004 ; Broese van Groenou et van Tilburg, 2003-1996 ; Melkas et Jylhä, 1996 ; Béland, 1992 ; Noelker et Bass, 1989).

## **Principaux essais de typologies**

L'analyse des réseaux sociaux des personnes âgées a été critiquée historiquement par son approche unidimensionnelle. Certains auteurs ont révélé rapidement le caractère complexe et multidimensionnel inhérent à ces analyses et ont fait ressortir les différences structurelles et fonctionnelles des réseaux (Argyle, 1992 ; Connidis et Davies, 1990 ; Antonucci, 1985-7; Seeman et Berkman, 1988 ; Hall et Wellman, 1985 ; Cohen et McKay, 1984 ; Kahn, 1979). Ce travail d'éclaircissement a permis l'établissement des typologies soient en fonction de paramètres structuraux ou relationnels ou selon une combinaison des deux. Cette approche se base sur les travaux de Durkheim (1897-2002) analysant l'influence du contexte social sur les actions posées par les individus. Ses travaux le conduisirent d'ailleurs à l'établissement d'une typologie du suicide «égoïste», «anémique» et «altruïste», qui a eu de l'influence.

Dans le domaine des réseaux sociaux, plusieurs propositions de typologies ont été réalisées concernant les personnes âgées et les services de soins ou d'aide, selon les objectifs des auteurs, les critères de distinctions retenus et le contexte social prédominant. Les tableaux suivant résument ces tentatives.

Le tableau (1-VI-1) décrit, selon les auteurs et leurs objectifs, les critères de distinction choisis par ces derniers et le nombre de catégories qu'ils ont définies pour leur contexte d'analyse. À la lecture de ce tableau, nous constatons que les critères de distinction sont principalement basés, pour l'ensemble des auteurs, sur les caractéristiques structurelles des réseaux étudiés et sur la capacité interactionnelles des personnes âgées avec des particularités propres aux intérêts de recherches. Les déterminants d'appartenance des personnes âgées à ces catégories de réseaux sont reliés principalement à leurs

caractéristiques sociodémographiques, telle que la sexospécificité, et aux liens familiaux qu'ils entretiennent ou qui leurs donnent du soutien. Là encore, des déterminants d'appartenance particuliers apparaissent en fonction de la population étudiées et des objectifs de recherche.

Le tableau (1-VI-2) résume les différentes typologies mises de l'avant par les auteurs (Tilburg et Coll., 2004 ; Keating et coll., 2003 ; Litwin 2003-1 ; Wenger 1997-1 ; Stone et Rosenthal, 1996 ; Auslander 1996 ; Melkas et Jylhä 1996 ; Mugford & Kendig 1986) pour leur population à l'étude (générale ou fragilisée) avec des tranches d'âge variables à partir de 55 ans et plus, selon le domaine de recherche retenu. Les échantillons peuvent être aussi bas que N=200 (Auslander, 1996) et aller jusqu'à N=4736 (Wenger, 1997-1). Le nombre de catégories varie de trois (3) à six (6) (généralement 5) et est principalement basé sur la grandeur du réseau et sur la provenance des membres (parents, amis, voisins,...) [structure] qui assurent le lien et le soutien [fonction] avec la personne âgée. Certains auteurs indiquent également le pourcentage de chacune des catégories selon les populations. L'exception dans ces catégorisations provient de Auslander (1996) qui classe ses trois (3) types de réseaux (Soutenant, Substitution et Traditionnel) selon leurs fonctions au lieu de se baser sur leurs grandeurs.

En examinant ce tableau, il apparaît que les auteurs aient une propension à classer les réseaux d'abord par grandeur. Les grands réseaux sont d'un côté de types « diversifiés, complexes, doués ou intégrés » selon la nomenclature des auteurs, mais ils regroupent à la fois les proches, les amis et les voisins tout en favorisant les contacts interpersonnels. À l'autre extrême, nous retrouvons les types dénommés « restreints, isolés, atténués,



inopérant » qui sont très petits, où les personnes âgées sont isolées, et dans lesquels les contacts sont irréguliers ou très peu fréquents.

Entre ces deux extrêmes, nous distinguons les réseaux de types familiaux relativement homogènes et principalement centrés sur les enfants ou les proches. Puis selon l'intérêt des auteurs, nous retrouvons des types de réseaux mitoyens dans leur composition selon la présence des enfants, des proches ou des amis et des voisins. Mais nous ne retrouvons pas de typologie qui fait ressortir explicitement l'aide fournie aux personnes âgées selon les ressources aidantes.

Parmi les premières tentatives de typologie, celle de Mugford et Kendig (1986) représente bien le début de cette approche typologique de regroupement de réseaux. Ils se sont basés sur des critères : 1- de grandeur des réseaux ; 2- de complexité et d'étendue des liens ainsi que sur l'intensité des échanges entre les membres d'un réseau. Ils nommèrent l'ensemble de cette deuxième série de critères « la Multiplexité » des relations et lui associèrent un pourcentage. Ces deux auteurs ont alors conceptualisé cinq types de réseaux en fonction de leur grandeur et de la multiplexité des relations dans ces réseaux. Les différents réseaux sont catégorisés comme suit : 1- « Atténués », composés de 0 à 2 membres avec un faible niveau de multiplexité (<37%) ; 2- « Intenses », avec peu de membres (<2) mais d'un niveau de multiplexité élevé (de 51 à 100%) ; 3- « Balancés », avec 2 à 8 membres et un niveau de multiplexité moyen (de 37 à 51%) ; 4- « Diffus », composés d'un grand nombre de membres (de 8 à 21) mais d'un niveau de multiplexité faible (<37%) ; 5- « Complexes », associant à la fois un nombre de membres important (de 8 à 21) et un niveau de multiplexité élevé (de 51 à 100%).

Tableau 1-VI-1 : Centres d'intérêts selon les auteurs et déterminants principaux d'appartenance aux différentes typologies.

Auteurs / années	Nombre de catégories de réseaux définis pour leur Typologie	Critères de distinction En général selon : Les caractéristiques structurelles des réseaux et la capacité interactionnelles des P.A.  Plus spécifiquement...	Objectifs de recherche des auteurs	Caractéristiques principales d'appartenance En général selon : Caractéristiques sociodémographiques des P.A. et les liens familiaux  Plus spécifiquement...
Mugford et Kendig / 1986	5	Grandeur des réseaux Multiplicité des liens	Services formels / informels	État civil des P.A. ; Présence d'enfants Sexospécificité des P.A.
Noelker et Bass / 1989	3	Type d' <b>aide fournie</b>	Aide reçue et sources d'aide	Liens familiaux
Béland / 1992	5	Type d' <b>aide disponible</b>	Aide disponible en fonction de l'aidant naturel	Sexospécificité de l'aidant
Wenger / 1996-1	5	Entourage des P.A. Niveaux d'activité et d'interrelation des P.A.	Compréhension des réseaux et développement d'un outil quantitatif pour une meilleure répartition de la charge de travail des praticiens et amélioration des politiques de services de soins aux P.A.	Proximité des aidants Liens familiaux Relation P.A. / Entourage Isolement, fréquence des contacts
Stone et Rosenthal / 1996	6	Nature des liens	Niveau de soutien obtenu par les P.A.	Sexospécificité des P.A. Relation P.A. / Entourage
Melkas et Jylhä / 1996	5	Nature et fréquence des contacts Aide instrumentale reçue	Augmentation des services informels	Sentiment d'isolement Satisfaction de la vie Sexospécificité des P.A.
Auslander / 1996	3	Nature des échanges entre les P.A. et leur entourage	Place prise par les réseaux formels et informels selon les services sociaux municipaux disponibles	État psychologique des P.A.
Litwin / 1997	6	Nature et type des contacts	Besoin et état de santé des P.A. Services de soutien disponibles	État civil des P.A. % de liens intimes
Litwin / 2003-1	5	Type de relation entre les P.A. et leur entourage	Utilisation des services formels ou informels	Caractéristiques sociodémographiques (sexospécificité,...) Niveau d'incapacité Sentiment de confort moral
Keating et coll. / 2003	6	Nature des relations, Proximité des aidants et les <b>tâches accomplies</b>	Nature des soins reçus et réseaux de soins Services formels / informels	Niveau de fragilité des P.A. Qualité de vie des P.A.
Tilburg et coll. / 2004	4	Grandeur des réseaux, fréquence des contacts, nature des liens familiaux, quantité d' <b>aide reçue</b>	Changements dus à la vieillesse Augmentation des coûts des services de soins	Relation P.A. / Entourage Niveau de fragilité

Tableau 1-VI-2 : Résumé des principales typologies de réseaux informels proposées dans la littérature (critères de distinction):

Tilburg et Coll., 2004	Keating et coll., 2003	Litwin 2003-1	Wenger 1997-1	Stone et Rosenthal, 1996	Auslander 1996	Melkas et Jylhä 1996	Mugford & Kendig 1986 <sup>11</sup>
Pop. Néerlandaise N=1552 LASA (55-85 ans)	Pop. Cnd. Fragilisée N=1107 ayant reçu de l'aide	Population Israélienne N=2079 60 ans +	Population Pays de Galle N=4736	Population Canadienne N=3186	Population de Jérusalem N=200	Pop. Gén. Finlandaise N=1655 60 ans +	Population Australienne N=910
« Type I » Grand (72% des P.A. avaient plus de 14 membres dans leur réseau). Peu de parents, plus d'amis et de voisins. 32%	« Diversifiés » Grand (1-5), composé de proches, voisins, amis. 13%	« Diversifié » Composé de proches, d'amis, de voisins, en majorité mariés, fréquence très élevée de contacts, statut socioéconomique élevé, très robuste 30%	« Communauté étendue » Grand, Absence de parenté localement et orienté vers les voisins et amis, très actifs dans la communauté, hétérogène 7%	« Diversifié » Très Grand, mariés, beaucoup de contacts autant avec la famille qu'avec les amis	« Soutenant » Caractérisé par : 1-Confiance en soi, 2-Côté affectif, 3-Support instrumental et 4-Une fréquence moyenne de contacts	« Doué » Grand, Diversifié, très actif, contacts très fréquents, hétérogène	« Complexe » Grand (8-21), beaucoup de contacts, multiplicité <sup>12</sup> élevée (51-100%) 9%
« Type II » Moyen, (67% des P.A. avaient entre 6 et 14 membres dans leur réseau). Mais peu de parenté et d'amis, et pas beaucoup de voisins 20%	« Non Résident » Petit (1-2) et composé de proches, en majorité des femmes 35%	« Amis » Composé de proches et d'amis, en majorité mariés, fréquence de contacts élevée mais très peu avec les voisins, statut éducationnel élevé 24%	« Localement intégré » Grand, Diversifié, très actif localement, contacts réciproques avec famille/amis/voisins 41%	« Balancé pro-Amis » Grand, prédominance de contacts avec les amis, en majorité des femmes		« Consistant » Grand, Diversifié, actif, contacts fréquents très famille	« Diffus » Grand (8-21), multiplicité faible (37%) 15%
« Type III » Petit à Moyen (91% des P.A. avaient de 1 à 14 membres dans leur réseau). Plus de parenté mais très peu d'amis et de voisins. 16%	« Résident » Petit (1-2), composé de proches habitants avec la personne âgée 19%	« Voisins » Composé de proches et de voisins, veufs/ves, contacts fréquents mais très peu avec les amis, en majorité des femmes 17%	« Familial » Petit, Dense et homogène, contacts très famille (enfants), tendance à la dépression, aidant souvent surchargé 26%	« Balancé Famille/Amis » Moyen, composé de la parenté et d'amis, plus spécifique aux femmes âgées	« Substitution » Caractérisé par : 1-Le nombre d'amis dans le réseau, 2-Perte d'un membre du réseau durant la dernière année, 3-La quantité d'aide perdue durant la dernière année	« Intermédiaire » Moyen, Plus de contacts en dehors du cercle familial, Peu de contacts par semaine, de nature pratique, majorité de femmes	« Balancé » Moyen (2-8), contacts réguliers, multiplicité moyenne (37-51%) 20%
« Type IV » Grand (61% des P.A. avaient plus de 14 membres dans leur réseau). Mais contrairement au type I, plus de parenté, peu d'amis et de voisins. 32%	« Résidents Fragilisés » Très petit (1), composé de proches fragiles habitants avec la personne âgée 17%	« Familial » Composé d'enfants, contacts très fréquents, très religieux, très peu de contacts avec les voisins ou les amis, bas niveau d'éducation 9%	« Localement fermé » Petit, Reste avec le mode de vie de famille, Orienté sur les voisins comme surveillant plus qu'aidants, peu de contacts 12%	« Famille Étendue » Petit, composé de la parenté et d'amis, plus spécifique aux hommes âgés		« Familial » Grand, Actif, très orienté vers le maintien des contacts avec les enfants	« Intense » Petit (<2), contacts réguliers, multiplicité élevée (51-100%) 15%
	« Restreints » Petit, composé de voisins et d'amis 6%	« Restreint » Composé d'enfants, liens sociaux très limités, sans époux/se, très peu de contacts en général, socioéconomiquement défavorisé 20%	« Isolé » Très petit, Diffus, Absence de parenté localement, contacts très peu fréquents 15%	« Centrés Enfants » Petit, centré sur les enfants, surtout pour les femmes âgées		« Traditionnel » Caractérisé par : 1-La présence d'un époux/se, 2-nombre d'enfants, 3-La présence régulière à la synagogue	« Inopérant » Petit, Isolé, peu d'amis, sans confident, grande proportion d'aînés sans enfant, c'est le type de réseau le plus fréquent en Finlande
« Restreints Fragilisés » Très petit, composé de voisins et d'amis fragiles. 10%	« Isolés Socialement » Très petit, peu de contacts avec les enfants et les amis, souvent socioéconomiquement pauvre						

Cnd : Canadienne ; P.A. : Personnes âgées

<sup>11</sup> Lund 2003 : Leur typologie fait référence à celle proposée en 1986 par Mugford et Kendig mais pour une population (N=240) australienne de P.A. de 60 ans et plus. La typologie est basée sur 4 classes [1- étendu, 2- diffus, 3- intense, 4- atténuée] au lieu de cinq pour Mugford et Kendig. Par ailleurs les critères sont les mêmes.

<sup>12</sup> La multiplicité est définie par les auteurs comme : un pourcentage représentant la complexité et l'étendue des liens ainsi que l'intensité des échanges entre les membres du réseau.

Les variations rencontrées dans ces cinq types de réseaux sont principalement dues à la sexospécificité et à l'état civil des personnes âgées qui y sont associées. Le nombre d'enfants et le statut social y jouent également un rôle significatif dans la composition de ces réseaux. Par ailleurs, l'augmentation de l'incapacité de la personne âgée ne semble pas changer le type de réseau auquel elle appartient mais le réorganise. Ainsi, la présence des amis s'amenuise alors que celle de parents éloignés devient plus importante pour supporter les aidants principaux.

En résumé, la plupart des typologies proposées et rassemblées dans les tableaux précédents, ont été fortement corrélées aux variables sociodémographiques (Keating et coll., 2004 ; Litwin, 1999-7-5 ; Auslander, 1996 ; Melkas et Jylhä, 1996 ; Stone et Rosenthal, 1996 ; Wenger, 1996-4-1).

### **Typologie et sources d'aide formelles ou informelles disponibles**

Au Canada, Stone et Rosenthal (1996) ont présenté une typologie des réseaux, utilisés par les personnes âgées, à partir d'une enquête démographique et sociale réalisée par Statistique Canada en 1990, en se basant principalement sur la grandeur des réseaux et sur les traits particuliers des relations entre les aînés et leur entourage<sup>13</sup>.

Cette démarche les a conduits à regrouper les réseaux en faisant appel à une technique d'analyse de groupement « cluster », tout comme Litwin (1995). La difficulté avec l'emploi de cette technique réside dans l'obligation pour les auteurs de prédéterminer le nombre de classes, selon un processus d'essais erreurs afin de maximiser la différence entre les groupements et de conserver une homogénéité inter groupement, avant

---

<sup>13</sup> Paramètres utilisés par Stone et Rosenthal : Grandeur des réseaux ; un indice proportionnel du rôle des enfants, des proches, des amis, de parenté et de l'époux(se) ; la présence ou non d'un partenaire(epoux/se) ; les conditions de résidence ; un indice de la fréquence des contacts visuels ou téléphoniques avec les enfants, les proches, les amis, la parenté et l'époux(se).

l'établissement d'une typologie. Les six (6) classes de réseaux retenues à la suite de ce processus, sont : 1- Petit, socialement isolé et peu de relations amicales ; 2- Petit, centré sur les enfants ; 3- Petit, composé d'amis et de proches (famille étendue) ; 4- Moyen et diversifié (famille/amis) ; 5- Grand et diversifié (pro-amis) ; 6- Très grand et diversifié.

L'établissement de leur typologie, en fonction des aidants disponibles, a permis aux auteurs de démontrer l'importance de la sexospécificité des aînés et de la présence (ou non) d'enfants dans la caractérisation des sous réseaux. L'absence d'enfants aidants, dans certaines situations, amène les auteurs à souligner le risque élevé d'institutionnalisation pour les personnes âgées isolées.

De leur côté, Melkas et Jylhä (1996), ont axé l'établissement de leur typologie en fonction de l'augmentation du rôle joué par les services informels sur le fait que les personnes âgées vivent plus seules en Finlande que dans le reste de l'Europe, bien qu'elles souffrent moins du sentiment d'isolement. Cette situation est due à la dispersion de la population sur tout le territoire et à la migration des jeunes vers les villes. Les cinq types de réseaux, définis par les auteurs et pour lesquels ils ne signalent pas leur importance respective en pourcentage, sont basés sur la nature des interrelations entre les personnes âgées et leur entourage, la disponibilité des sources d'aide formelles et informelles, le sentiment de solitude et le niveau de satisfaction de la vie. Les dimensions retenues sont : 1- l'étendue des réseaux ; 2- le niveau d'intimité avec les autres membres

du réseau ; 3- un indice sur la fréquence d'interaction et 4- un indice sur l'aide instrumentale reçue<sup>14</sup>.

Ces auteurs ont regroupé les aînés, en utilisant une technique d'analyse statistique de groupement « Fast-cluster », à l'intérieur des sous réseaux prénommés : 1- Réseaux « doués », grands, diversifiés, actifs et balancés avec un niveau élevé de contacts réguliers tout azimut; 2- Réseaux « consistants », grands, actifs et diversifiés mais dont la plupart des contacts se font à l'intérieur de la famille ; 3- Réseaux « intermédiaires », moyens, les femmes sont en plus grand nombre, la majorité des contacts se font à l'extérieur du cercle familial, [ces trois premiers types de réseaux ont beaucoup d'enfants] ; 4- Réseaux « familiaux », grands, moyennement actifs avec des contacts orientés famille ; 5- Réseaux « inopérants », petits, peu d'amis, sans confident, isolés (une personne sur deux vit seule), mais il s'agit du type de réseau le plus répandu en Finlande suivi du type familial.

En résumé, leur étude indique que beaucoup de personnes âgées vivent seules à la campagne mais que les liens familiaux demeurent serrés et que l'entraide reste une valeur à laquelle les Finlandais sont attachés. Cet aspect compense pour la diminution des services formels due aux coupures budgétaires même si la population âgée de ce pays préfère ce genre de services.

Les travaux préalables d'Auslander et Litwin (1990) les avaient conduits à identifier des réseaux de proximité et des réseaux distants selon la spécificité des relations à l'intérieur de ces réseaux. De son côté, Auslander (1996) a choisi des critères de distinction à partir

---

<sup>14</sup> Aide instrumentale reçue, formelle ou informelle, pour les activités suivantes : travail domestique ; petits services ménagers ; courses ; soins personnels ; transport ; réparations à la maison.

des variations démographiques et psychologiques pour une population vivant à Jérusalem. Il fait appel à plusieurs variables réparties selon : le soutien social, la fréquence et la durée des contacts, l'identification des membres du réseau, la participation à des services religieux et la quantité de soutien perdu durant la dernière année.

Cette approche lui permis de distinguer trois types de réseaux qu'il a prénommé : 1- Réseau soutenant ; 2- Réseau de substitution ; 3- Réseau traditionnel. Cette classification indique l'intérêt de l'auteur pour éclaircir le rôle des réseaux formels et informels dans le contexte particulier de Jérusalem.

En résumé, cet auteur utilise une perspective dans l'établissement de sa typologie, qui tient principalement compte des fonctions pour lesquels les réseaux sont utilisés. Ainsi, dans le milieu particulier de son étude, les personnes âgées font plus appel au réseau informel pour du soutien émotionnel tandis qu'elles se tournent plus vers le secteur formel offert par la municipalité pour l'aide instrumentale.

Par la suite, Litwin (1995-7-9) a raffiné l'analyse des réseaux sociaux pour l'établissement de typologies en examinant successivement : l'effet de la grandeur des réseaux, de leur composition, du pourcentage de liens intimes, de la fréquence des contacts, de la longévité des liens et de la proximité géographique des contacts. En 1997, il s'intéressa aux différents types de réseaux utilisés par près de 4200 personnes âgées (60 ans et plus) en Israël et l'utilisation des services de santé publics alors disponibles<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Variable dépendante est un indice de l'utilisation des services de santé. Cet indice est composé de : 1- visite à un docteur y compris à l'urgence ; 2- visite à une infirmière ; 3- consultations téléphoniques ; 4- examens des yeux et 5- des oreilles ; 6- passer des rayons-X ; 7- avoir de la physiothérapie ; 8- tests sanguins ; 9- tests de laboratoire.

Cette démarche le conduisit à vérifier l'impact des besoins des personnes âgées selon leur état de santé et la nature des liens lors de l'acceptation ou de l'attribution de services de soutien. Plus tard, Litwin (2001-3) a étudié la relation entre le type de réseau utilisé par les personnes âgées et leur niveau d'incapacité [faible, modéré, forte] ou de sentiment de confort (moral) avec leurs caractéristiques sociodémographiques [sexospécificité, origine, âge, revenu et éducation]. Il distingue alors cinq types de réseaux (Litwin, 1996). La classification des types de réseaux devient la suivante : restreints (aînés isolés), familiaux (composé d'enfants, en moyenne cinq, avec beaucoup de contacts ; religieux), voisins (aînés veufs/ves, plusieurs contacts avec certains enfants et des voisins, mais sans amis), amis (comme le précédent mais peu de contact avec les voisins, principalement avec les amis) ou diversifié (beaucoup de contacts avec les enfants, les voisins, les amis et relativement religieux).

En résumé, les travaux de Litwin (1995 à 2003) le conduisirent à souligner l'importance de définir des types de réseaux pour faire ressortir l'apport particulier de chacun d'eux. À titre d'exemple, les réseaux de type diversifiés semblent favoriser l'activité physique et les échanges sociaux tandis que ceux prénommés familiaux ou restreints ont tendance à maintenir les personnes âgées dans un état d'inactivité relatif. Ces études lui permirent d'identifier quatre types d'échange, entre les personnes âgées et leur entourage proche, passant d'une relation équilibrée à un échange désaxé soit vers les proches ou vers les personnes âgées et à aucun échange (Litwin, 2004).

Au Pays de Galle Wenger (1997-1) s'intéressa à la compréhension des réseaux [grandeur, contenu et fonction] utilisés par ces personnes âgées vivant en communauté dans un milieu rural sur la base de : 1- la proximité de proches parents, 2- la proportion de



membres de la famille, d'amis, de voisins impliqués dans la contribution de services d'aide, 3- le niveau d'interaction entre les personnes âgées et leur famille, leurs amis, leurs voisins et les groupes de la communauté. Cette analyse a conduit à distinguer cinq types de réseaux afin d'aider les travailleurs sociaux et les praticiens médicaux dans leur travail auprès de leur clientèle. Elle distingua les catégories suivantes : 1- Principalement composé de membres de la famille vivant avec ou pas loin de la personne âgée, ce réseau est généralement petit mais très homogène, peu fonctionnel en regard de la recherche d'aide formelle. Avec l'augmentation de la dépendance de la personne âgée, le fardeau de l'aide se retrouve souvent sur les épaules d'une seule personne, généralement la fille. Le sentiment d'isolement et de dépression chez la personne âgée se retrouve fréquemment, à long terme, dans ce type de réseau et l'aidant est souvent surchargé. 2- Diversifié et intégré localement, il s'agit surtout de réseaux de personnes âgées actives. Ce type de réseau est bâti autour de la réciprocité des contacts et contribue à alimenter un bon niveau de satisfaction de vie. Les relations caractérisées par des liens « faibles » (Granovetter, 1973) permettent de faire circuler l'information et favorisent le changement. Le recours aux services formels est utilisé en dernier ressort. 3- Principalement composé de voisins, ces derniers jouent plus un rôle de surveillant que d'aidant. Les besoins de ces personnes âgées habituées à vivre sans grands contacts sont susceptibles d'être ignorés ou méconnus. 4- Basé sur des contacts géographiquement éloignés mais maintenus, avec très peu de proches dans un environnement immédiat, ce type de réseau est surtout composé de liens « faibles » et a un caractère hétérogène dû à la dispersion de ses membres. Le recours aux services formels est plus fréquent. 5- Ce type de réseau est composé de personnes âgées isolées, peu actives dans la communauté, avec un minimum de contact

avec leur voisin. Il est de nature hétérogène, petit et dispersé. Peu d'aide informelle est disponible dans cet environnement et les personnes âgées dépendent des services institutionnels accessibles dans leur région. Cette typologie a été testée et corrélée principalement avec des variables sociodémographiques<sup>16</sup> à Liverpool, après les essais en milieu rural, sur plus de cinq mille personnes âgées vivant en ménage privé ou en résidence spécialisée.

Cette typologie a été réutilisée lors d'études subséquentes en Angleterre, en Allemagne et aux Pays Bas pour établir des relations entre la santé et les réseaux sociaux (Field et coll., 2002), pour étayer l'influence des relations parents enfants (Wenger et coll., 2000), pour confirmer les variations de pratique (Wenger et Tucker, 2002) et pour améliorer les soins dédiés aux aînés dans la communauté (Scharf et Wenger, 1995).

Ces recherches soulignent le bien fondé de l'établissement de typologies afin de mieux cerner les différentes utilisations des services formels ou informels faites par les personnes âgées.

### **Typologie et aide reçue**

Noelker et Bass (1989) ont développé une typologie reposant sur 13 sortes d'aides<sup>17</sup> reçues par les personnes âgées et effectuées soient par les aidants naturels ou par les fournisseurs de services formels. Cependant, leur échantillon était relativement restreint.

Il ne comprenait que 514 personnes âgées de 60 ans et plus dont les aidants naturels

---

<sup>16</sup> Variables utilisées : âge, sexespecificité, statut marital, composition familiale sous le même toit, classe sociale selon cinq niveaux, niveaux d'éducation, type de quartier, lieu de naissance (distance par rapport à Liverpool), appartenance religieuse.

<sup>17</sup> Les tâches examinées étaient : prendre le bain, s'habiller, se nettoyer, se shampooiner et peigner, se couper les ongles, se déplacer et manger ; puis d'ordre médical en prenant soin d'un cathéter, en mesurant la pression sanguine, en faisant des exercices spéciaux (physiothérapie), en gérant la médication et d'autres responsabilités d'ordre médicales.

étaient soit le conjoint(e) ou l'enfant vivant avec la personne âgée. Cette tentative de typologie est intéressante dans notre contexte parce qu'elle tient compte des tâches réalisées pour venir en aide aux personnes âgées.

Ils firent appel à l'analyse discriminante pour groupe multiple afin d'examiner les catégories différentes. Ils distinguèrent trois types d'aide en se basant sur le modèle d'Andersen (1973-68)<sup>18</sup> : Le Type I [parental], le plus important (42% des familles), provient exclusivement de la parenté (conjoint ou enfant) indépendamment des autres ressources disponibles ; le type II [service formel spécialisé], (incluant 28% des familles) comprend à la fois les aidants naturels pour la majorité des tâches à effectuer mais avec au moins une aide (pouvant être conjointe) provenant du secteur formel et le type III [spécialisation double], (englobant 21% des familles) ne mélange pas l'aide fournie; elle provient soit des aidants naturels ou du secteur formel. Dans ce dernier type, il s'agit de complémentarité au sens de Litwak (1985).

À la suite de cette étude, Béland (1992) a suggéré une typologie de la disponibilité de l'aide selon le critère de la sexospécificité de l'aidant naturel. Pour ce faire, il a évalué l'aide en fonction de trois niveaux de responsabilité pour quatre activités de vie domestique<sup>19</sup>. Il utilisa l'analyse de correspondance pour identifier des regroupements de

---

<sup>18</sup> Les facteurs prédisposants réfèrent aux caractéristiques sociodémographiques et aux habitudes liées à la santé à la fois de la personne âgée et de l'aidant naturel avant une épisode de maladie (âge, sexospécificité, race) ; les facteurs favorables, encore pour la personne âgée et l'aidant naturel, réfèrent aux ressources socioéconomiques, la perception de la force des liens familiaux et le nombre de personnes externes pouvant donner de l'aide ; les facteurs de nécessité sont différents pour les deux acteurs, pour l'aidant naturel il s'agit du niveau de restriction de ses activités normales dû à l'aide fournie, du changement de sa santé physique et mentale à cause de cette prise en charge et la difficulté des tâches à accomplir. Pour la personne âgée, l'incontinence, le nombre et l'intensité de la condition de chronicité, le niveau de paralysie et l'état mental ont été retenus.

<sup>19</sup> Les niveaux de responsabilités se partagent selon que le répondant détenait ou partageait l'activité, selon qu'une personne vivait avec la P.A. et assumait l'activité puis selon qu'une personne extérieure au

sources d'aide pour toutes les activités. La typologie suggérée se répartit en cinq catégories nommées : 1- « aide corésidente partielle », 2- « aide extérieure partielle », 3- « aide pour les activités extérieures », 4- « aide totalement corésidente », 5- « responsabilité du répondant ». Cette recherche a souligné l'importance de la sexospécificité du répondant en fonction de l'aide à assurer et de la présence du conjoint(e) dans le même logement que la personne âgée ou d'une personne aidante en cohabitation.

De leur côté, Van Tilburg et Coll. (2004) ainsi que Broese van Groenou et van Tilburg (1996-2003), interpellés par les changements physiques et cognitifs dus à la vieillesse et par l'augmentation des coûts du système de santé en Hollande, examinèrent les réseaux utilisés par les personnes âgées en fonction des sources d'aides instrumentales fournies par un ensemble d'aidants et de contacts sociaux pour établir une typologie basée sur les travaux de Wenger (1992). Pour ce faire, ils distinguèrent le réseau social global d'un aîné de celui plus restreint des contacts personnels pouvant servir éventuellement à fournir de l'aide. Selon ces auteurs, le réseau global donne une indication de l'intégration sociale de la personne âgée alors que le réseau restreint souligne la fonction reliée au soutien instrumental potentiellement accessible. La grandeur du réseau, sa composition, la fréquence et l'importance des contacts entretenus ont été analysées au travers de neuf types de relations<sup>20</sup> qui ont servi de balises pour caractériser ces réseaux. La quantité

---

logement assurait l'activité. Les quatre activités se répartissaient entre : la préparation des repas, des travaux ménagers légers, du lavage de planchers et d'entretien extérieur de la maison.

<sup>20</sup> Neufs types de relations (selon Dykstra, 1995) : 1- L'époux/se ou le/la partenaire indépendamment si elle/il vit avec ou non ; 2- Les enfants des deux côtés ; 3- Les partenaires des enfants ; 4- Les proches ; 5- Les partenaires des proches ; 6- Autres parenté ; 7- Voisins, au sens large ; 8- Les amis ; 9- Autres.

d'aide reçue dans l'accomplissement de quatre activités de vie quotidiennes<sup>21</sup> et la provenance (formelle ou informelle) font également partie des critères de distinction<sup>22</sup> choisis par les auteurs.

Ils ont alors défini quatre types de réseaux pour leur typologie selon le nombre de membres dans le réseau et leurs liens familiaux avec les aînés. Le type I correspond à un « Grand Réseau » ayant plus de 14 membres et surtout composé d'amis et de voisins. Le type II est « Moyen » avec de 6 à 14 membres étant surtout des amis. Le type III dénommé « Petit à Moyen » regroupe de 1 à 14 membres, surtout de la parenté. Finalement le type IV avec plus de 14 membres est aussi « Grand » que le type I mais à l'opposé, il regroupe surtout des parents.

En résumé, ces auteurs ont trouvé une différence notable dans le comportement des individus selon qu'il s'agisse d'aide formelle ou informelle reçue. Ils ont aussi remarqué que parmi les personnes âgées qui recevaient de l'aide formelle, plusieurs d'entre elles obtenaient également plus d'aide de la part de leurs enfants. Les femmes célibataires ou veuves, recevaient aussi plus d'aide formelle. En termes de relation entre les services formels et informels, ces constatations militent en faveur de la complémentarité des services.

Plus près de l'approche adoptée dans notre recherche, Keating et coll. (2003) a examiné les différents types de réseaux de « soins » utilisés par une population canadienne de personnes âgées fragilisées par des problèmes de santé chroniques et à long terme. Il ne

---

<sup>21</sup> Activités retenues : 1- Pouvez-vous descendre et monter des escaliers ; 2- Pouvez-vous marcher, à l'extérieur, au moins cinq minutes sans vous reposer ; 3- Pouvez-vous vous lever et vous asseoir sur une chaise ; 4- Pouvez-vous vous habiller seul, y compris mettre les chaussures.

<sup>22</sup> Sources informelles : 1- Partenaire ; 2- Membres de la maison ; 3- Enfants ; 4- Autres parentés ; 5- Amis ; 6- Connaissances ; 7- Voisins. Sources formelles : 1- Infirmières communautaires ; 2- Personnels privés ; 3- Services sociaux.

s'agit pas dans sa recherche d'une population de personnes âgées exclusivement en ménage privé comme nous l'abordons dans cette thèse, mais les auteurs tentent d'établir une relation entre les types de réseaux rencontrés et l'aide reçue par les aînés ayant des problèmes importants de santé à long terme.

En accord avec la nature de son échantillon et sa volonté d'explorer la nature des soins donnés, leur quantité et la capacité des familles et des voisins à le faire, Keating (2003) distingue les notions de réseaux sociaux<sup>23</sup>, réseaux de soutien<sup>24</sup> et réseaux de soins<sup>25</sup>. Elle souligne, comme Litwin (1997) et Wenger (1997), que les personnes âgées en relative bonne santé ont des réseaux plus robustes et plus diversifiés que les personnes âgées dont la santé est compromise. Ces dernières ont de plus petits réseaux surtout composés de proches.

Les critères principaux pour l'établissement de sa typologie sont : la grandeur du réseau, sa composition et sa densité, la nature réciproque des relations, la proximité géographique des aidants, les caractéristiques sociodémographiques des aînés et les tâches accomplies. La littérature traitant des réseaux de « soins » les décrit comme étant petits, composés de proches [généralement une femme] d'âge moyen et habitant à proximité (Keating et coll., 1994 ; Piercy, 1998 ; Tijhuis et coll., 1998 ; Litwin, 1995 ; Connidis, 1994).

---

23 Le réseau social correspond à un ensemble de liens sociaux propres aux individus et déterminé par leurs caractéristiques structurelles (nombre, densité, composition, étendue) [Vogt et al, 1992]. Le réseau social est considéré comme le véhicule (la structure) qui permet de dispenser le soutien [Langford et al, 1997] et contient un potentiel de soutien fonction du nombre d'individus qui sont prêts à donner de l'aide et fonction de leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour le faire [Tijhuis et al, 1998]

24 Le réseau de soutien est le sous-ensemble fonctionnel du réseau social et procure le soutien émotionnel, physique ainsi que les services requis par les personnes âgées [Martire et al, 1999]. Le réseau de soutien apparaît très différent du réseau social par ce qu'il est plus spécifique aux relations existant depuis longtemps, sur l'éventuel besoin d'aide et sur la réciprocité [Keating et al, 2003].

25 Différent du réseau de soutien dans la spécificité des tâches accomplies pour assurer le quotidien [Hanson et al, 1997] et dans la dépendance croissante aux services prodigués par les aînés fragilisés à long terme.

Keating (2003) se sert de statistiques descriptives, de régression multiples et d'analyses en classification automatique à K moyennes pour établir sa typologie. Après l'examen des caractéristiques retenues<sup>26</sup> et des tâches accomplies par les aidants<sup>27</sup>, elle distingua six réseaux de « soins » distincts : 1- « Non-résidents », composé de proches habitant tout près des aînés (pas plus loin d'une demi journée de distance) ; 2- « Résidents », aussi composé de proches mais dont la majorité habite avec la personne âgée ; 3- « Résidents fragiles », semblable à la catégorie deux, mais les aidants (souvent une seule personne) sont eux-mêmes fragilisés ; 4- « Diversifiés », le plus grand et composé à la fois de proches, d'amis et de voisins, il est plus robuste que tous les autres réseaux ; 5- « Restreints », composé généralement d'une seule personne étant voisine ou amie ; 6- « Restreints fragiles », semblable au cinquième, mais les voisins ou amis sont eux-mêmes fragilisés.

Cette étude ne valide pas l'existence de vastes réseaux familiaux, de voisins ou d'amis, pour cette population canadienne contrairement à ce que les « politiques » voudraient bien croire et utiliser pour l'organisation des services dédiés aux personnes âgées Keating et coll. (2003). La typologie de réseau de soins décrite par Keating et coll. (2003) est fortement liée à la quantité de soins reçus, à leur nature, au niveau de fragilité des personnes âgées et à leur qualité de vie. Par ailleurs, les réseaux composés de proches fragilisés et de voisins ou d'amis semblent très peu robustes puisqu'ils sont généralement composés d'une seule personne souvent ayant plus de 65 ans et malade. Ces réseaux regroupent aussi beaucoup d'aînés prenant soins d'eux-mêmes la plupart du temps. De

---

<sup>26</sup> Caractéristiques retenues des réseaux de soins de Keating (2003) : sexospécificité, relation avec les proches, lieu de résidence par rapport aux aînés, distance de résidence, composition selon l'âge des aidants.

<sup>27</sup> Tâches considérées : Repas, travaux ménagers, entretien de la maison, faire des courses, transport, accomplissement de tâches financières et les soins personnels.

plus, il y a très peu de membres de ces réseaux qui habitent à plus d'une demi-journée de la personne âgée à aider. Le réseau de type diversifié apparaît être le réseau idéal. Il est le quatrième en importance selon la fréquence des types de réseaux rencontrés dans cette population. Les personnes âgées ayant un réseau de type « Restreint » étaient en meilleure santé et celles appartenant au type « Résidant fragile » étaient en plus mauvaise santé que les autres.

En résumé, Keating et coll. (2003) retiennent de leur étude qu'environ 74% des Canadiens fragiles sont soutenus par une ou deux personnes qui sont souvent des proches parents. Les seuls aînés non à risques d'institutionnalisation sont ceux appartenant au type de réseau « diversifié ». Les personnes âgées, dans les cinq autres types de réseaux sont quant à elles susceptibles de ne pas recevoir suffisamment de soins. À la suite de ces constatations, Keating et coll. (2003) soulignent l'importance, pour les responsables des services formels aux personnes âgées, de fournir du soutien différent selon le type de réseau pour les garder le plus longtemps autonomes dans leur milieu.

L'ensemble des résultats montre que le type d'aide disponible ou reçu varie avec les réseaux identifiés (Faber et Wasserman, 2002). Toutes les typologies présentées jusqu'à maintenant font ressortir l'étendue des approches utilisées et la diversité des critères de distinctions. Ces typologies restent spécifiques à l'intérêt de recherche des auteurs, dans un milieu particulier, et selon l'aide que les personnes âgées sollicitent pour l'accomplissement de leurs activités domestiques et quotidiennes (Litwin, 1996 ; Van der Poel, 1993 ; Dykstra, 1990 ; Cohen et Syme, 1985).



## Évolution des réseaux

Les réseaux utilisés par les individus sont grandement diversifiés et ont un processus dynamique continu. Ils évoluent en fonction du changement de l'entourage qui gravite autour des personnes âgées et de l'effet du déclin physique et cognitif. Dans une étude longitudinale (Longitudinal Aging Study Amsterdam) portant sur six ans, Aartsen, Van Tilburg et coll. (2004) ont suivi la composition des réseaux attachés à 1552 personnes âgées<sup>28</sup> entre 55 et 85 ans. Parmi les quatre types de réseaux (basés sur la typologie de Wenger, 1991) qu'ils ont identifiés (selon la grandeur et la composition en fonction de trois types de relations<sup>29</sup> et en fonction de trois types d'activités physiques et six reliées à l'aspect cognitif<sup>30</sup>), ils ont remarqué un phénomène de transition d'un type de réseau à un autre chez 31% des individus étudiés. Il leur est apparu que les personnes les plus âgées étaient surtout entourées d'un réseau dont le nombre de membres avait augmenté et dans lequel les amis et voisins étaient remplacés par plus de membres de la famille. Cette substitution se retrouvait principalement dans les réseaux de grande taille (densité). Dans ceux de petites tailles, ce phénomène ne se retrouvait pas et avait tendance à être inverse (Giles et coll., 2002). Il reste cependant un fait, les types de réseaux et leurs structures varient avec l'avancement en âge des membres (Wenger, 1997). Le déclin physique semble coïncider avec une augmentation potentiel d'aidants alors que le déclin cognitif apparaît correspondre à une diminution (Van Tilburg et coll., 2004 ; Cullum et coll.,

---

<sup>28</sup> L'échantillon provenait de la population Néerlandaise en générale (tiré du registre national de onze municipalités dans trois secteurs culturels différents sur le territoire de la Hollande).

<sup>29</sup> Les trois domaines correspondaient à : 1- Les membres de la famille (époux(se) vivant sous le même toit, les enfants avec leurs partenaires, les autres proches; 2- les voisins; 3- les amis).

<sup>30</sup> Les trois activités physiques sont : monter/descendre un escalier de quinze marches, utiliser un mode de transport en commun ou son véhicule, se couper les ongles d'orteils. Les fonctions cognitives ont été évaluées à partir du MMSE selon : la mémoire, l'orientation, l'attention, le langage, les capacités de construction mentale et de compréhension.

2000 ; Baltes et Carstensen, 1996 ; Stoller et Pugliesi, 1991-88 ; Dowd, 1984). Les aidants semblent également avoir une spécificité dans leurs interventions qui affecte la stabilité des réseaux. Les proches ont tendance à donner du soutien informel de façon générale, les amis du soutien émotionnel et les voisins du soutien à court terme (Litwak, 1985 ; Broese van Groenou et Van Tilburg, 1997-6).

Cette évolution des réseaux a été soulignée par Kahn et Antonucci (1981) dans leur proposition d'explication des réseaux sociaux en suggérant le modèle de « Convoi social ». Ils ont utilisé cette métaphore pour illustrer le phénomène de changement de composition des réseaux avec le temps. Ainsi, des gens peuvent embarquer ou descendre du convoi selon les événements, leur santé, ou leurs disponibilité et intérêt (Morgan et March, 1992 ; Antonucci et Akiyama, 1987). La nature des relations entretenues par les personnes âgées, comme une attitude proactive, alimente aussi le changement de composition des réseaux. Ces personnes deviennent également plus sélectives en fonction de leur besoin de soutien émotionnel plus qu'informationnel et elles optimisent leurs relations pour maximiser cette recherche d'aide (Carstensen, 1992).

### **Essai de comparaison**

Ces différentes typologies nous indiquent à quel point cette démarche est variable en fonction des intérêts des auteurs et de l'environnement où vivent les personnes âgées. Par ailleurs, les réseaux de grandeurs et de compositions différentes semblent donner lieu à des services de soins particuliers et en quantité définie (Keating et Otfinowski, 2003 ; Campbell et coll., 1999 ; Tijhuis et coll., 1998 ; Wenger, 1997 ; Litwin, 1995 ; Connidis, 1994)

Nous venons d'illustrer plusieurs typologies qui ont été réalisées ces dernières années. Litwin (1996) en a regroupé un certain nombre, conduites dans plusieurs pays<sup>31</sup>, pour tenter de généraliser les types de réseaux utilisés par les personnes âgées. Parmi ces études, certaines tentaient explicitement de définir une typologie (Stone et Rosenthal, 1996 ; Melkas et Jylhä, 1996 ; Wenger, 1996 ; Auslander, 1996) alors que les autres examinaient plus particulièrement les composantes spécifiques des réseaux informels propres aux personnes âgées (Andersson et Sundström, 1996 ; Attias-Donfut et Rozenkier, 1996 ; Béland et Zunzunegui, 1996 ; Lubben et Gironde, 1996 ; Broese van Groenou et Van Tilburg). Litwin (1996) a analysé ces études dans une démarche transnationale bien que les approches varient grandement d'un pays à l'autre tant du point de vue méthodologique que conceptuel ou évaluatif.

La comparaison des réseaux sociaux des personnes âgées de 10 pays (Litwin, 1996) a été conçue à partir de trois préoccupations principales : des critères structurels, des caractéristiques interactionnelles et des échanges relationnels.

---

<sup>31</sup> Études : Suède (Andersson et Sundström), France (Attias-Donfut et Rozenkier), Espagne (Béland et Zunzunegui), Canada (Stone et Rosenthal), Finlande (Melkas et Jylhä), Angleterre et Pays de Galle (Wenger), États-Unis (Lubben et Gironde), Pays-Bas (Broese van Groenou et Van Tilburg), Israël (Auslander)

La description des caractéristiques des réseaux, a fait appel à : la taille, leur composition, la nature des interactions, la fréquence et la réciprocité des relations, la durée des liens et de la proximité des acteurs. La sexospécificité a également servi de critère pour la catégorisation de réseaux sociaux utilisés par les personnes âgées au Canada (Stone et Rosenthal, 1996).

Les caractéristiques interactionnelles ont été évaluées au moyen de la fréquence des contacts avec les autres membres du réseau. L'assistance à des cérémonies religieuses a également été utilisée, avec en plus pour un pays (Espagne) le centre commercial comme lieu de rencontre. Ce fait souligne l'importance de tenir compte de la culture. Le fait de recevoir de l'aide a également servi d'attribut dans la plupart des études.

Une autre constatation de Litwin (1996) rend compte de l'abondance du soutien informel disponible, contrairement à Keating (2003), à partir de la structure familiale ou d'autres contacts. Il semble, dans cette comparaison, que ceux qui reçoivent le plus de soutien informel soient également ceux qui gèrent le mieux l'aide formelle qu'ils utilisent bien qu'ils en aient souvent le moins besoin (Litwin, 1996).

Les facteurs de comparaisons utilisés dans cette analyse transnationale, peuvent se regrouper selon : les conditions de vie et l'évolution des réseaux ainsi que le niveau et la nature des échanges (Litwin, 1996). Ces tentatives ont montré que certains réseaux sont plus aidants que d'autres et probablement structurellement plus robustes. Les réseaux forts, sont généralement constitués de personnes âgées qui ont beaucoup de ressources.

Il nous paraît difficile d'établir une comparaison de ces différents classements surtout qu'ils sont souvent de caractères généraux et se limitent couramment à la grandeur des

réseaux en fonction de la nature des aidants le tout selon l'intérêt des auteurs (voir tableau 1-VI-1).

En résumé, ces essais de typologies (tableau 1-VI-2) ont démontré le besoin de recherches plus nombreuses sur ce sujet et plusieurs tendances ont été soulevées. Il va être intéressant de vérifier les constats décrits précédemment dans une perspective tenant compte de la sorte d'aide reçue et des ressources sollicitées pour les effectuer. Le défi reste entier en utilisant le cadre à la fois structurel, fonctionnel et de contenu qui définit les réseaux sociaux. Par ailleurs, bien qu'il semble que l'aide informelle et l'aide formelle soient de nature plus complémentaire (Litwin, 1997 ; Keating 2003), nous comptons faire ressortir la façon dont cet aspect se manifeste dans notre recherche de typologie.

## **CHAPITRE 2 : CADRE D'ANALYSE**

Dans la poursuite de cette recherche, dont les bases principales s'appuient sur le concept des réseaux sociaux, nous avons parcouru la littérature qui y est associée mais avec un regard lié à la problématique des personnes âgées vivant en ménages privés, en interaction avec leur milieu, et recherchant de l'aide selon leur niveau d'incapacité.

À cette étape, il nous paraît utile de rappeler les deux objectifs poursuivis dans cette recherche pour mieux définir notre cadre d'analyse :

- 1) Établir une typologie des réseaux d'aide, auxquels les personnes âgées ont recours, résultant de la combinaison des sources d'aide et des tâches que ces dernières accomplissent ;
- 2) Identifier les principaux déterminants de l'appartenance des personnes âgées aux divers types de réseaux.

L'examen de ces deux objectifs, nous conduit à bâtir notre cadre d'analyse en s'inspirant de modèles décrivant l'influence des relations sociales ou la recherche d'aide à partir de la notion de réseaux sociaux. Ces modèles nous indiquent déjà les blocs de variables susceptibles d'être pris en compte pour la description des réseaux sociaux et pour l'appartenance des personnes âgées à ces types de réseaux (notre deuxième objectif). Notre modèle devra donc refléter cet aspect.

Par ailleurs notre recherche porte sur les personnes âgées en ménages privés qui utilisent ou non de l'aide en fonction de leurs incapacités pour réaliser des tâches quotidiennes. La personne âgée vivant en ménage privé sera donc notre unité d'analyse principale et le type d'aide instrumentale reçue associé aux ressources utilisées seront nos deux critères de distinction pour notre premier objectif. Notre modèle devra faire ressortir ces aspects.

Pour le volet incapacité des personnes âgées, nous nous référons au modèle de Verbrugge et Jette (1994) qui en décrit le processus. Ce choix repose sur la construction de notre questionnaire qui a été élaboré suivant ce modèle pour cet aspect particulier. Les données recueillies, pour l'incapacité, correspondent aux AVD et AVQ des personnes âgées interviewées plus des volets sur l'incontinence, la qualité de la vue, de l'ouïe et sur la santé dentaire.

Deux modèles, celui de Berkman, (2000) et celui de Pescosolido (1992), ont retenu notre attention pour leur vision globale du concept de réseau social, pour leur cohérence et pour la clarté d'application qu'ils offrent.

1- Le modèle de Berkman (2000) reflète l'influence des relations sociales sur la santé des individus. Ce modèle, extrêmement reconnu, décrit l'effet des réseaux sur la santé. Notre recherche tient compte de l'état de santé des personnes âgées dans la catégorisation des réseaux et non l'inverse. Il ne s'agit donc pas de la même approche et ce modèle ne sera retenu que partiellement dans notre étude pour nous aider à clarifier les prédicteurs de structuration des réseaux dans leurs environnements puisqu'il distingue bien les caractéristiques sociales [culturelles, socioéconomiques et politiques] dans son niveau « macro ». Par ailleurs, les caractéristiques personnelles des personnes âgées ne sont pas mises aussi clairement en évidence dans ce modèle que dans celui de Pescosolido (1992).

2- Le modèle de Pescosolido correspond plus à notre approche dans le sens de l'influence de la santé sur les réseaux entourant les personnes âgées. Ce modèle regroupe clairement les caractéristiques spécifiques à chaque personne âgée, donc les déterminants d'appartenance, dans un bloc initial qu'elle appelle « Contenu social ». Puis ce modèle décrit bien la configuration et les variables principales d'un réseau propre à un individu

(structure, fonction et contenu relationnel) et de la relation avec le paramètre principal étudié qui dans notre cas est la recherche d'aide. Le modèle proposé par Pescosolido (1992) nous incitera également à nous questionner sur l'existence des patrons socialement organisés de recherche d'aide chez les aînés.

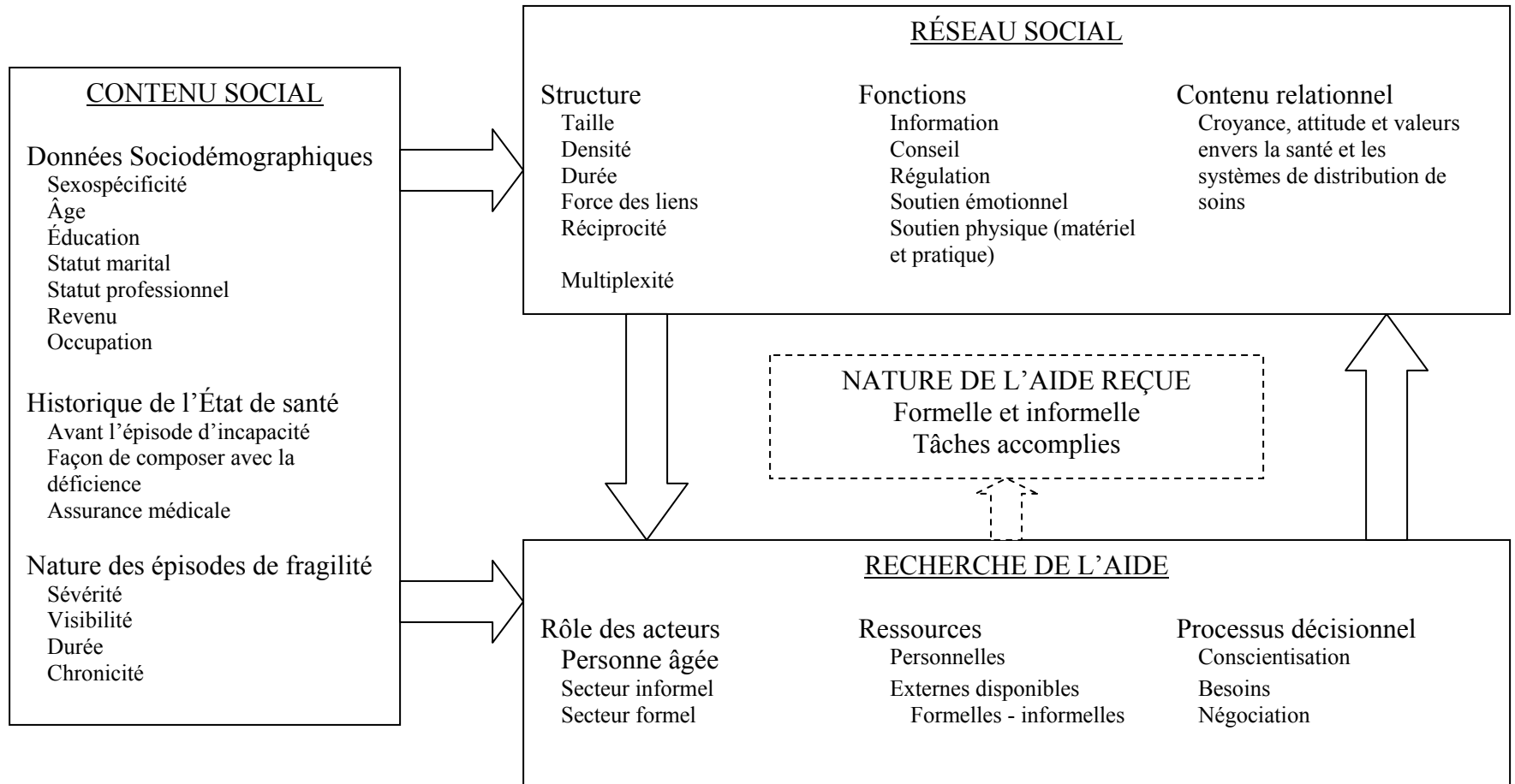
Ce modèle (Pescosolido, 1992), basé sur une stratégie d'organisation sociale, fait appel à quatre fondements qui découlent de divers travaux en sociologie :

- Premièrement, l'acteur est un être intelligent, social, qui a une capacité d'improviser et d'accomplir des tâches routinières (Coleman, 1990).
- Deuxièmement, si l'individu est social, il interagit avec son entourage. Sans cet élément, nous ne pourrions pas aborder la notion de réseau qui permet à un individu d'aller chercher de l'aide.
- Troisièmement, le fait d'être dans une dynamique relationnelle sous-tend comme centre d'intérêt privilégié le réseau social de l'individu. En même temps, l'approche réseau reconnaît la multiplicité des cercles d'influence auxquels l'individu appartient et les tensions et obligations que cela représente.
- Finalement, ce modèle souligne que l'individu et la structure, comme lieu d'interaction, ne peuvent pas être traités séparément l'un de l'autre ni des réseaux qui les concernent.

Les deux derniers volets nous procurent le fils conducteur qui va relier les différentes étapes de notre analyse. Par ailleurs, une compréhension des problèmes que rencontrent les personnes âgées dans le cours de leur vie sociale et des dynamiques qui alimentent les interactions, devrait faire partie de la démarche. Cependant comme il s'agit d'une étude à posteriori, nous n'avons pas le loisir d'examiner ce volet aussi intéressant soit-il.



Figure 2-O-1 Modèle de Pescosolido (1991) adapté pour notre contexte de recherche d'aide



En tenant compte de ce qui précède, nous proposons le modèle théorique (figure 2-O-2) comme cadre d'analyse afin d'élaborer une typologie des réseaux d'aide à partir des ressources utilisées et des tâches effectuées tout en déterminant les caractéristiques d'appartenance des personnes âgées aux réseaux types. Notre modèle tient compte de l'environnement dans lequel la personne âgée vit, des différentes aides obtenues et des services formels ou informels utilisés.

Dans notre modèle, les deux critères de distinction [aide instrumentale reçue et ressources utilisées] qui guide l'établissement de notre typologie, sont représentés par la partie ombragée qui indique le cheminement pour atteindre notre premier objectif : « Établir une typologie des réseaux d'aide, auxquels les personnes âgées ont recours, résultant de la combinaison des sources d'aide et des tâches que ces dernières accomplissent ». Rappelons que la personne âgée a sa propre démarche de recherche d'aide qui, après un processus décisionnel et à partir des ressources sollicitées, lui permet d'obtenir une aide instrumentale particulière. Cette démarche se fait à l'intérieur d'un réseau qui lui est spécifique.

La structure de ce réseau, incluse dans la partie « Objectif » de notre modèle, est spécifiée par les éléments comme : la structure familiale, l'étendue du réseau, le nombre de contacts, ... . Par ailleurs, la fonction principale du réseau, pour notre analyse, est identifiée par l'aide instrumentale reçue (en gras dans le bloc « objectif » du réseau) et se retrouve aussi dans cette section. Nous avons donc au sein du bloc « Objectif » de l'aspect « Réseau social des personnes âgées », la structure et la fonction du réseau. Nous retrouvons ces deux caractéristiques dans l'ensemble des modèles décrivant les réseaux dont celui de Pescosolido (1994) duquel nous nous inspirons.

L'aide reçue est mise en exergue dans notre modèle et détaillée selon la construction de notre questionnaire conformément aux dix sept (17) tâches définies par les AVD et les AVQ que les personnes âgées accomplissent. Une première distinction est faite en examinant si l'aide existe puis si elle provient de l'intérieur de la résidence de la personne âgée ou de l'extérieur, sa durée et sa fréquence.

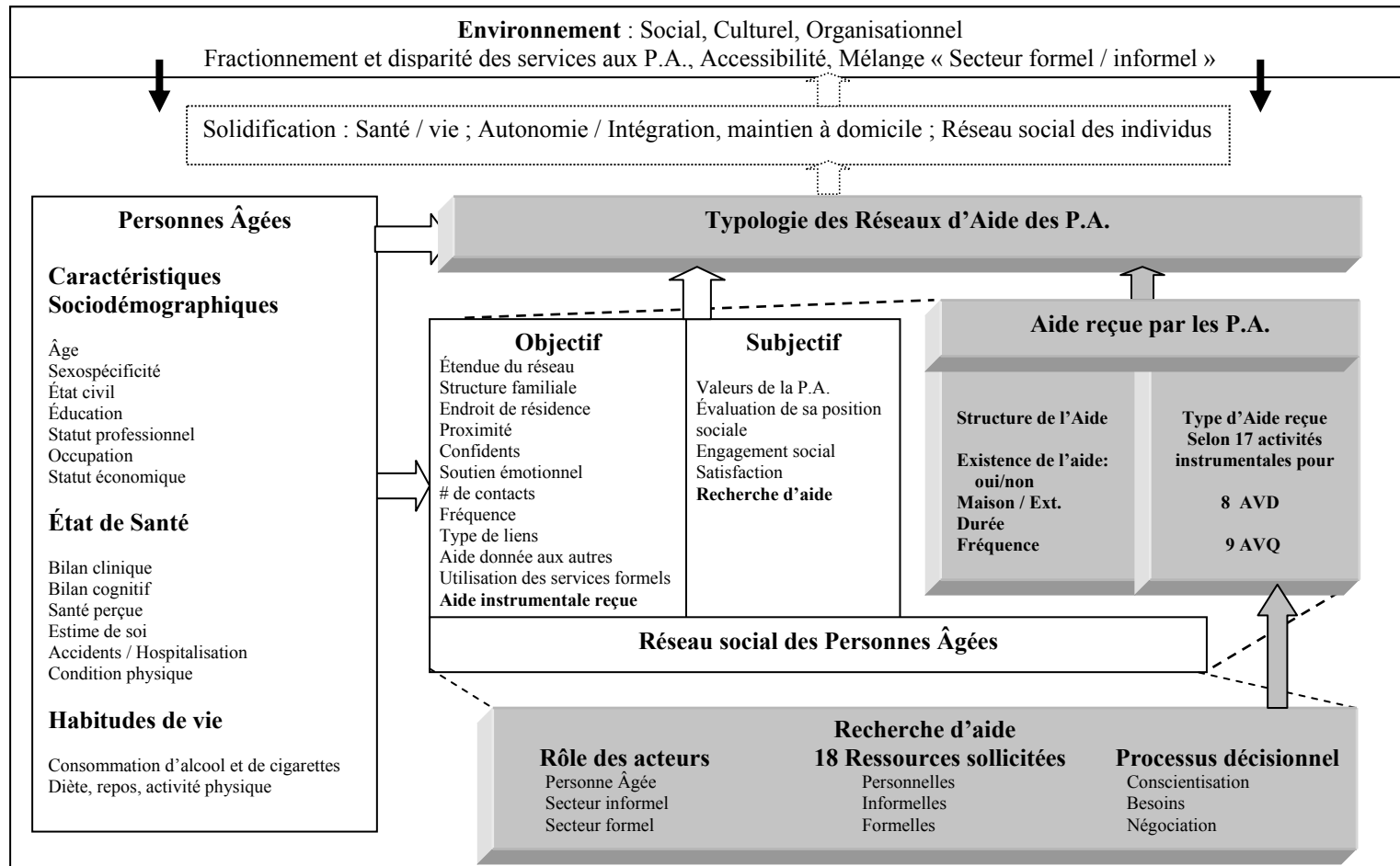
De même, la recherche d'aide rattachée au contenu social du réseau, troisième caractéristique d'un réseau, est insérée dans le bloc « Subjectif » du réseau social des personnes âgées. Cette recherche d'aide est mise en relief pour expliciter les dix huit ressources disponibles et identifiées dans notre questionnaire selon les catégories : personnelles, formelles ou informelles. Une fois la typologie établie, nous examinerons son implication sur l'intégration des services et la relation entre les secteurs formels et informels. Notre modèle exprime donc le lien entre la recherche d'aide (les ressources sollicitées) et l'aide reçue par les personnes âgées qui sont nos deux critères de distinctions pour l'établissement de notre typologie.

Nous avons vu que les typologies exposées précédemment, sont fortement corrélées aux caractéristiques sociodémographiques. Dans notre modèle, chaque personne âgée est représentée et définie par le bloc « Personnes âgées ». Ce bloc permet de décrire les caractéristiques sociodémographiques, l'historique et l'état de santé, la position sociale et économique et les habitudes de vie de l'aîné. C'est à partir de cet ensemble de données, pertinent à chaque personne âgée, que nous pourrons aborder notre deuxième objectif qui est : « d'identifier les déterminants d'appartenance aux réseaux décrivant la typologie ». Le cheminement pour réaliser notre deuxième objectif est représenté par les flèches blanches de notre modèle. Pour ce deuxième objectif notre modèle précise aussi les

caractéristiques des réseaux personnels (objectif et subjectif)] que nous utiliserons à tour de rôle afin de retenir les variables significatives dans cette identification.

En résumé, La personne âgée a un réseau qui lui est propre et qui est représenté par le bloc « Réseau social des personnes âgées » comportant deux sections « Objectif » et « Subjectif ». Ces deux sections sont une condensation de la structure, de la fonction et du contenu social qui sont les trois parties reconnues d'un réseau social. Nous avons réaménagé ces trois sections afin de simplifier et mettre en évidence l'aide instrumentale reçue et la recherche d'aide, sans pour autant enlever la valeur théorique des trois parties classiques d'un réseau social. Ainsi, dans le bloc objectif, nous retrouvons parmi d'autres données des indications sur : l'étendue du réseau de la personne âgée, la structure familiale, le nombre et la fréquence des contacts autant que l'utilisation des services formels et l'aide reçue. Le bloc « Subjectif » pour sa part nous permet de tenir en compte des aspects tels que : l'engagement social de la personne âgée, l'évaluation de sa position sociale autant que sa démarche de recherche d'aide. Puis le bloc « Personnes âgées nous aide à identifier les éléments d'appartenance d'une personne âgée à un type de réseau selon ses caractéristiques sociodémographiques, son état de santé (ses incapacités), ses habitudes de vie et ses relations sociales (familiales et autres).

Figure 2-O-2 : Modèle Théorique proposé :



## **CHAPITRE 3 : MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **I- CONTEXTE DE L'ÉTUDE**

Cette recherche est une analyse secondaire des données recueillies pour l'étude réalisée par Béland et coll. (1998) « Vieillir dans la communauté : Santé et autonomie ». Cette dernière a été conduite à partir d'une enquête sur la condition des populations âgées francophones (plus de 65 ans) vivant en ménage privé dans le quartier d'Hochelaga-Maisonneuve à Montréal et à Moncton. Avant de procéder à la description des caractéristiques des échantillons de personnes âgées dans ces deux environnements et à l'analyse des données, nous allons examiner la façon dont la collecte des données s'est effectuée.

### **II- COLLECTE DES DONNÉES**

La collecte des données s'est faite par l'entremise d'un questionnaire administré par entrevue face à face. Les interviewers ont visité un domicile sur deux à partir des listes des personnes âgées habitant leur secteur et établies soient par la recension dans Hochelaga-Maisonneuve ou soient à l'aide de la liste des bénéficiaires du régime d'assurance maladie du Nouveau-Brunswick pour Moncton. La participation aux entrevues était conditionnelle à la compréhension du français. Cette condition était plus pertinente à Moncton où la population anglophone est majoritaire. Par ailleurs, si plus de deux personnes âgées habitaient le même domicile, c'est la date d'anniversaire la plus proche de la date d'interview qui était choisie. Les entrevues ne dépassaient pas une heure et un formulaire de consentement était signé par les participants.

Le questionnaire comporte neuf sections : a) données démographiques (âge, sexe, état matrimonial), b) perception de la santé, contrôle de son sort, histoire de santé, c) autonomie (présence d'aide ou non, capacité d'effectuer des tâches domestiques ou quotidiennes et sources d'aide), d) symptômes dépressifs, e) utilisation des services médicaux, f) relation sociale avec les autres, g) variables socio-économiques (cohabitation, domicile, budget, éducation, travail, revenu), i) l'aide aux autres, h) habitudes de vie (consommation de tabac et d'alcool, habitudes de sommeil et d'exercice physique). Il contient au total 324 questions. Chacune des sections a fait appel à un instrument de mesure lorsque applicable.

### **Instruments de mesure**

Plusieurs instruments de mesures reconnus ont été utilisés (tableau 3-II-1) pour recueillir les données correspondantes et pour nous permettre par la suite d'identifier nos variables (Béland et coll., 1998).

Tableau (3-II-1) : Instruments de mesures utilisés selon les blocs de notre modèle.

<b>INSTRUMENTS DE MESURES</b>	
<b>Ensemble sociodémographique</b>	
Statut socio-économique	(Gamzeboom, 1992)
Statut professionnel ou Prestige de l'occupation	(Weyener, 1992)
Classe sociale et conditions de vie	(Wright, 1992)
<b>État de Santé</b>	
État de santé des personnes âgées	(Béland et coll., 1997 ; Johnson et Wolinski, 1993)
Maladie	(EPESE, 1986)
Ouïe et Vue	Questions de fait
Capacité à mastiquer	Questions de fait
Détérioration cognitive	(Pfeiffer, 1975)
Perte de mémoire	(SPMSQ Pfeiffer 1975, Kaplan 1983, Scherr, 1988)
Symptomatologie dépressive	(CES-D Radloff et Teri, 1986)
Vulnérabilité personnelle à la maladie	(Health Belief model, Rosenstock 1974)
Santé perçue, contrôle de soi	(Chipperfield, 1993)
<b>Réseau et Relation sociale</b>	
Perception de la qualité des relations sociales et des réseaux	(Seeman, 1988)
Affection avec les proches	(Béland, 1997)
Profil de l'individu dans son réseau	(Sokolovsky, 1986)
<b>Autonomie</b>	
Capacité fonctionnelle	(Katz, 1963 ; Lawton, 1969 ; SMAF Hébert, 1988)

Dans notre modèle, au sein du bloc sociodémographique et économique, le statut socio-économique (Gamzeboom, 1992) a été mesuré par des indicateurs multiples : biens possédés, éducation reçue, dernière occupation, cohabitation, sources et montant des revenus de la personne interviewée et du ménage. La connaissance des sources de revenu nous donne une indication du statut financier des ménages. Les ressources matérielles sont mesurées par les conditions de vie et la classe sociale (Wright, 1992). Une classification des répondants a complété cet aspect en utilisant une échelle de prestige de l'occupation (Weyener, 1992). Il faut noter, que les personnes âgées sont réticentes à déclarer leur revenu. Cependant, 90% d'entre elles ont accepté de répondre.

Pour le bloc « État de santé », les pathologies principales (physiques, mentales, psychologiques et démences) ont été identifiées à partir de la liste de l'étude EPESE (1986). L'utilisation du « Health Belief Model », a permis de cerner les éléments associés à la vulnérabilité personnelle à la maladie. La qualité de l'ouïe et de la vue a été mesurée par des questions de fait et la fiabilité a été de 0,86 et 0,73 respectivement. La difficulté de mastiquer a aussi été évaluée avec un coefficient de fiabilité de 0,80. Béland et coll. (1997) se sont inspirés des travaux de Johnson et Wolinski (1993) pour établir la partie santé du questionnaire selon quatre dimensions : la santé perçue, les maladies, les incapacités fonctionnelles et les invalidités. Pour les incapacités, le modèle de Verbrugge et Jette (1994) a permis de structurer le questionnaire pour recueillir les données correspondant aux AVD et AVQ, plus des volets sur l'incontinence, la qualité de la vue, de l'ouïe et sur la santé dentaire.

La démence et les problèmes de mémoire ont été saisis par des échelles courtes. La cognition, la compréhension et l'orientation ont été mesurées avec le « Short Profile



Mental Status Questionnaire » (SPMSQ) de Pfeiffer (1975) avec une fiabilité de 0,82. La mesure des pertes de mémoire s'est faite à partir des travaux de Pfeiffer (1975) ; Kaplan (1983) et Scherr (1988).

La symptomatologie dépressive (en tenant compte de l'humeur, du sentiment de culpabilité et d'inutilité, du manqué d'énergie et de sommeil puis de la perte d'appétit) a été évaluée avec l'échelle CES-D de Radloff et Teri (1986) dont la cohérence interne déterminée par le coefficient alpha de Cronbach se situe entre 0,76 et 0,91.

Pour l'« Autonomie », les limites fonctionnelles correspondant à la difficulté de poser des gestes de bases, ont été évaluées par une échelle de sept questions de l'EPSE avec un coefficient de fiabilité de 0,86 (Béland et coll., 1997). Les incapacités fonctionnelles dans l'accomplissement des tâches (9AVQ et 8AVD), ont été mesurées en se servant des travaux de Katz (1963), de Lawton (1969) et d'Hébert (SMAF, 1988).

Pour estimer les relations sociales, les travaux de Seeman (1988) ont été utilisés. Les interactions entre les individus ont été saisies par l'intermédiaire de la densité des relations sociales, leur fréquence, le nombre et le type des personnes en cause. Le profil de l'individu dans son réseau a été estimé par le « network profile » de Sokolovsky (1986). L'affection entre les personnes âgées et leurs proches (époux, enfants, membres de la famille, amis) a été évaluée et le coefficient de fiabilité était au dessus de 0,78.

En résumé, ces instruments de mesures ont permis de structurer le questionnaire selon les neuf sections énumérées précédemment afin d'aller recueillir les données nécessaires à notre recherche.

### III- VARIABLES

Pour atteindre notre premier objectif « Établir une typologie des réseaux d'aide », nous devons mettre en relation les sources d'aide et l'aide reçue par les personnes âgées selon leur capacité fonctionnelle. La structure du questionnaire nous permet d'identifier et de définir les variables indépendantes qui nous sont nécessaires et qui sont associées à la personne aidante et au type d'aide fournie.

Dans le questionnaire, l'aide est identifiée dans la section « Autonomie » et fait référence à l'une des 17 tâches réalisées, soient : de vie quotidiennes (9 AVQ) ou domestiques (8 AVD), pour lesquelles la personne âgée se dit capable d'effectuer, incapable ou avec de l'aide. Le tableau (3-III-1) détaille les tâches qui sont examinées.

Tableau (3-III-1) : Liste des tâches réalisées selon les types d'activités :

	<b>Tâches réalisées pour :</b>
<b>Neuf (9) Activités de la vie quotidienne :</b>	1- se déplacer (mobilité), 2- prendre bain-douche, 3- faire sa toilette, 4- s'habiller, 5- se couper les ongles d'orteils 6- manger, 7- sortir du lit, 8- se lever d'une chaise, 9- aller à la toilette.
<b>Huit (8) Activités de la vie domestique :</b>	11- Utiliser le téléphone, 12- Utiliser les transports urbains, 13- faire l'épicerie, 14- faire les petites courses, 15- préparer les repas, 16- faire les travaux ménagers légers, 17- les travaux lourds, 18- administrer le budget.

Ces dix sept tâches réalisées font parties des indicateurs nous permettant de vérifier l'existence d'une topologie en les associant à un de nos deux critères de distinction [aides reçues et sources d'aide utilisées] représentés dans notre modèle par les blocs « recherche d'aide et aide reçue par les P.A. ».

L'autre ensemble d'indicateurs nécessaires à l'établissement de notre typologie, regroupe les ressources formelles ou informelles utilisées pour recevoir cette aide. Elles sont identifiées dans chacune des sous sections du questionnaire où le répondant doit identifier

la source d'aide, prédéfinie, selon le tableau (3-III-2). Les répondants ont la possibilité d'indiquer l'importance de la ressource utilisée (1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> source d'aide), par rapport à l'aide reçue (tableau 3-III-3). La valeur insérée dans chaque case, correspond au code numérique tel que décrit plus bas et nous permet de savoir si la source d'aide provient du secteur formel ou informel.

Tableau (3-III-2) : Identification des sources d'aide préétablies et telles que définies dans le questionnaire :

Identification de la Personne Aidante	Code numérique correspondant	Identification de la Personne Aidante	Code numérique correspondant
<b>Informelle</b>			
Conjoint(e)	<b>01</b>	Autre membre féminin de la famille	<b>06</b>
Fille	<b>02</b>	Autre membre masculin de la famille	<b>07</b>
Fils	<b>03</b>	Amie	<b>08</b>
Belle-fille	<b>04</b>	Ami	<b>09</b>
Beau fils	<b>05</b>	Voisin(e)	<b>10</b>
<b>Formelle</b>			
Personne rémunérée (femme de ménage, etc.)	<b>11</b>	Aide à domicile (non rémunéré par le répondant comme CLSC, Hôpital, etc.)	<b>14</b>
Infirmier(ère)	<b>12</b>	Bénévole (exemple : Popote roulante)	<b>15</b>
Travailleur/euse social(e)	<b>13</b>	Autres	<b>16</b>
<b>Aucune</b>			
Aucune Personne	<b>17</b>	Moi-même	<b>18</b>

Tableau (3-III-3) : Section du questionnaire où les personnes âgées identifient la première, la deuxième ou la troisième source d'aide :

	Relation avec la personne aidante	Fréquence de l'aide	Durée de l'aide	Lieu de résidence
<b>1re personne</b>	Code numérique correspondant			
<b>2e personne</b>	Code numérique correspondant			
<b>3e personne</b>	Code numérique correspondant			

Avec ces deux ensembles de variables indépendantes [aide reçue et source d'aide utilisée] nous pouvons former un tableau de contingence en les associant aux deux critères de distinctions nécessaires à l'établissement de notre typologie. Cette opérationnalisation de nos variables catégorielles indépendantes permet de procéder à l'analyse du tableau de contingence ainsi formé et d'établir une correspondance entre nos deux critères de distinction. La contribution de chacune des cellules de ce tableau de contingence servira à l'établissement de notre typologie.

Pour notre deuxième objectif : « Identifier les déterminants d'appartenance aux réseaux décrivant la typologie », les variables indépendantes sont regroupées dans trois blocs intitulés dans notre modèle par : « Personnes âgées », « Objectif », « Subjectif ».

Le bloc « Personnes âgées » contient toutes les données personnelles à chaque individu appartenant à l'échantillon étudié. Ce bloc se subdivise en trois sous-sections décrivant a) les caractéristiques sociodémographiques, b) l'historique de l'état de santé (dans lequel nous retrouvons le niveau d'incapacité de l'individu) et c) les habitudes de vie. Les données en relation avec ce bloc se retrouvent dans le questionnaire aux sections : données démographiques, données socio-économiques ; perception de la santé, contrôle de son sort, histoire de santé, bilan de la vue et l'ouïe, santé bucco-dentaire, accidents, capacité de bouger et habitudes de vie.

Les deux autres blocs « objectif » et subjectif », de notre modèle, décrivent le réseau social de chaque individu. Le bloc « Objectif » regroupe à la fois la structure du réseau social de l'aîné et les fonctions qui lui sont propres. Dans le questionnaire, nous retrouvons les données pertinentes dans les sections : relations sociales ; aide aux autres ; aide reçue avec son lieu de résidence et utilisation des services. Le bloc « Subjectif »

contient l'ensemble du contenu social de la personne âgée. Nous retrouvons les données relatives à ce bloc dans le questionnaire aux sections : satisfaction de la vie ; symptôme dépressif ; relation sociale et ressources utilisées. Le tableau (3-III-4) résume l'ensemble des variables indépendantes selon les différents blocs qui nous intéressent.

Tableau (3-III-4) : Résumé des variables indépendantes selon les blocs de notre modèle et des sections correspondantes dans notre questionnaire

<b>Variables du Bloc « Personnes âgées »</b>	
<b>Section « Sociodémographique »</b>	
<b>Nom</b>	<b>Description</b>
Âge	Age en 1996
Sexe	Homme / Femme
État civil	Célibataire, marié(e), veuf(ve), séparé(e)-divorcé(e), religieux
Durée de l'état matrimonial	années
Éducation, niveau	Aucun, primaire,...
Savoir lire et écrire	3 choix
Statut professionnel, travail	Descriptif
Occupation, description de l'entreprise et de la nature du travail	Choix multiples
Travail du conjoint	Descriptif et revenu
Statut économique	Revenu, soutien financier

<b>Section « État de santé »</b>	
Bilan clinique	Diagnostics et médicaments Hospitalisation Accidents La vue et l'ouïe Santé bucco-dentaire
Bilan cognitif	Symptômes dépressifs Mémoire (visuelle et de concentration)
Santé perçue	Satisfaction de sa santé Problème de santé et maladie : perception
Estime de soi	Contrôle de son sort
Accidents / Hospitalisation	Accident ou Chute durant la dernière année
Condition physique	Capacité d'effectuer des activités et de bouger

<b>Section « Habitudes de vie »</b>	
Consommation d'alcool et de cigarettes	Quantité
Diète, repos, activité physique	Descriptif et quantité

Tableau (3-III-4) : Résumé des variables indépendantes selon les blocs de notre modèle et des sections correspondantes dans notre questionnaire (Suite)

<b>Variables des blocs du Réseau social « Objectif et Subjectif »</b>	
<b>Nom</b>	<b>Description</b>
<b>Partie : « Objectif »</b>	
Étendue du réseau	Relations Sociales, Amis Structure familiale, Conjoint(e), enfants et parenté Confidents et êtres chers Soutien émotionnel Nombre de contacts Fréquence des contacts Type de liens
Endroit de résidence Proximité de l'aide	Description des conditions de résidence
Aide donnée aux autres	Services donnés à l'entourage
Aide instrumentale reçue	9 AVQ ; 8 AVD
Utilisation des services	CLSC, polyclinique, hôpitaux Échange avec l'entourage Aide payée, gouvernementale ou bénévole Demande de services
<b>Partie : « Subjectif »</b>	
Valeurs de la P.A.	Évaluation de sa position sociale
Engagement social	Appartenance à une association
Satisfaction des relations	Satisfaction avec l'entourage, sentiment d'utilité
Recherche d'aide (ressources utilisées)	Aidants informels et formels réels

En résumé, nous avons identifié les variables indépendantes qui vont nous permettre de procéder à notre analyse et d'atteindre nos deux objectifs : l'établissement d'une typologie des réseaux d'aide et l'identification des déterminants d'appartenance. Avant de procéder à l'analyse des données pour vérifier nos deux objectifs, nous allons décrire nos deux échantillons et voir quelles sont leurs similitudes ou leurs différences.

## **IV- POPULATIONS ÉTUDIÉES ET ÉCHANTILLONS**

### **Contexte populationnel général 1996-2006**

En 1996, le nombre de personnes âgées au Québec représentait 12,1% de la population de cette province alors qu'au Nouveau-Brunswick elle correspondait à 12,6%. Cette même année, le taux de personnes âgées au Canada était de 12,1%. En 2006, la proportion d'aînés au Québec était de 13,5% et de 14% au Nouveau Brunswick ; le Canada comptait 13% de personnes âgées. Les projections pour 2021 nous indiquent des taux respectifs de 21%, 22,2% et 17,8%. Il faut souligner que ces deux provinces sont parmi les plus âgées du pays (Santé Canada, 2001 ; Statistique Canada, 2001). Par ailleurs, la province de Québec vieillit le plus rapidement.

Pour nos deux secteurs d'intérêt, Hochelaga-Maisonneuve (quartier défavorisé de Montréal) et Moncton (ville du Nouveau Brunswick), le cadre d'échantillonnage de la population étudiée, a été restreint aux ménages privés chez les 65 ans et plus (Béland et coll., 1998).

### **Hochelaga-Maisonneuve**

#### ***Environnement***

Hochelaga-Maisonneuve est un quartier urbain situé dans l'est de Montréal (Métropole de la province de Québec). Il est considéré, en 1996, comme un quartier défavorisé et est parmi les plus pauvres de Montréal (DSP, 1996). À titre d'exemple, 54% de la population du territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve vit sous le seuil de faible revenu. Parmi la population âgée, environ 30% est reconnue fragile et 5 % très fragile (Béland, 1998). Ce quartier a beaucoup de cliniques privées et un CLSC, comme porte d'entrée du système de santé public, avec plusieurs médecins qui y dispensent les services formels. Un CH

dans un quartier voisin, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, assure les services hospitaliers et d'urgences 24h. Cependant, les interventions à domicile de ce CLSC ne comptent que pour 6% de l'ensemble de ses actions auprès des usagers et 2% pour l'aide psychosociale auprès des 60 ans et plus (CLSC-HM, 2001). Par ailleurs, les priorités de ce Centre sont fortement orientées vers les problématiques « enfance-famille » et « marginalité ». En 1997, 28,9% des personnes âgées ont été hospitalisées (Béland, 1997). Ce pourcentage est semblable à celui de la Région de Montréal-Centre.

### ***Population étudiée et échantillon***

En 1996, Hochelaga-Maisonneuve avait une population totale de 45 316, dont 14,5% de 65 ans et plus. De celle-ci, 5640 aînés vivaient en ménage privé. Ce quartier a une forte densité de personnes âgées comparée à celui de la province de Québec (12,1%). Par ailleurs, la population de ce secteur urbain n'a cessé de diminuer mais demeure majoritairement francophone à 92%. Elle est passée de 47 706 individus en 1991 à 43 147 en 1999. Mais le pourcentage des personnes de 65 ans et plus est resté relativement stable à 14,6% (DSP, 2002).

Au moment de l'enquête, aucune liste d'énumération de la population âgée n'était accessible. Une recension de la population âgée du quartier a donc été conduite. Un domicile sur deux devait être recensé pour les besoins de l'échantillon et 11557 ménages ont été visités. Dans 5367 de ces ménages, aucune personne âgée n'a pu être identifiée. Par ailleurs, il n'y a pas eu de réponse dans 4022 domiciles. Ainsi, 2168 ménages, comptant au moins une personne âgée, ont été recensés. De ce nombre, 77 ménages refusèrent de participer et 2091 ménages ont constitué l'échantillon de base. Parmi les 2091 personnes âgées sélectionnées dans ces ménages, 155 étaient trop malades,



hospitalisées ou en absence prolongée ce qui nous a donné un total de 1936 répondants au moment de l'enquête. Parmi les personnes contactées, 422 d'entre elles ont refusé de poursuivre le processus. Nous obtenons ainsi 1514 répondants et un taux de participation de 78,2%.

L'échantillon n'est pas représentatif des personnes âgées mais plutôt des ménages de personnes âgées. Pour faire la conversion en échantillon de personnes, des pondérations ont été calculées sur la base de la distribution des personnes âgées dans les ménages d'Hochelaga-Maisonneuve selon le recensement de 1991 par Statistique Canada.

## **Moncton**

### ***Environnement***

En 1996, Moncton était une agglomération urbaine entourée de communautés rurales. Ce milieu a profité d'une diversification de l'économie ce qui lui a permis d'éviter les conséquences néfastes de la désindustrialisation. À ce moment, la population francophone de Moncton était bien intégrée sur l'ensemble du territoire de cette agglomération, mais correspondait à une minorité équivalente à 30,6% de la population.

La porte d'entrée unique (PEU) à Moncton est assurée par les organismes communautaires de services de longue durée (SLD). Ces organismes ont la responsabilité de diriger les personnes âgées vers les services communautaires ou institutionnels requis en fonction de leurs besoins (Béland, 1998). L'approche se fait par gestion de cas et le PEU envisage les services de soins dans la perspective d'une « formule multi-services ». Cela signifie qu'une demande présentée par un client à n'importe lequel des points d'entrée peut enclencher le processus d'évaluation. Par ailleurs, on retrouve, dans le

système des services formels un fort réseau de cabinet de médecins de famille et un grand nombre de lits pour les soins de longue durée.

### ***Population étudiée et échantillon***

En 1996, la population de l'agglomération de Moncton, le « Grand Moncton » était de 113 490 individus avec 12,7% d'aînés. La population actuelle (en 2001) est de 117 727 habitants avec 13,3% de personnes âgées de 65 ans et plus. Tandis qu'à Moncton (City), le cœur de Moncton, la population (en 1996) était de 59 313 individus avec 14,7% de personnes âgées et actuellement (2001), elle est de 61 046 avec 14,8% d'aînés (Statistique Canada, 2002).

L'échantillon, pour ce site, a été constitué à partir de la liste des bénéficiaires du régime d'assurance maladie du Nouveau-Brunswick (65 ans et plus) de la zone urbaine de Moncton. Cette liste comportait 3480 personnes. Cependant, à cause de la forte présence acadienne, trois critères ont été utilisés afin d'identifier la population francophone : 1) le français comme langue de communication prioritaire, 2) le nom a consonance acadienne (sans avoir indiqué une langue de choix), 3) le nom est acadien et la langue de communication avec le gouvernement est l'anglais.

Dans cette liste 435 personnes avaient moins de 65 ans et 190 personnes âgées ne comprenaient pas assez le français pour être interviewées. Par ailleurs, au début de l'enquête, 53 d'entre elles avaient déménagé en dehors du secteur d'étude, 90 étaient hébergées en institution et 72 étaient décédées. Ainsi, 840 personnes âgées n'étaient pas admissibles. De plus, 305 personnes n'ont pu être rejointes et 92 ont déménagé à une adresse inconnue. Une fois l'admissibilité vérifiée, 2243 personnes âgées ont composé l'échantillon de base. Cependant, durant l'enquête, 189 personnes ont été exclues parce

qu'elles étaient trop malades, hospitalisées ou absentes trop longtemps. Dès lors, 2054 personnes âgées étaient en mesure de répondre. Néanmoins, 554 ont refusé de répondre, ce qui nous a donné un total de 1500 répondants, pour un taux de réponse de 73%.

Nous avons donc 1514 répondants dans Hochelaga-Maisonneuve et 1500 dans Moncton.

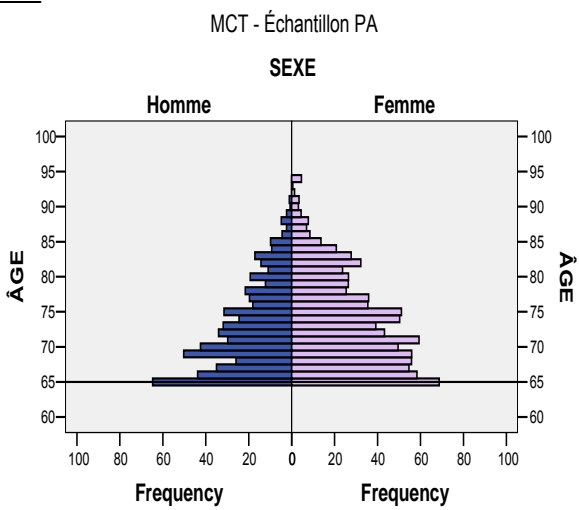
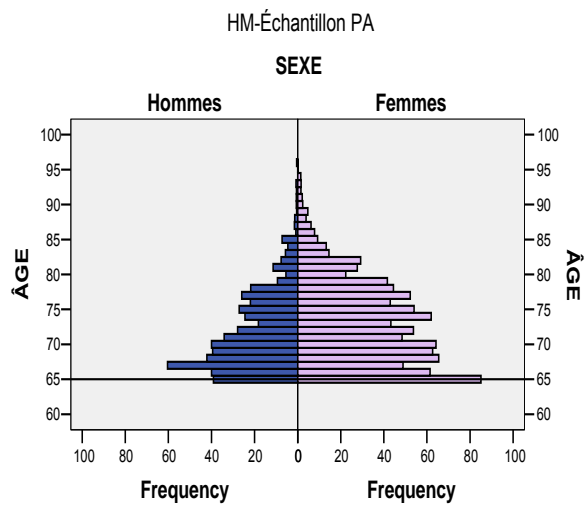
### **Caractéristiques des deux échantillons à l'étude**

En accord avec notre modèle, nous allons examiner les différentes caractéristiques des personnes âgées à la fois dans Hochelaga-Maisonneuve (HM) et dans Moncton (MCT).

#### *Âge et sexospécificité*

À partir de nos données, nous pouvons représenter ces échantillons par leur histogramme populationnel (figure 3-IV-1). L'histogramme nous donne la distribution des hommes et des femmes en fonction de leur âge, pour les 65 ans et plus.

Figure (3-IV-1) : Histogrammes des deux échantillons, **HM & MCT**, de personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de leur âge et selon leur sexe.



Dans les deux échantillons, il y a plus de femmes que d'hommes dans des proportions de 1,88 (978 / 521) pour HM et de 1,54 (895 / 582) pour MCT. Par ailleurs, nous avons plus de femmes dans HM que dans MCT mais la proportion entre les deux sexes est plus équilibrée dans MCT. Les moyennes d'âges sont dans HM de 71.8 ans pour les hommes et de 73.2 ans pour les femmes alors que dans MCT elles sont de 72.6 ans pour les hommes et de 73.6 ans pour les femmes (tableau 3-IV-1).

Tableau 3-IV-1 : Répartition des hommes et des femmes au sein de chacun des échantillons ainsi que la moyenne d'âge de chaque catégorie

Hochelaga-Maisonnette		Moncton	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
N = 521	N = 978	N = 582	N = 895
Écart type = 5,461	Écart type = 6	Écart type = 6,098	Écart type = 6,495
Moy. = 71,8 ans	Moy. = 73,2 ans	Moy. = 72,6 ans	Moy. = 73,6 ans

### *État civil*

La plupart des personnes âgées des deux échantillons sont avec un conjoint ou sont veufs, ce qui ne veut pas dire que ces dernières vivent seules. Les figures (3-IV-2 et 3-IV-3) nous donnent la distribution dans les deux échantillons selon que les individus sont célibataires, avec leurs conjoints, veufs ou séparés.

Selon ces répartitions, il y a plus de personnes âgées avec leur conjoint dans MCT que dans HM. Dans HM, 42% des répondants sont avec un conjoint contre 58% dans le cas de MCT. Par ailleurs, 39% sont veufs dans HM et 30% dans MCT. De plus, 19% sont soit célibataires ou séparés dans HM contre 12% dans le cas de MCT.

Lorsque nous regardons la distribution selon qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, elle devient très différente (figure 3-IV-4). Dans HM, 60% des hommes sont avec une conjointe alors que 32% des femmes le sont. Inversement, 20% des hommes sont veufs contre 50% des femmes. Dans Moncton, (figure 3-IV-5) 79% des hommes sont avec une conjointe contre 44% pour les femmes. Inversement, 12% des hommes sont veufs contre 41% des femmes. Le tableau (3-IV-2) nous résume l'état civil dans nos deux échantillons. La présence d'un conjoint est donc plus importante dans MCT et moins d'individus sont veufs.

Tableau (3-IV-2) : Récapitulatif de l'État civil (%) des individus dans les deux échantillons

	<b>Hochelaga-Maisonneuve</b>				<b>Moncton</b>			
	Célibataire - 1	Avec Conjoint - 2	Veuf - 3	Séparé - 4	Célibataire - 1	Avec Conjoint - 2	Veuf - 3	Séparé - 4
Échantillon	11%	42%	39%	8%	8%	58%	30%	4%
Hommes	10,5%	60,3%	19,7%	9,5%	5,4%	79%	11,6%	4%
Femmes	10,6%	32%	49,7%	7,6%	10,2%	44,3%	41,3%	4,2%

### ***Éducation***

Le niveau éducationnel est également un paramètre qui distingue nos échantillons. La plupart des répondants dans nos deux échantillons ont une éducation primaire et secondaire. Dans HM, 58% des individus ont une éducation primaire ou secondaire et 56% dans MCT. Il y a plus de personnes âgées avec le niveau primaire dans HM (32%) que dans MCT (24%). Nous observons le double de personnes âgées ayant un niveau technique ou universitaire dans MCT par rapport à HM. Ainsi, l'échantillon de MCT semble plus éduqué que celui d'HM. La figure (3-IV-6) et (figure 3-IV-7) représentent les différents niveaux d'éducation pour nos deux échantillons.

Lorsque nous examinons les hommes et les femmes séparément, il n'y a pas de différence importante en fonction de cette caractéristique (figure 3-IV-8) (figure 3-IV-9). Sinon que dans MCT, il y a deux fois plus d'hommes avec un niveau universitaire que de femmes. Dans HM, la proportion de répondants ayant un niveau universitaire est approximativement la même indépendamment du sexe.

### ***Statut économique***

Deux ensembles de questions lors des entrevues, nous permettent d'examiner le revenu mensuel de l'individu et celui du foyer séparément. En ce qui a trait au revenu mensuel des individus dans HM (figure 3-IV-10), nous constatons que la majorité des répondants (73%) ont un revenu variant de 601\$ à 1500\$ par mois. Pour MCT, 59% des répondants ont aussi un revenu mensuel (figure 3-IV-11) variant de 601\$ à 1500\$ par mois et 25% ont des revenus variant entre 1501\$ et 3500\$. L'échantillon de MCT semble avoir des revenus mensuels plus élevés que celui d'HM.

Par ailleurs, lorsque nous examinons séparément le revenu mensuel des hommes et des femmes, dans HM (figure 3-IV-12) nous constatons que les hommes se situent principalement (45%) dans l'intervalle de 901\$ à 1500\$ alors que les femmes se trouvent plutôt entre 601\$ et 900\$ (47%). Dans le cas de MCT (figure 3-IV-13), les hommes se situent principalement (66%) dans l'intervalle de 901\$ à 2000\$ alors que les femmes (64%) se trouvent entre 601\$ et 1500\$.

Lorsqu'il s'agit du revenu du foyer (figure 3-IV-14) pour l'ensemble de l'échantillon d'HM, 82% des foyers ont un revenu mensuel entre 601\$ et 2000\$. Dans MCT, 80% des foyers ont un revenu mensuel (figure 3-IV-15) entre 901\$ et 3500\$. Par ailleurs lorsque nous examinons le revenu mensuel des foyers d'HM, selon que ce soient les hommes ou

les femmes qui aient été interrogés, (figure 3-IV-16), nous constatons qu'ils se situent principalement (82%) entre 901\$ et 3500\$ dans le cas des hommes puis entre 601\$ et 2000\$ pour les femmes (85%). Pour MCT (figure 3-IV-17), le revenu mensuel des foyers se situent principalement entre 901\$ et 3500\$ (86%) pour les hommes puis entre 601\$ et 3500\$ pour les femmes (90%). Ainsi, le revenu du foyer est aussi plus élevé dans MCT.

### ***Satisfaction envers la vie***

Dans un autre ordre d'idée, lorsque nous demandons aux personnes âgées leur niveau de satisfaction envers la vie, nous constatons pour HM (figure 3-IV-18) que 90% d'entre elles se disent très satisfaites ou assez satisfaites de leur condition. Cette répartition ne change pas si nous examinons séparément les résultats en fonction du sexe des individus (figure 3-IV-20). Pour MCT (figure 3-IV-19), 95% d'entre elles se disent très satisfaites ou assez satisfaites de leur condition. Cette répartition ne change pas, non plus, en fonction de la sexospécificité des individus (figure 3-IV-21).

### ***Santé perçue***

Bien que les personnes âgées, des deux échantillons, semblent généralement satisfaites de leur vie, la perception qu'elles ont de leur santé est plus diversifiée. Dans HM (figure 3-IV-22) environ le double des répondants, par rapport à ceux de MCT, se considère en mauvaise ou très mauvaise santé. Dans l'échantillon de MCT (figure 3-IV-23), les individus se perçoivent en général en meilleure santé que ceux d'HM. Par ailleurs, la répartition de ces perceptions change très peu que l'on soit un homme ou une femme dans les deux échantillons (figure 3-IV-24 ; 3-IV-25).



### ***Maladies chroniques***

Plusieurs personnes âgées déclarent avoir au moins une maladie chronique, 22,5% dans HM et 18,5% dans MCT. Par ailleurs, les personnes âgées d'HM (tableau 3-IV-3) semblent plus atteintes, que celles de MCT. Les problèmes de dépression, circulatoires, de maladies du cœur, respiratoires et de diabète sont parmi les plus spécifiques selon le lieu ( $p < ,000$ ). Ainsi, malgré la perception de leur état de santé, les personnes âgées d'Hochelaga-Maisonneuve semblent plus hypothéquées, du moins par les épisodes de maladies chroniques.

Tableau (3-IV-3) : Pourcentage des épisodes aigus de maladies chroniques à HM & MCT

<b>Maladie Chronique</b>	<b>HM</b>	<b>MCT</b>	<b>Test <math>\chi^2</math></b>
% de P.A. atteintes	<b>22,5%</b>	<b>18,5%</b>	
Pourcentage de P.A. parmi celles ayant un épisode de maladie chronique			
Rhumatisme-Arthrite	48%	43%	6,86 / $p < ,032$
Dépression	38%	29%	33,51 / $p < ,000$
Problème circulatoire	34%	21%	85,14 / $p < ,000$
Maladie du Cœur	31%	22%	34,97 / $p < ,000$
Haute Pression	29%	31%	82,72 / $p < ,000$
Cataractes et Glaucome	26%	23%	5,50 / $p < ,064$
Problème d'Estomac	26%	25%	2,21 / $p < ,331$
Génito-urinaire	25%	22%	5,77 / $p < ,056$
Respiratoire	21%	13%	59,00 / $p < ,000$
Diabète	16%	9%	29,41 / $p < ,000$
Tumeur / Cancer	13%	14%	5,72 / $p < ,057$
AVC	6%	6%	12,19 / $p < ,002$
Parkinson	1%	1%	3,52 / $p < ,172$
Détérioration mentale / Alzheimer	1%	1%	2,56 / $p < ,277$

### ***Répartition des incapacités***

Les personnes âgées se disent soient capable, capable avec de l'aide ou incapable de réaliser les activités de vie quotidiennes et domestiques indépendamment de l'aide reçue.

Le tableau (3-IV-4) nous indique la répartition des incapacités telles qu'exprimées dans les deux environnements.

Tableau (3-IV-4) : Comparaison du % de P.A. ; Capable, Avec de l'aide, Incapable selon leur environnement HM ou MCT

Tâches	Capable		Avec de l'aide		Incapable		Test $\chi^2$
	HM	MCT	HM	MCT	HM	MCT	
Se déplacer	99,3%	99,3%	0,5%	0,5%	0,3%	0,2%	0,14 / p< ,935
Bain-Douche	93,1%	97,9%	3,7%	1,5%	3,2%	0,6%	41,88 / p< ,000
Faire sa toilette	98,5%	99,4%	0,8%	0,5%	0,7%	0,1%	7,49 / P< ,024
S'habiller	98,4%	99,1%	0,8%	0,7%	0,8%	0,2%	5,52 / p< ,063
Se couper les ongles	82,5%	89,9%	4,5%	2,5%	13%	7,6%	34,42 / p< ,000
Manger	98,7%	99,8%	0,8%	0,1%	0,5%	0,1%	12,53 / p< ,002
Sortir du lit	99,3%	99,5%	0,3%	0,3%	0,4%	0,1%	1,97 / p< ,374
Se lever d'une chaise	99,3%	99,5%	0,3%	0,3%	0,4%	0,1%	1,97 / p< ,374
Aller à la toilette	99,4%	99,6%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	1,78 / p< ,410
Utiliser le téléphone	98,0%	98,5%	0,9%	1,0%	1,1%	0,5%	4,27 / p< ,118
Transport urbain	84,1%	86,5%	8,6%	5,7%	7,3%	7,8%	9,10 / p< ,011
Épicerie	80,4%	88,1%	9,7%	7,3%	9,9%	4,7%	38,73 / p< ,000
Petites commissions	85,0%	90,1%	5,9%	4,9%	9,1%	5,1%	20,75 / p< ,000
Préparer son repas	92,6%	92,3%	3,1%	3,1%	4,2%	4,6%	0,23 / p< ,891
Travaux légers	91,4%	89,7%	3,9%	5,4%	4,7%	4,9%	4,01 / p< ,135
Travaux lourds	60,2%	68,2%	16,1%	12,0%	23,8%	19,8%	21,60 / p< ,000
Administrer le budget	94,0%	93,0%	3,3%	4,5%	2,7%	2,5%	3,12 / p< ,210

On constate que les personnes âgées se disent plus hypothéquées (capable avec de l'aide et incapable) pour prendre un bain ou une douche, se couper les ongles d'orteils, utiliser les transports en commun, faire l'épicerie et les petites commissions, préparer son repas puis pour effectuer les travaux légers et lourds et administrer leur budget. Cette perception est plus spécifique selon le lieu pour certaines incapacités (p< 0,01). Encore là, HM semble plus hypothéqué que MCT.

### ***Conditions d'habitation***

Enfin, les conditions d'habitation (seul ou avec d'autres) sont aussi significatives. La majorité des personnes âgées, dans nos deux échantillons, déclare vivre seule ou avec seulement un conjoint, 77% dans HM (figure 3-IV-26) et 71% dans MCT (figure 3-IV-27). Cependant lorsque nous examinons séparément le cas des hommes ou des femmes, nous constatons une différence de leur condition d'habitation. Dans le cas d'HM (figure 3-IV-28), 27% des hommes vivent seuls et 51% vivent avec une conjointe. Pour les femmes, les pourcentages sont inversés, 48% d'entre elles vivent seules et 28% sont avec un conjoint. Par ailleurs, 10% des femmes déclarent vivre avec un enfant alors que cet aspect est très peu présent chez les hommes (2%). Dans MCT (figure 3-IV-29), 11% des hommes vivent seuls et 61% d'entre eux vivent avec une conjointe. Pour les femmes, les pourcentages sont encore très différents, 35% d'entre elles vivent seules et 34% sont avec un conjoint. On constate que les personnes âgées sont plus seules dans HM que dans MCT.

Figure (3-IV-2) : **HM**- Répartition des individus selon leur état matrimonial

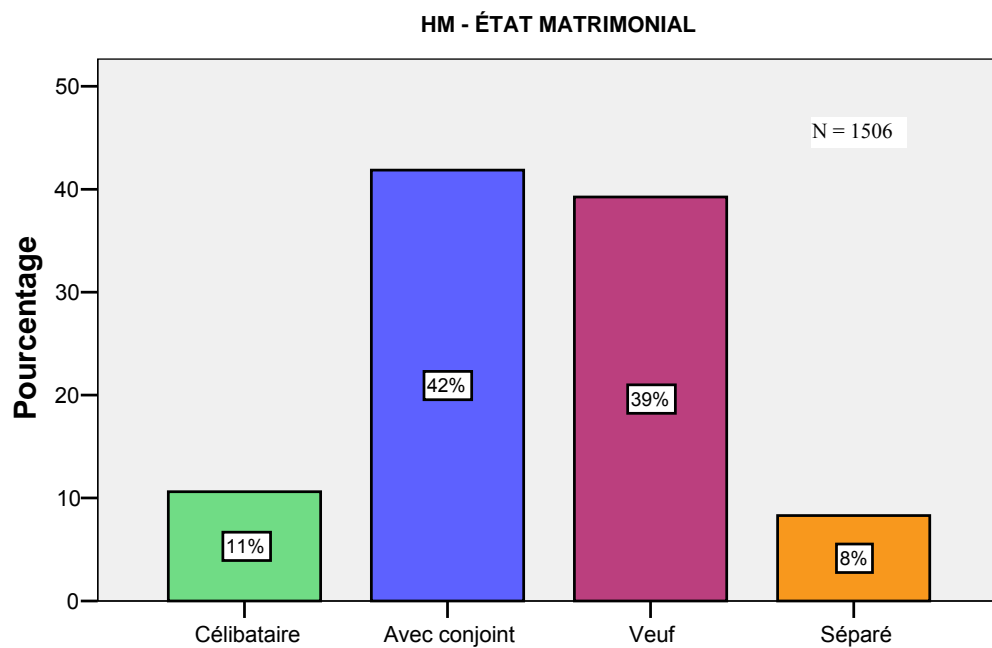


Figure (3-IV-3) : **MCT**- Répartition des individus selon leur état matrimonial

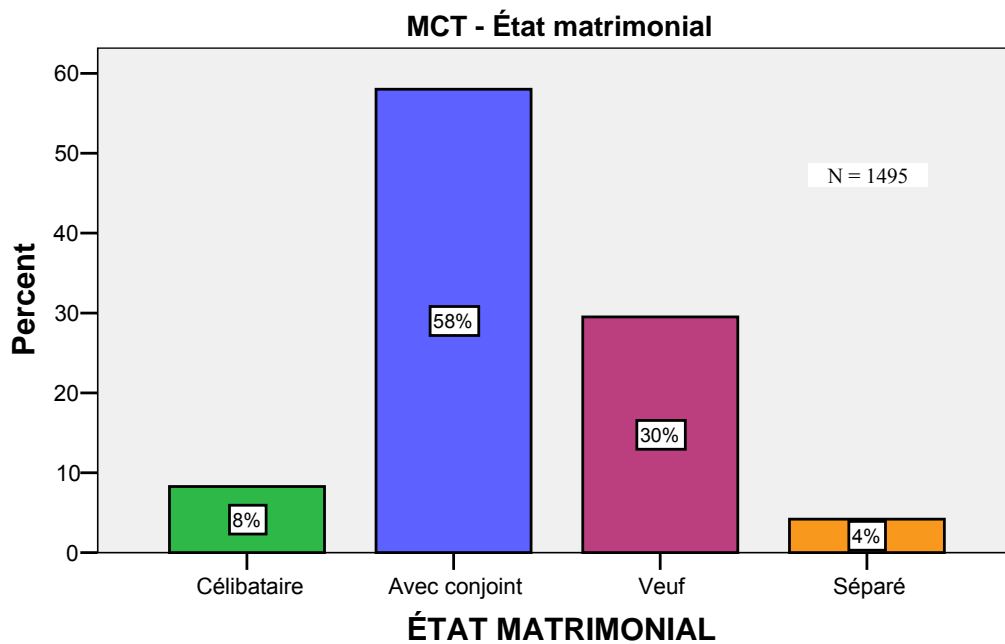


Figure (3-IV-4) : **HM**- Répartition de l'état matrimonial des hommes et des femmes

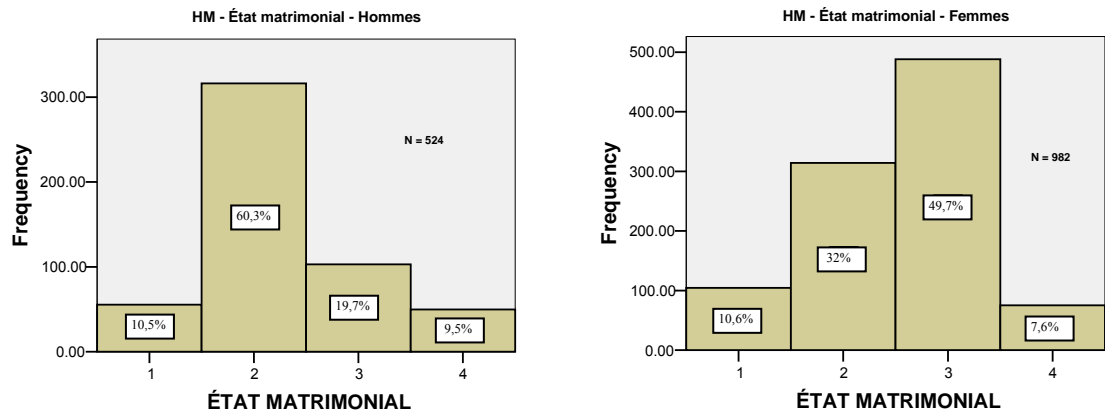


Figure (3-IV-5) : **MCT**- Répartition de l'état matrimonial des hommes et des femmes

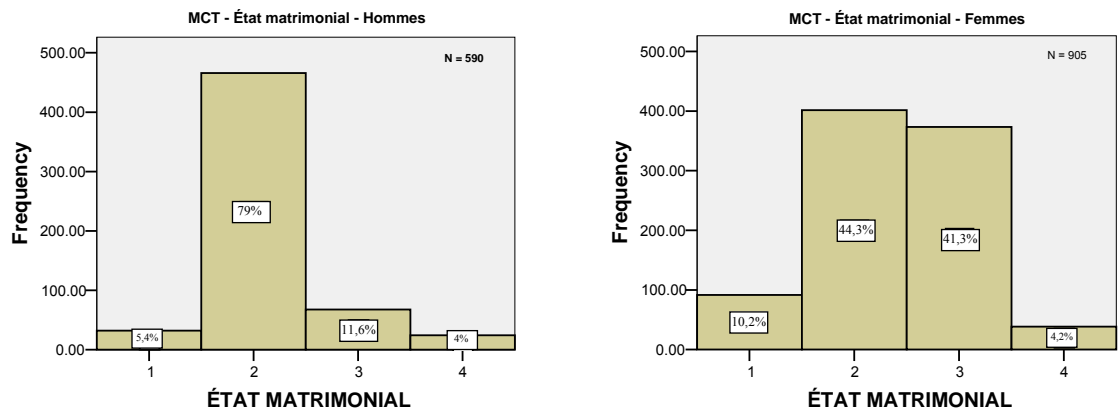


Figure (3-IV-6) : **HM-** Répartition du niveau d'éducation pour l'ensemble de l'échantillon.

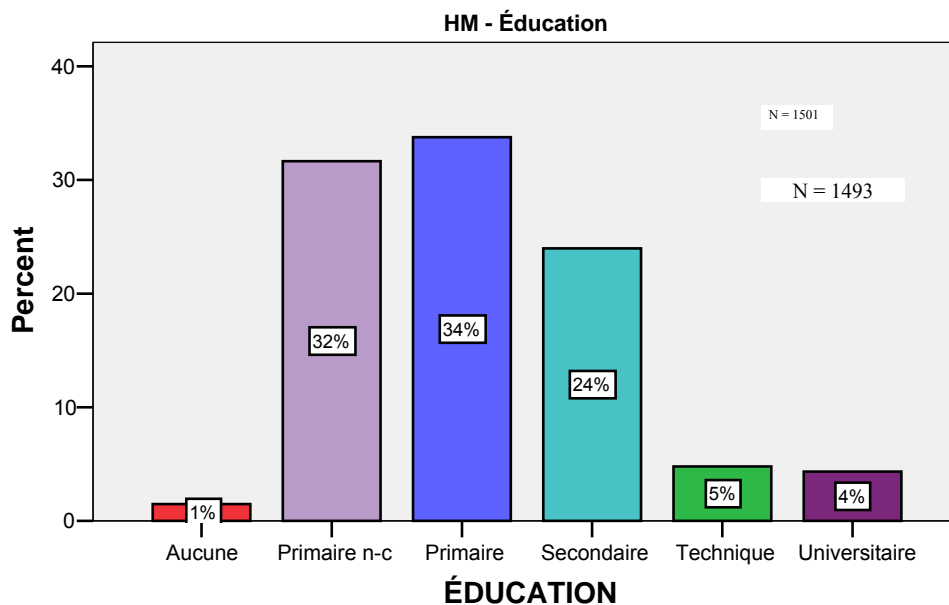


Figure (3-IV-7) : **MCT-** Répartition du niveau d'éducation pour l'ensemble de l'échantillon.

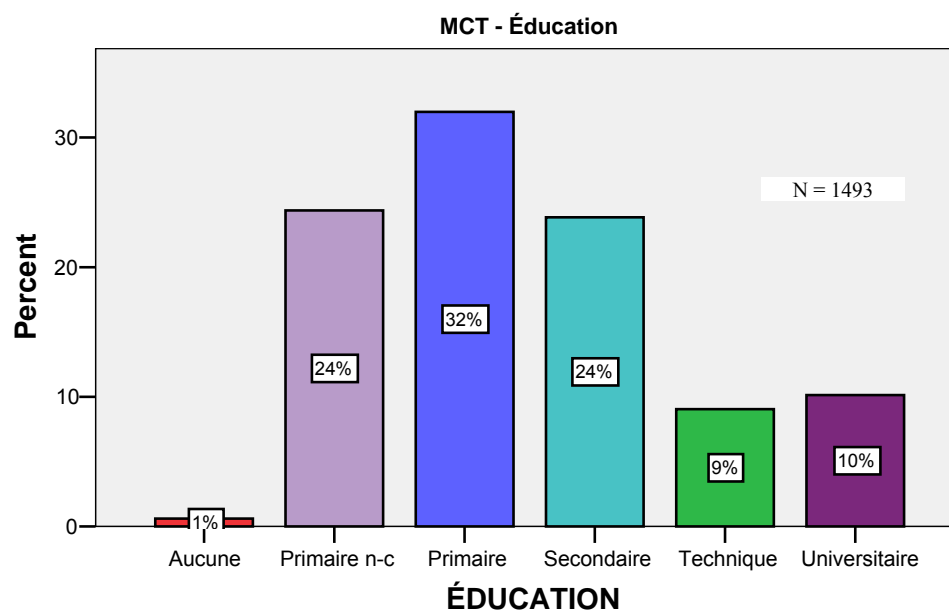
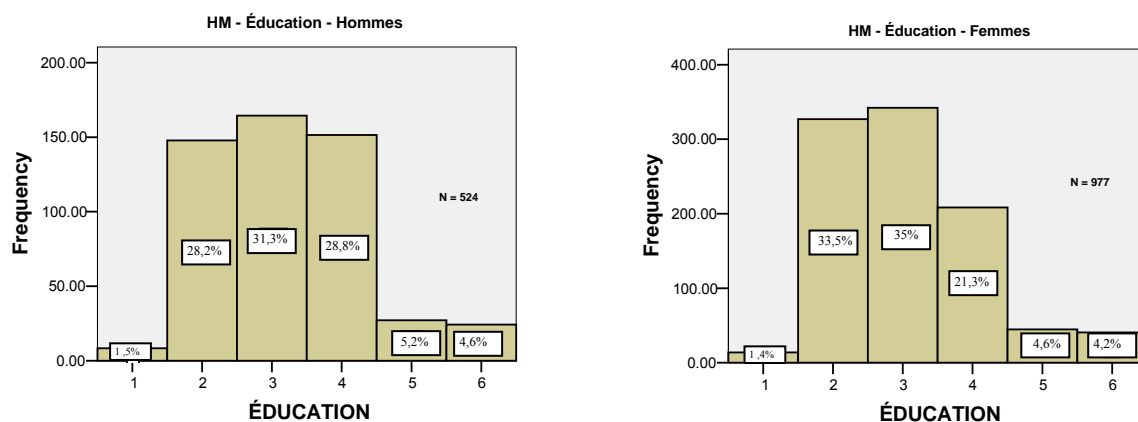
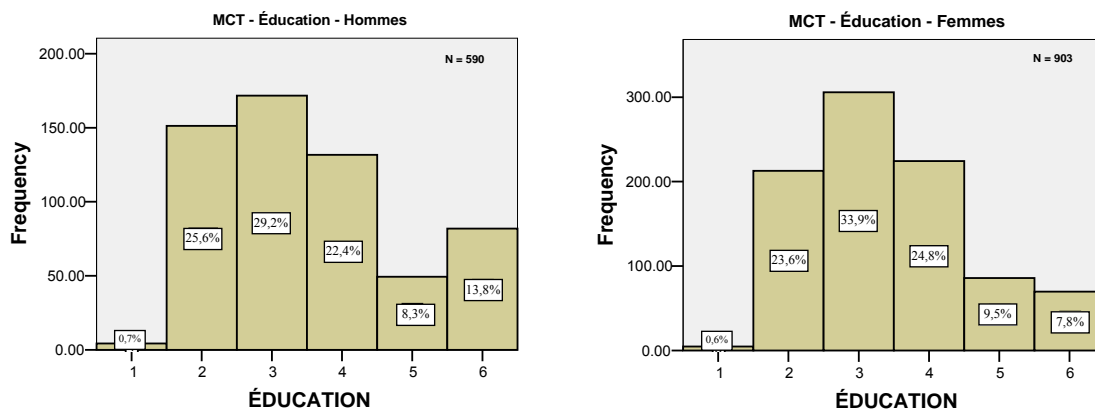


Figure (3-IV-8) : **HM**- Répartition du niveau d'éducation pour les hommes et les femmes



Note : 1 = Aucune 2 = Prim. n.c. 3 = Primaire 4 = Secondaire 5 = Technique 6 = Univ.

Figure (3-IV-9) : **MCT**- Répartition du niveau d'éducation pour les hommes et les femmes



Note : 1 = Aucune 2 = Prim. n.c. 3 = Primaire 4 = Secondaire 5 = Technique 6 = Univ.

Figure (3-IV-10) : **HM**- Revenu mensuel des individus composant cet échantillon.

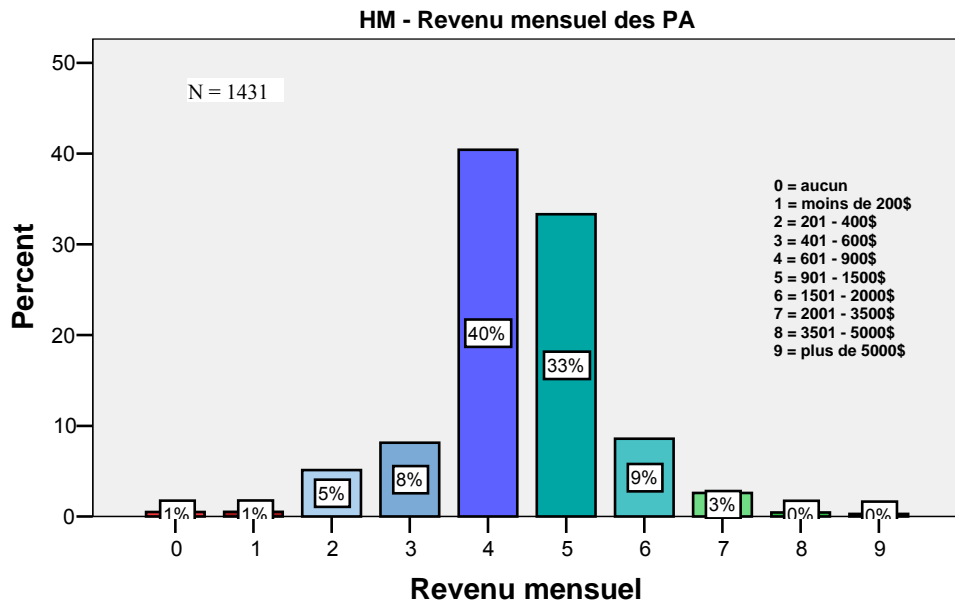


Figure (3-IV-11) : **MCT**- Revenu mensuel des individus composant cet échantillon.

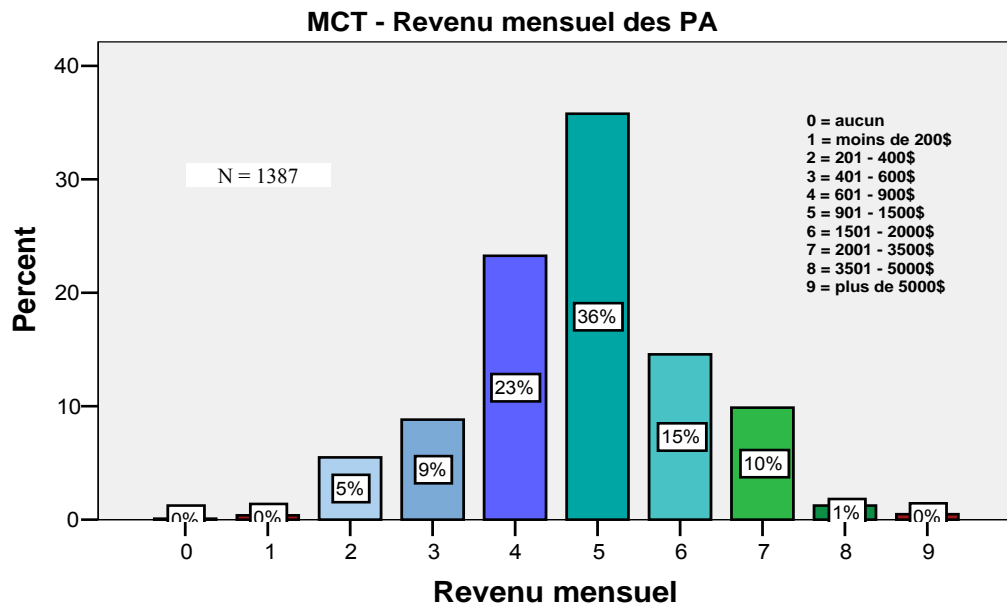




Figure (3-IV-12) : HM- Revenu mensuel des hommes et des femmes séparément

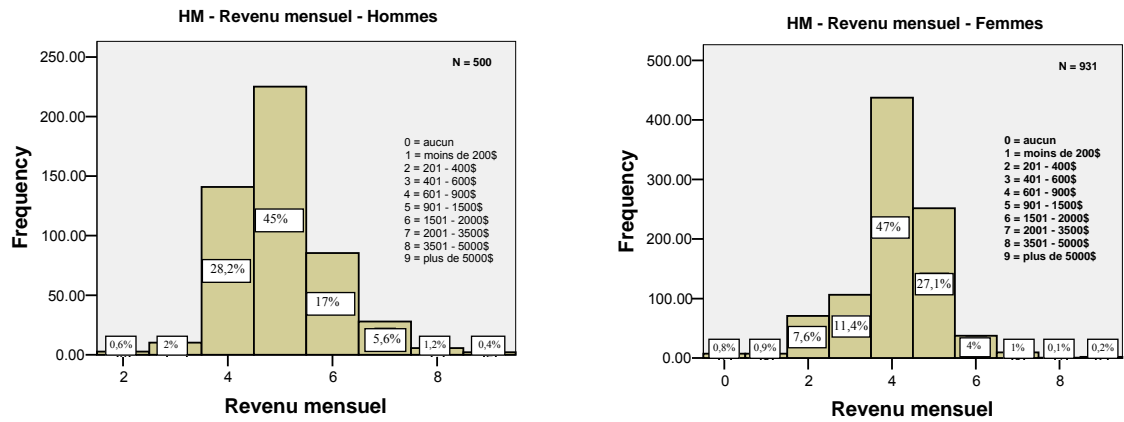


Figure (3-IV-13) : MCT- Revenu mensuel des hommes et des femmes séparément

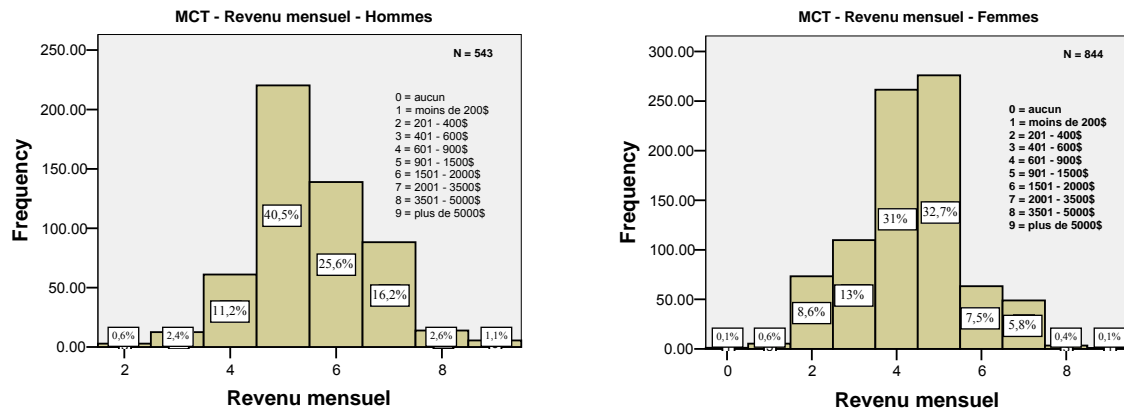


Figure (3-IV-14) : **HM**- Répartition du revenu mensuel pour les foyers de cet échantillon

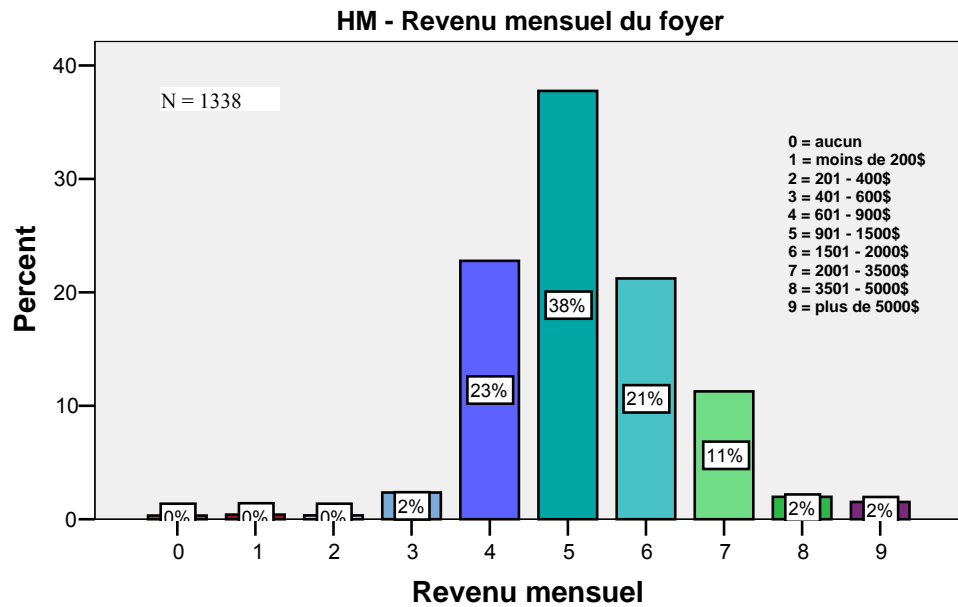


Figure (3-IV-15) : **MCT**- Répartition du revenu mensuel pour les foyers de cet échantillon

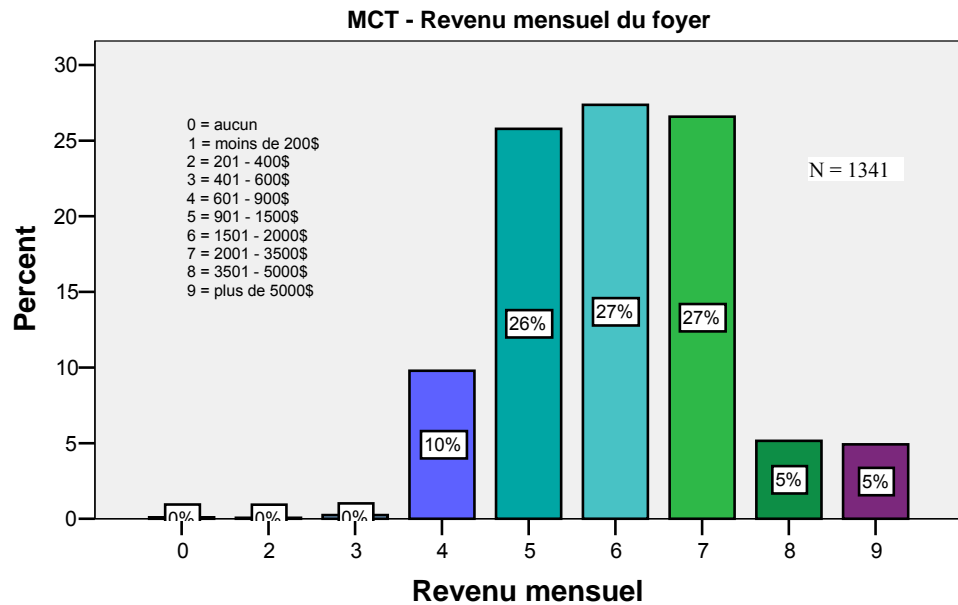


Figure (3-IV-16) : HM- Revenu mensuel des foyers où vivent les hommes ou les femmes

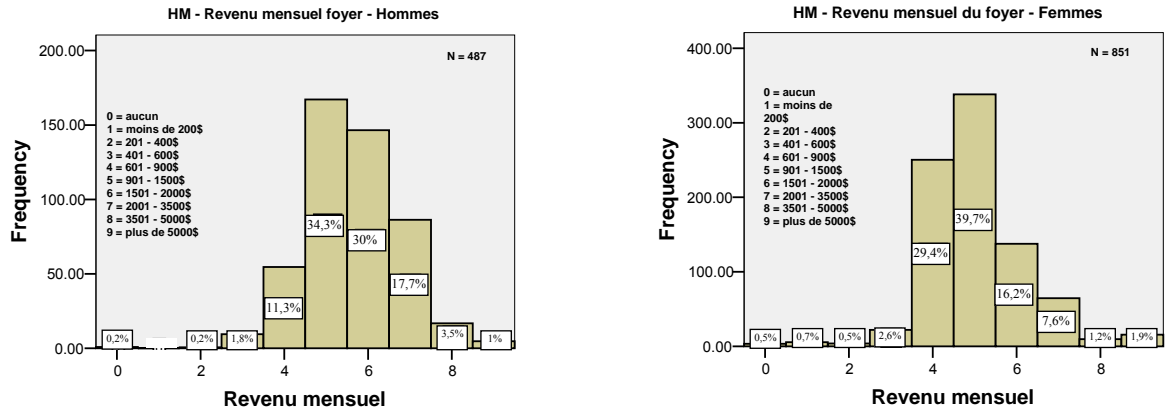


Figure (3-IV-17) : MCT- Revenu mensuel des foyers où vivent les hommes ou les femmes

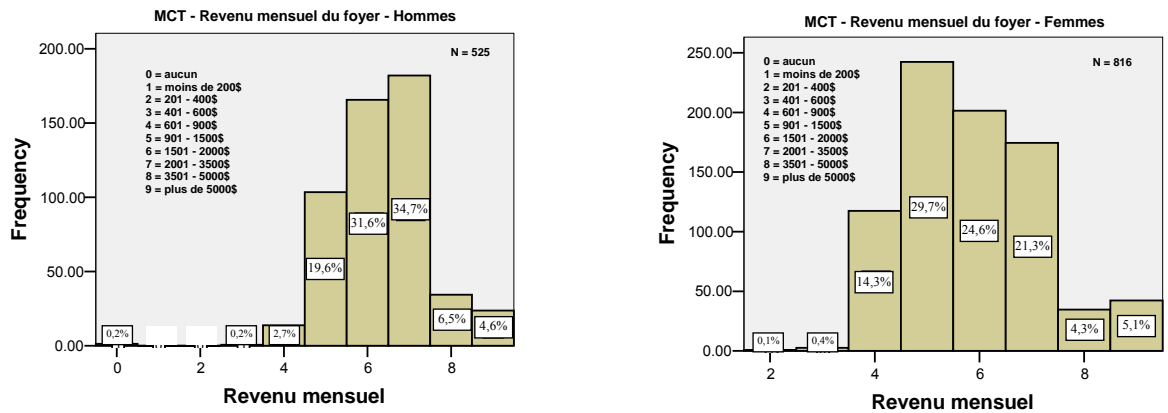


Figure (3-IV-18) : **HM**- Satisfaction des individus envers leur vie

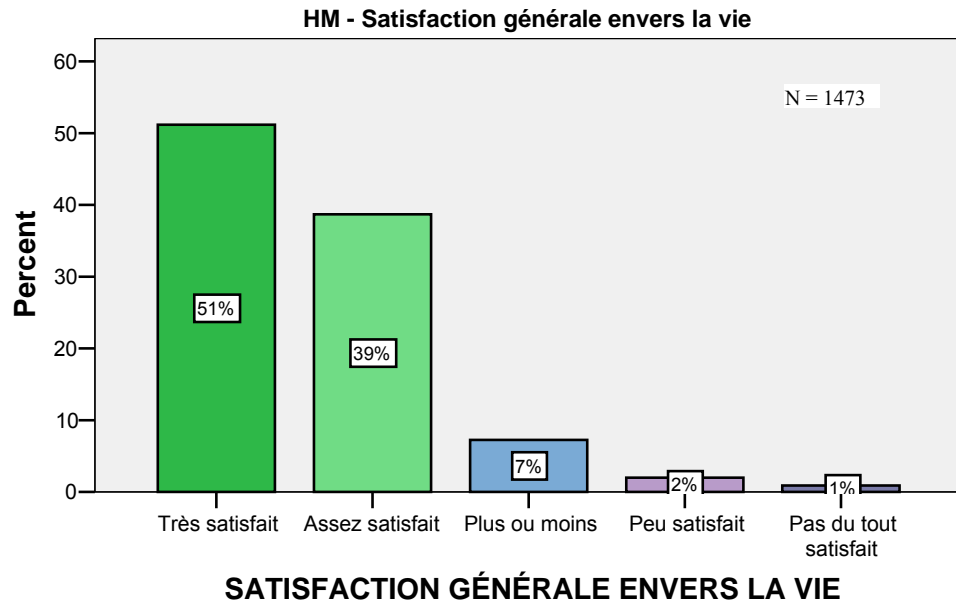


Figure (3-IV-19) : **MCT**- Satisfaction des individus envers leur vie

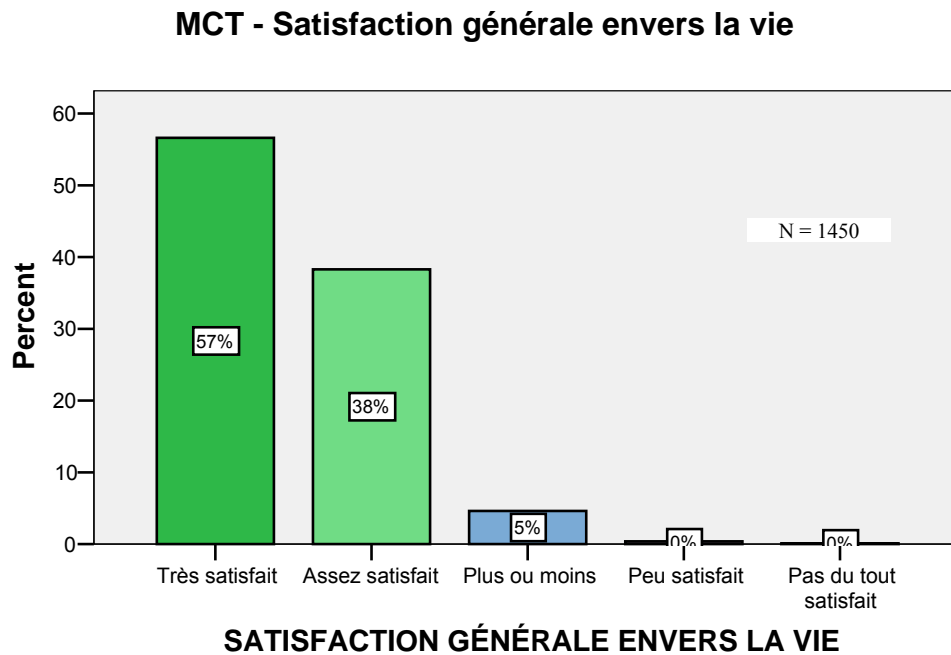


Figure (3-IV-20) : **HM**- Satisfaction des hommes ou des femmes envers la vie

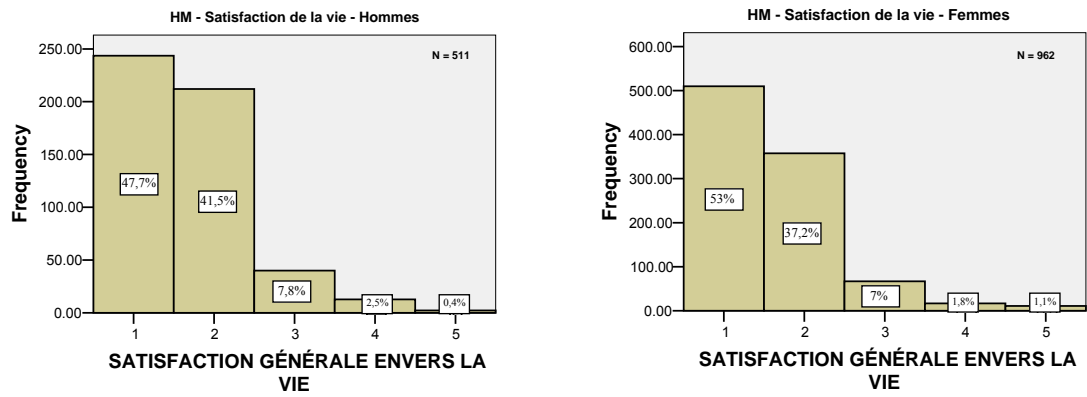


Figure (3-IV-21) : **MCT**- Satisfaction des hommes ou des femmes envers la vie

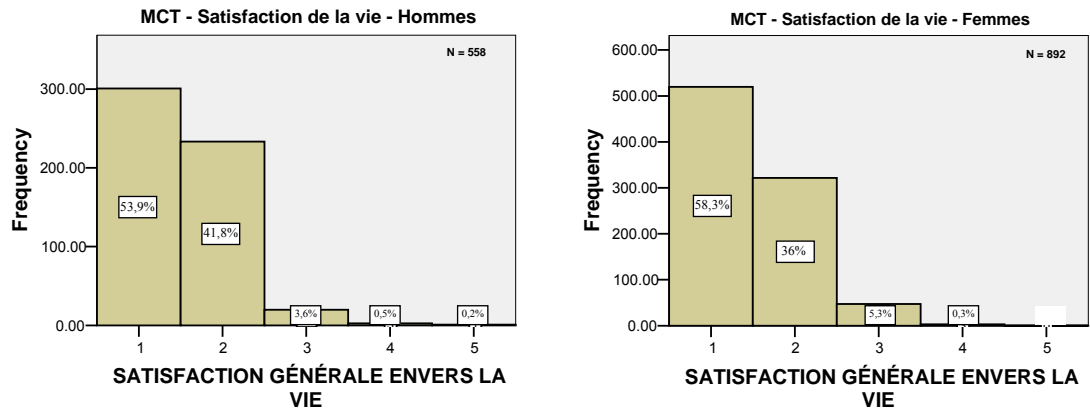


Figure (3-IV-22) : **HM**- Répartition de la santé perçue au sein de cet échantillon

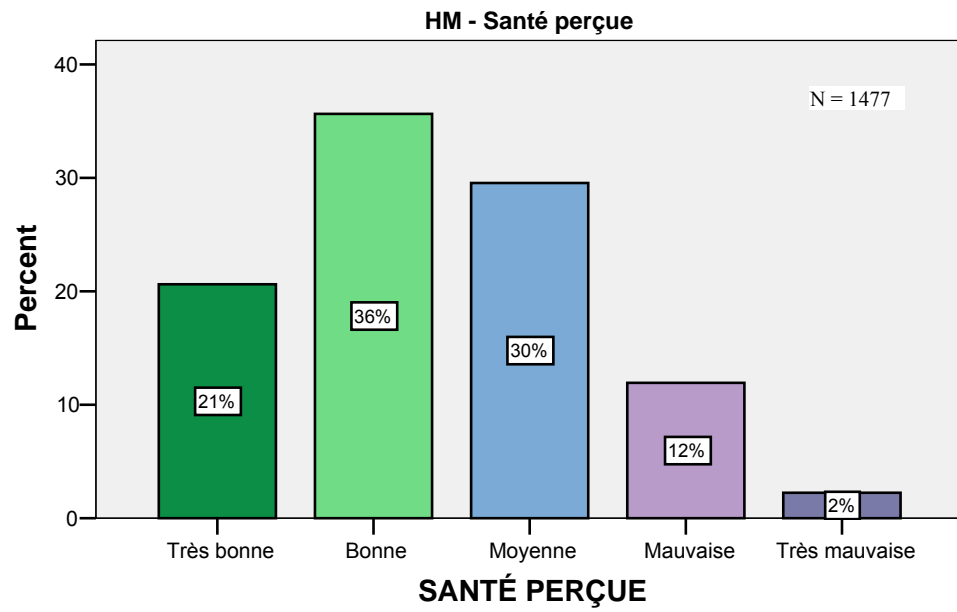


Figure (3-IV-23) : **MCT**- Répartition de la santé perçue au sein de cet échantillon

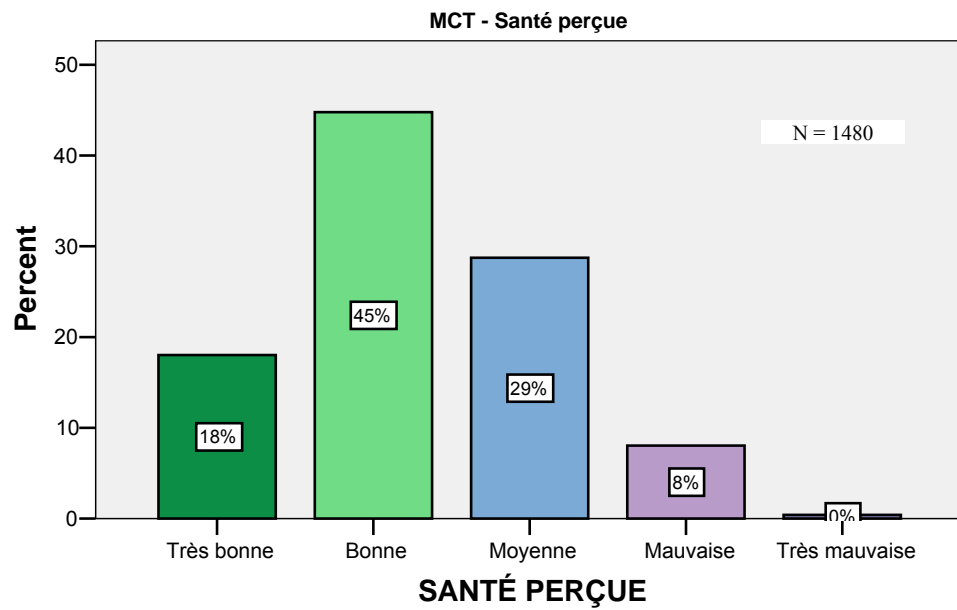


Figure (3-IV-24) : **HM**- Répartition de la santé perçue des hommes et des femmes

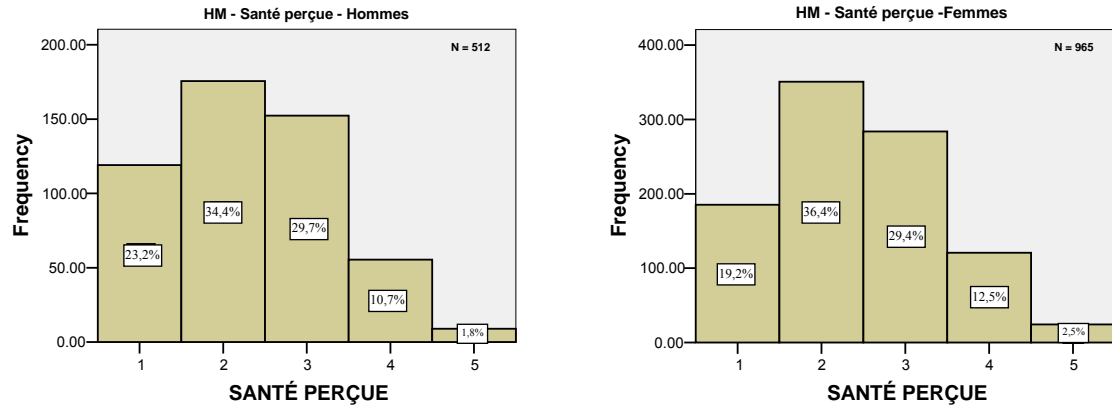


Figure (3-IV-25) : **MCT**- Répartition de la santé perçue des hommes et des femmes

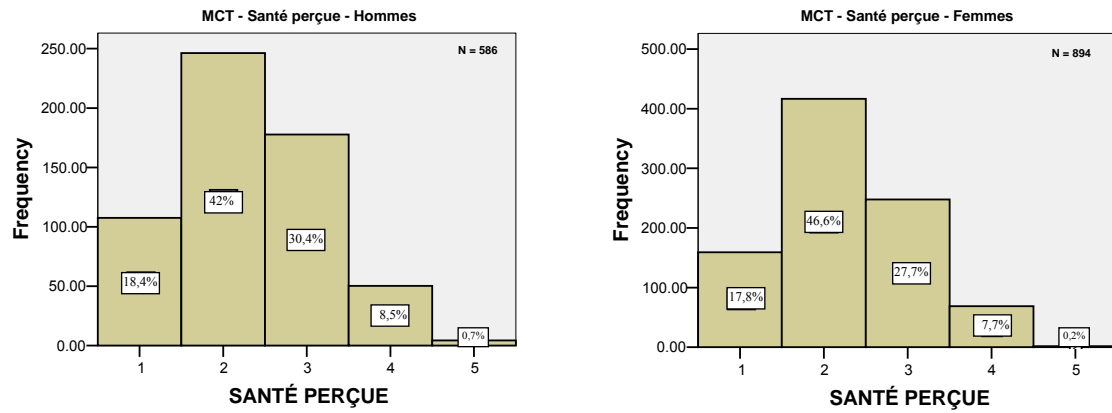


Figure (3-IV-26) : **HM**- Cohabitation des personnes âgées dans cet échantillon

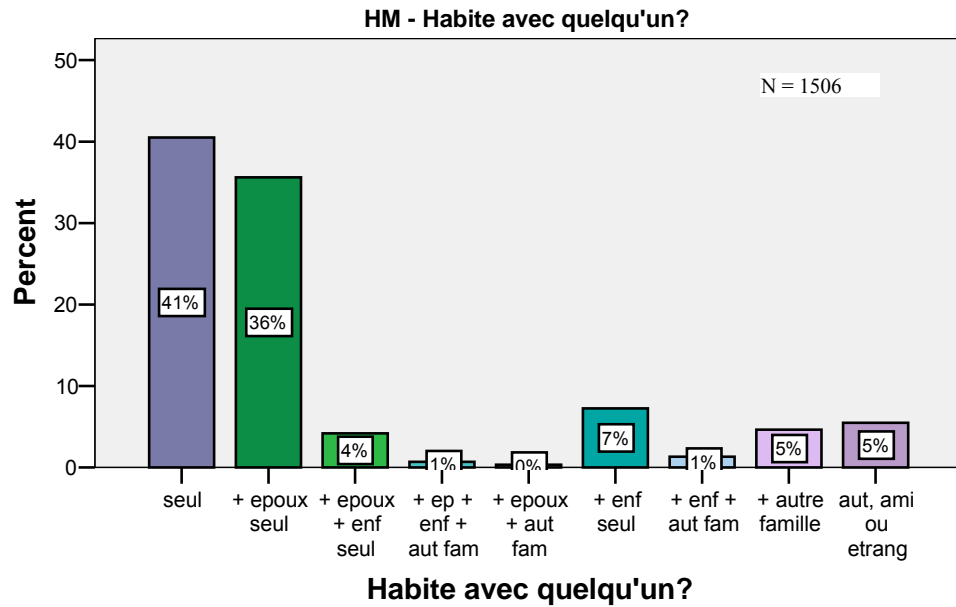


Figure (3-IV-27) : **MCT**- Cohabitation des personnes âgées dans cet échantillon

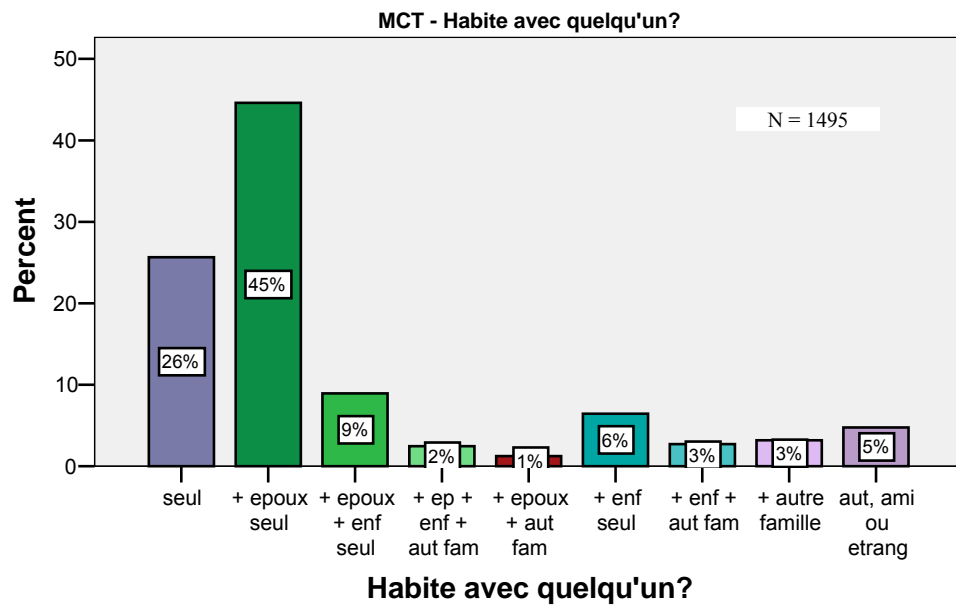




Figure (3-IV-28) : **HM**- Cohabitation des individus selon leur sexe

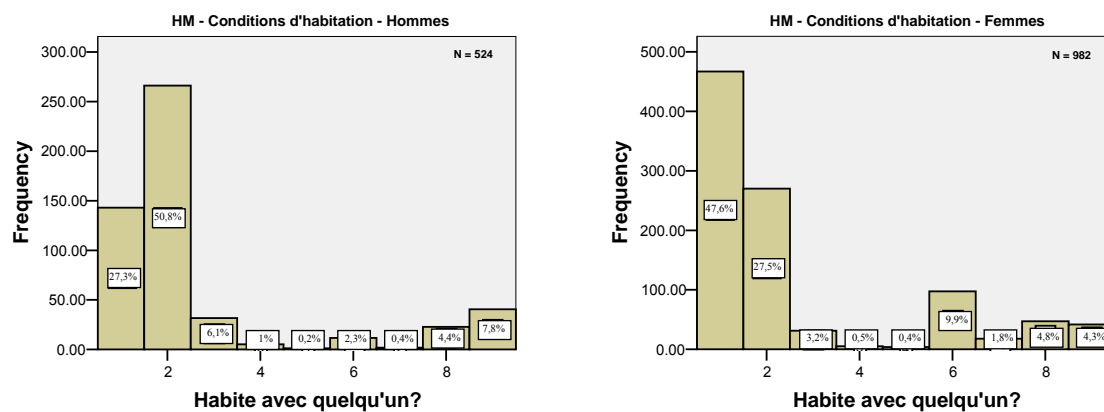
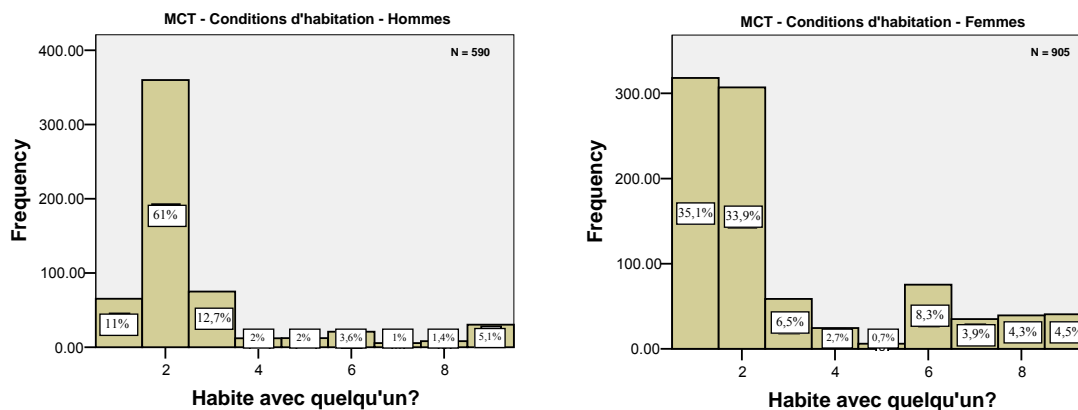


Figure (3-IV-29) : **MCT**- Cohabitation des individus, selon leur sexe



Note :

1 = habite seul  
 2 = habite avec son conjoint  
 3 = habite avec son conjoint et un enfant seul

4 = habite avec son conjoint plus un enfant et un autre membre de la famille  
 5 = habite avec son conjoint plus un autre membre de la famille  
 6 = habite avec un enfant seul

7 = habite avec un enfant plus un autre membre de la famille  
 8 = habite avec un autre membre de la famille  
 9 = habite avec un ami, un étranger...

## **Habitudes de vie**

### ***Consommation de cigarettes***

Le niveau de consommation quotidienne de cigarettes est différent entre HM et MCT. Parmi les personnes âgées qui ont répondues à cette question « fumez-vous tous les jours ? », 61,5% proviennent d'HM et 25,4% de MCT. Le test du Chi carré, nous indique que la différence est significative à  $p=,020$ .

### ***Consommation d'alcool***

La différence de consommation d'alcool est aussi significative ( $p=,000$ ) entre HM et MCT. Il y a sensiblement le même nombre d'individus dans les deux milieux qui consomment de l'alcool, mais 2,5 fois plus de personnes âgées d'HM que de MCT le font quotidiennement.

### ***Activité physique et Diète***

Là encore, la différence est significative ( $p=,000$ ) entre les deux milieux. Vingt pourcent de plus de personnes âgées d'HM que de MCT, avouent faire peu d'activité physique. Quant à savoir si les gens suivent une diète, 24% de plus d'individus de MCT, par rapport à HM, le font. Cette différence est significative à  $p=,007$ .

## **Vie sociale et entourage**

### ***Membre d'une association***

Les personnes âgées de MCT sont plus impliquées que celles d'HM dans les associations. Parmi les répondants, 34% de celles d'HM et 66% de celles de MCT déclarent faire partie d'une association. La différence est significative à  $p=,000$ . Il y a trois fois plus d'hommes dans MCT que dans HM qui sont membres d'une association.

### ***Nombre d'amis***

Le nombre de très bons amis qu'ont les personnes âgées dans HM et MCT est significativement différent ( $p= ,000$ ) d'un milieu à l'autre. Les individus d'HM sont plus nombreux (3,6 fois) à déclarer avoir un très bon ami alors que deux fois plus de personnes âgées de MCT indiquent avoir au moins cinq très bons amis. Dans les deux milieux, plus de 90% des personnes âgées étaient satisfaites de leurs relations avec leurs amis.

### ***Confidents***

Dans HM, 79% des personnes âgées ont un confident alors que dans MCT, 91% d'entre elles déclarent en avoir un. Cette différence est significative à  $p= ,000$ . La fréquence de contact est également différente d'un milieu à l'autre. Il y a 49% plus d'individus dans MCT que dans HM qui ont un contact tous les jours avec leur confident. Par ailleurs, dans les deux milieux, plus de 90% des personnes âgées se disent satisfaites ou très satisfaites de leur relation de couples.

### ***Famille***

#### **Frères et sœurs**

Le tableau (3-IV-5) indique que les personnes âgées de MCT ont plus de frères et sœurs que celles d'HM.

Table (3-IV-5) : Pourcentage de personnes âgées par nombre de frères et sœurs dans chaque milieu

Pourcentage de personnes âgées par nombre de frères et sœurs		
Nombre de frères et sœurs	HM	MCT
Aucun	13,2%	6,1%
De un à trois	45,5%	33,6%
Quatre et plus	41,3%	60,3%

### Nombre d'enfants

Les personnes âgées de MCT ont aussi plus d'enfants que ceux d'HM.

Table (3-IV-6) : Pourcentage de personnes âgées par nombre d'enfants dans chaque milieu

Pourcentage de personnes âgées par nombre d'enfants		
Nombre d'enfants	HM	MCT
Aucun	21,3%	17,3%
De un à trois	47,1%	33,4%
Quatre et plus	31,6%	49,3%

Ce tableau (3-IV-6) indique qu'il y a plus de familles nombreuses dans MCT que dans HM. Il y a 24,4% plus d'enfants autour des personnes âgées de MCT que d'HM. Le nombre de petits enfants est aussi plus important dans MCT que dans HM. La différence de répartition des enfants est significative à  $p = ,000$ . Par ailleurs 68% des personnes âgées dans HM se disent satisfaites de leur relation, avec leurs enfants, comparés à 78,5% dans MCT. Cette différence est aussi significative avec  $p = ,000$ .

### Résumé des caractéristiques des deux échantillons

La population de personnes âgées a augmenté dans la même proportion jusqu'en 2006 pour les deux provinces du Québec et du Nouveau Brunswick. Par ailleurs, les deux milieux ont maintenu un taux de francophones assez stable au cours de ces dernières années (~30% à Moncton et ~90% à Hochelaga-Maisonneuve). Cependant, nous n'avons pas d'indication sur le changement des conditions sociales pour cette population qui a fait l'objet de la collecte des données en 1996.

Le tableau (3-IV-7) résume les caractéristiques de nos deux échantillons et indique les différences significatives entre elles. Nous constatons, de manière générale, qu'un plus grand nombre d'hommes vivent en couple par rapport au nombre de femmes interrogées. La proportion est de l'ordre du simple au double dans les deux environnements ( $p < ,000$ ). Il y a aussi plus de couples qui demeurent en ménage privé dans Moncton que dans Hochelaga-Maisonneuve. Par ailleurs, 48% des femmes dans Hochelaga-Maisonneuve sont seules par rapport à 35% dans Moncton ( $p < ,000$ ).

Les personnes âgées de Moncton, autant les hommes que les femmes, sont plus scolarisées que dans Hochelaga-Maisonneuve. À titre d'exemple, 19% des personnes âgées dans Moncton ont un niveau universitaire ou technique, comparé à 9% dans Hochelaga-Maisonneuve. Les revenus individuels sont également plus élevés à Moncton qu'à Hochelaga-Maisonneuve. Ainsi, 26% des personnes âgées, à Moncton, ont un revenu mensuel de 1501\$ et plus, comparé à 11% dans Hochelaga-Maisonneuve.

Ces différences ne se répercutent pas dans la satisfaction envers la vie que les personnes âgées expriment. Dans les deux cas, le taux d'individus très satisfait ou assez satisfait est aux environs de 90%. Il y a aussi peu de différence dans la perception qu'ils ont de leur santé. Autant à Moncton qu'à Hochelaga-Maisonneuve, les personnes âgées trouvent que leur santé est très bonne ou bonne dans environ 55% des cas. Par contre, les personnes âgées d'Hochelaga-Maisonneuve semblent moins bien entourées puisque 41% d'entre-elles habitent seules, comparé à 26% à Moncton.

Tableau (3-IV-7) : Résumé des caractéristiques des personnes âgées dans nos deux échantillons (Hochelaga-Maisonnette et Moncton)

Caractéristiques	Hochelaga-Maisonnette		Moncton		Test $\chi^2$
<b>Proportion</b> Rapport : Femme / Homme	1,9		1,5		
<b>État matrimonial</b>					
Homme	Avec une conjointe	60%	Avec une conjointe	79%	107,14 / p< ,000
	Veufs	20%	Veufs	12%	
Femme	Avec un conjoint	32%	Avec un conjoint	44%	144,61 / p< ,000
	Veuves	50%	Veuves	41%	
<b>Niveau d'éducation</b>					
Homme	Primaire et secondaire	60%	Primaire et secondaire	52%	42,25 / p< ,000
	Technique et univ.	10%	Technique et univ.	22%	
Femme	Primaire et secondaire	56%	Primaire et secondaire	59%	57,17 / p< ,000
	Technique et univ.	9%	Technique et univ.	17%	
<b>Niveau de revenu individuel</b>					
Homme	0-900 \$	31%	0-900 \$	14%	87,55 / p< ,000
	901-2000\$	62%	901-2000\$	66%	
	2001+	7%	2001+	20%	
Femme	0-900 \$	68%	0-900 \$	54%	100,52 / p< ,000
	901-2000\$	31%	901-2000\$	40%	
	2001+	1%	2001+	6%	
<b>Satisfaction envers la vie</b>					
Homme	Très+assez satisfait	89%	Très+assez satisfait	95%	20,23 / p< ,000
	Plus ou moins	8%	Plus ou moins	4%	
Femme	Très+assez satisfaite	90%	Très+assez satisfaite	94%	24,16 / p< ,000
	Plus ou moins	7%	Plus ou moins	5%	
<b>Santé perçue</b>					
Homme	Très bonne+bonne	58%	Très bonne+bonne	60%	11,86 / p< ,018
	Moyenne	30%	Moyenne	30%	
Femmes	Très bonne+bonne	56%	Très bonne+bonne	64%	52,97 / p< ,000
	Moyenne	29%	Moyenne	28%	
<b>Cohabitation</b>					
Homme	Seul	27%	Seul	11%	33,48 / p< ,000
	Avec conjoint (+autre)	58%	Avec conjoint (+autre)	78%	
	Avec un enfant (+autre)	3%	Avec un enfant (+autre)	5%	
Femme	Seule	48%	Seule	35%	41,64 / p< ,000
	Avec conjoint (+autre)	32%	Avec conjoint (+autre)	44%	
	Avec un enfant (+autre)	12%	Avec un enfant (+autre)	12%	

## **V- MÉTHODOLOGIE**

Pour saisir les différentes étapes de notre cheminement, nous allons nous référer à notre modèle théorique. Ce dernier comporte deux sections qui correspondent à nos deux objectifs. La section en gris a trait à notre premier objectif [établir une typologie des réseaux d'aide utilisés par les personnes âgées et résultant de la combinaison des sources d'aide et des aides reçues]. La section en blanc réfère à notre deuxième objectif [identifier les principaux déterminants de l'appartenance des personnes âgées aux divers types de réseaux].

Voici la démarche que nous avons adoptée pour atteindre nos deux objectifs. En premier lieu, nous avons établi le profil de chaque personne âgée en fonction des sources d'aide présentes et des tâches que ces dernières réalisent. En deuxième lieu, pour mieux caractériser chaque échantillon en fonction de l'ensemble des sources d'aide impliquées et des tâches effectuées, nous avons conduit une analyse descriptive des fréquences de ces deux paramètres. Cette étape nous a permis de souligner la différence entre le besoin d'avoir une source d'aide et la présence d'aide pour effectuer les tâches identifiées dans le questionnaire. En troisième lieu, nous avons examiné la répartition de l'utilisation des sources d'aide dans nos deux échantillons afin de voir si nous allions traiter ces deux échantillons séparément ou comme un seul bloc de personnes âgées francophones. Finalement nous avons procédé à l'analyse des données pour atteindre nos deux objectifs.

### **Établissement du profil de chaque personne âgée**

Comme notre unité d'analyse est la personne âgée, nous avons établi à partir des variables indépendantes (sources d'aide utilisées et type d'aide reçue) un profil spécifique pour chaque personne âgée. Ce profil est composé de deux sous-profil. Un premier

indique la nature des activités pour lesquelles l'aide est reçue et le deuxième représente les sources d'aide utilisées.

Le questionnaire permettait de savoir si la personne âgée était capable, toute seule ou avec de l'aide, de faire une activité précise et de savoir si quelqu'un les aidait à effectuer cette activité. Nous rappelons que le questionnaire utilisé, pour la collecte des données, a été bâti autour de la nomenclature des incapacités (capacité de se déplacer, de prendre un bain ou une douche...). Nous avons opté pour la présence déclarée de l'aide auprès de la personne âgée afin de bâtir notre typologie.

Le sous profil des types d'aide reçue est réparti en dix-sept (17) catégories (neuf (9) activités de vie quotidienne et huit (8) activités de vie domestique). À partir des types d'aide reçue, nous pouvons associer les sources d'aide correspondantes. Le sous profil des sources d'aide utilisées comprend l'identification des 1<sup>ères</sup>, 2<sup>ièmes</sup> et 3<sup>ièmes</sup> sources d'aide qui interviennent. Nous avons donc un maximum de trois (3) sources d'aide pour chaque type d'aide reçue. Comme il y a dix-sept types d'aide potentiels, nous obtenons un maximum de 51 combinaisons de sources d'aide (non exclusives) par personne âgée. Dans le tableau (3-V-1) nous donnons un exemple des profils tels que définis pour notre analyse. La détermination de ces profils est la base de notre processus d'analyse. Comme ils sont spécifiques à chaque personne âgée, ils nous permettent de faire ressortir une typologie des réseaux d'aide selon les caractéristiques des personnes âgées.

Une fois les profils identifiés pour chaque personne âgée, nous avons utilisé une analyse de correspondance pour atteindre notre premier objectif. Cette analyse nous a permis de distinguer plusieurs regroupements spécifiques entre les sources d'aide utilisées et les tâches que ces dernières accomplissent.



Tableau (3-V-1) : Construction des profils d'activités réalisées et des profils de sources d'aide utilisées et identification des codes pour représenter ces profils.

Activités réalisées par les sources d'aide		Représentation du profil des tâches accomplies -----   ----- 9 AVQ   8 AVD		17 possibilités ordonnées		
#					#	
1	Mobilité				Adm. Budget	17
2	Bain-Douche				Travaux Lourds	16
3	Faire la Toilette				Travaux Légers	15
4	Habiller				Repas	14
5	Couper les Ongles				Petites courses	13
6					Épiceries	12
7					Transport Urbain	11
8					Téléphone	10
9						
<p>Dans chacune des cases, nous insérons le code nous indiquant si oui ou non la personne âgée utilise de l'aide pour réalisée cette activité, ainsi :</p> <p>Oui = 1 et Non = 2</p>						
# de Sources d'aide Utilisées		Mise en forme du profil des sources d'aide utilisées		Une P.A. peut faire appel à 1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> ressource suivant son incapacité ;		
10 informelles 6 formelles 1 aucune 1 Soi-Même		<p>-----   -----</p> <p>-----   -----</p> <p>-----   -----</p>		donc 3x17 = 51 possibilités ordonnées		
<b>Codes</b>	<b>Sources d'aide</b>	Dans chacune des cases, nous indiquons le code correspondant à l'aide utilisée, ainsi :		<b>Sources d'aide</b>	<b>Codes</b>	
1	Conjoint (e)	Aucune ressource = Case vide		Pers. Rémunérée	11	
2	Fille	Ressource utilisée = Code de la source d'aide		Infirmier (e)	12	
3	Fils			Trav. Social	13	
4	Belle-Fille			Aide à domicile	14	
5	Beau-Fils			Bénévole	15	
6	Autre ♀ <sup>32</sup> de la F.			Autre	16	
7	Autre ♂ de la F.			Personne	17	
8	Amie			Moi-Même	18	
9	Ami					
10	Voisin (e)					

À titre d'exemple :

❖ Si une P.A. a un profil d'aide reçue représenté par : 1122122221112212

Cela indique qu'elle reçoit de l'aide pour : la Mobilité, le Bain-Douche, Se Couper les Ongles d'orteils (SCO), le Transport Urbain, l'Épicerie, les Petites courses et les Travaux lourds

❖ Si cette même P.A. utilise un profil de Sources d'aide :

2,3,-|2,14,-|---|2,12,11|---|---|---|3,11,-|2,11,-|10,8,-|---|3,10,11|---|

Cela indique que :

**Pour une activité de ;**

Mobilité ;  
Bain-Douche ;  
Se Couper les Ongles (SCO) ;  
Transport Urbain ;  
Épicerie ;  
Petites Courses ;  
Travaux Lourds ;

**elle a recours à :**

Fille et Fils  
Fille et Aide à domicile  
Fille, Infirmier et Pers. Rémunérée  
Fils et Pers. Rémunérée  
Fille et Pers. Rémunérée  
Voisin et Amie  
Fils, Voisin et Pers. Rémunérée

<sup>32</sup> ♀ : Membre féminin de la famille ; ♂ : Membre masculin de la famille.

Pour le deuxième objectif, nous avons utilisé la régression logistique polynomiale pour mettre à jour les déterminants d'appartenance aux réseaux qui ont été identifiés. Cette appartenance est déterminée à partir des caractéristiques des personnes âgées et des éléments objectifs et subjectifs de leurs réseaux tels qu'indiqués par notre modèle théorique.

Une fois la typologie établie et les critères d'appartenance identifiés, nous proposerons un modèle statistique permettant de prédire la variable dépendante (appartenance ou non à un des groupes défini par notre typologie) et de vérifier la force d'association du modèle statistique.

## **VI- ANALYSE DES DONNÉES**

### **Approche typologique : 1<sup>er</sup> Objectif**

L'usage des typologies ne se limite pas seulement à un travail descriptif, il implique également des méthodes de tests statistiques. Les typologies ont pour but explicite de faire des regroupements les plus hétérogènes entre eux par rapport aux variables prises en compte. Selon cette approche, la classification correspond : 1- au croisement de deux critères, l'aide reçue et les sources d'aide utilisées, qui définissent un tableau de contingence (de dépendance) et 2- à la description des différentes combinaisons.

### ***Analyse des correspondances***

Parmi les techniques d'analyse statistiques disponibles, pour réaliser ce travail de typologie, nous faisons appel à l'analyse factorielle des correspondances (AFC), communément appelée analyse des correspondances. Cette méthode porte sur un ou plusieurs tableaux de contingences. Elle permet une représentation graphique des attractions et des distances entre les modalités des variables choisies. Cette approche va

nous permettre de vérifier l'existence de catégories typologiques. Il s'agit de dégager des régularités dans la structure des données, de voir comment les séries de chiffres s'organisent, quelles variables ou groupe de variables sont corrélés. L'un des intérêts de l'AFC est de permettre une représentation graphique des nuages de points de deux variables qualitatives dans un espace de faible dimension, permettant de mettre en évidence des éléments (correspondances) que le calcul numérique ne permet pas d'apprécier instantanément.

C'est une méthode d'analyse factorielle<sup>33</sup> qui porte sur des variables catégorielles. Elle permet de bien manipuler les fréquences. Elle fait ressortir une structuration de l'espace en groupe populationnel, à partir de deux variables. Il s'agit d'une méthode statistique permettant d'analyser et de décrire graphiquement de manière synthétique des tables de contingences dans laquelle sont classés des individus homogènes (personnes âgées) suivant deux critères, dans notre cas : les sources d'aide utilisée et l'aide reçue. Chaque case du tableau de contingence, l'intersection d'une ligne et d'une colonne, indique le nombre d'individus « Kij » de la population ayant à la fois la caractéristique de la ligne et de la colonne.

Pour pouvoir dire quelque chose sur nos données à partir de la situation observée, nous pouvons nous demander quel serait le contenu du tableau de contingences si les individus étaient répartis selon une situation théorique d'indépendance (pas de liens entre les deux variables). L'analyse du Chi2 ( $\chi^2$ ) aide à vérifier s'il existe une liaison entre deux

---

<sup>33</sup> Selon que l'on travaille avec un tableau de variables numériques ou qualitatives, on utilisera l'Analyse en Composantes Principales (ACP) ou l'Analyse des Correspondances (AFC). Les liens entre deux groupes de variables peuvent être traités par Analyse Canonique. Par ailleurs, l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM) est tout particulièrement intéressante, car elle est utilisable pour mettre en regard simultanément des variables quantitatives et des variables qualitatives.

variables catégorielles et si oui avec quelle intensité. Sinon elles sont indépendantes. Nous pouvons appliquer la statistique du  $\chi^2$  pour nous faire une idée de la distance qui sépare la distribution observée à celle de l'indépendance. Lorsque la valeur du  $\chi^2$  issue du tableau observé de contingences est inférieure à celle de la table théorique, le test d'indépendance est vérifié.

À partir de chaque tableau de contingence, on obtient deux autres tableaux de profils lignes et de profils colonnes associés aux deux variables. Les points dans ces espaces de profils sont définis par des vecteurs de coordonnées. L'analyse des correspondances exprime la distance<sup>34</sup> du  $\chi^2$  entre chaque profil et le profil moyen. L'analyse des correspondances nous présente de manière synthétique la structure des écarts à l'indépendance. Ainsi, pour que les distances entre un point ligne et un point colonne aient un sens, il faut travailler sur les profils des lignes et des colonnes (répartition des %). On munit alors ces dimensions de la distance du  $\chi^2$  parce qu'elle vérifie le principe d'équivalence distributionnelle. Traditionnellement, la représentation se fait en deux dimensions, en traçant successivement les plans factoriels F1/F2, F1/F3 et F2/F3 (et plus, si davantage de facteurs sont requis dans l'interprétation). La proximité entre deux points lignes traduit une similitude des profils définis par ce tableau ligne (dans notre analyse, les profils lignes sont ceux des sources d'aide utilisées). Alors qu'une proximité entre deux points colonnes traduit une similitude des profils colonnes d'activités accomplies pour notre analyse. Par contre, il est délicat d'interpréter la proximité d'un point ligne et d'un point colonne dans une représentation simultanée (graphique

---

<sup>34</sup> La distance du Chi2 :  $d_{ij}^2 = \sum_k 1/x_k [(x_{ik}/x_i) - (x_{jk}/x_j)]$  est différente de la distance Euclidienne :  $d_{ij} = \sqrt{\sum_k (x_{ik} - x_{jk})^2}$

symétrique) parce qu'ils ne proviennent pas d'un même espace<sup>35</sup>. Dans ce type de représentation, on peut par contre interpréter l'angle<sup>36</sup> par rapport à l'origine d'un point ligne et d'un point colonne.

En analyse des correspondances, on divisera le  $\chi^2$  par le nombre d'individus de la table pour obtenir une grandeur qui porte le nom d'inertie et symbolisé par  $\Phi^2$ . Formellement on peut écrire l'inertie comme étant la somme pondérée de la distance de  $X^2$  entre chaque profil et le profil moyen. Ce dernier correspond à l'intersection des axes aussi appelée centroïde moyen. Plus l'inertie est grande, plus grande est la distance de la moyenne. L'inertie est la plus grande dans les directions des axes où la discrimination est la plus forte. Chaque axe a une valeur propre (eigenvalue, inertie) dont la somme correspond à l'inertie du nuage. Par définition, les axes factoriels sont orthogonaux, non corrélés deux à deux. Il faut donc examiner les extrêmes selon les axes et exprimer la raison de l'opposition. Il est prudent de se méfier de l'association étroite de deux points à la vue d'un seul plan. Il faut aussi envisager d'examiner les autres plans factoriels.

Comme notre analyse est centrée sur la personne âgée, l'analyse des correspondances va nous permettre de définir des types de participants regroupés dans des catégories différentes (typologie) composées de réseaux spécifiques. Nous partons donc des données elles-mêmes pour essayer de dégager des régularités dans la structure des données et de voir si les variables sont corrélés.

---

<sup>35</sup> La distance du Chi2 est interprétable dans un même espace. Si deux points sont proches, ils auront alors des profils similaires.

<sup>36</sup> Si l'angle entre les deux points est aigu ( $<90^0$ ), les deux modalités des variables lignes et colonnes s'attirent. Au contraire, si l'angle est obtus ( $>90^0$ ), les deux modalités se repoussent. Si l'angle est droit, les modalités n'interagissent pas

## **Approche pour l'identification des déterminants d'appartenance : 2<sup>e</sup> Objectif**

Une fois la typologie des réseaux d'aide reçue circonscrite, il s'agit d'identifier les caractéristiques propres aux personnes âgées et qui font qu'elles appartiennent soit à un type de réseaux ou à un autre. Pour ce faire, les variables indépendantes déterminées par l'entremise de nos cinq blocs [caractéristiques sociodémographiques, état de santé, habitudes de vie, objectif et subjectif] et identifiés dans la section « blanche » de notre modèle, vont être régressées à tour de rôle dans chacune des nouvelles variables dépendantes correspondant aux différents types de réseaux d'aide mis à jour par notre travail de typologie. Il s'agit de savoir à quelle catégorie de notre typologie la personne âgée (notre unité d'analyse) appartient. La façon de procéder peut être schématisée par la figure (3-V-1).

### ***Régression logistique***

La régression logistique (parce que nos variables dépendantes sont des attributs) est la méthode retenue pour procéder à l'identification des prédicteurs (déterminants) qui sont susceptibles d'influencer l'appartenance à ces réseaux selon leur composition.

La régression logistique (Nakache J.P., Confais J., 2003 ; Bardos M., 2001 ; Tabachnick, B., Fidell, L., 1996 ; Hosmer D. W., Lemeshow S.L., 1989) est une technique statistique dont l'objectif est de produire un modèle permettant de prédire les valeurs prises par une variable catégorielle « Y » (dans notre cas : appartenance ou non à une catégorie prédéfinie) le plus souvent binaire (0, 1), à partir d'une série de variables explicatives (prédicteurs). Le fait que la variable expliquée soit catégorielle la distingue particulièrement. En utilisant une variable binaire pour représenter un phénomène, la

moyenne de cette variable représente la proportion de fois où elle prend une valeur de 1, ce qui peut être interprété comme une probabilité.

La régression logistique repose sur l'hypothèse fondamentale suivante :

$$\text{Ln} \left[ \frac{P(X | [Y=1])}{P(X | [Y=0])} \right] = A + \sum B_j X_{ij}$$

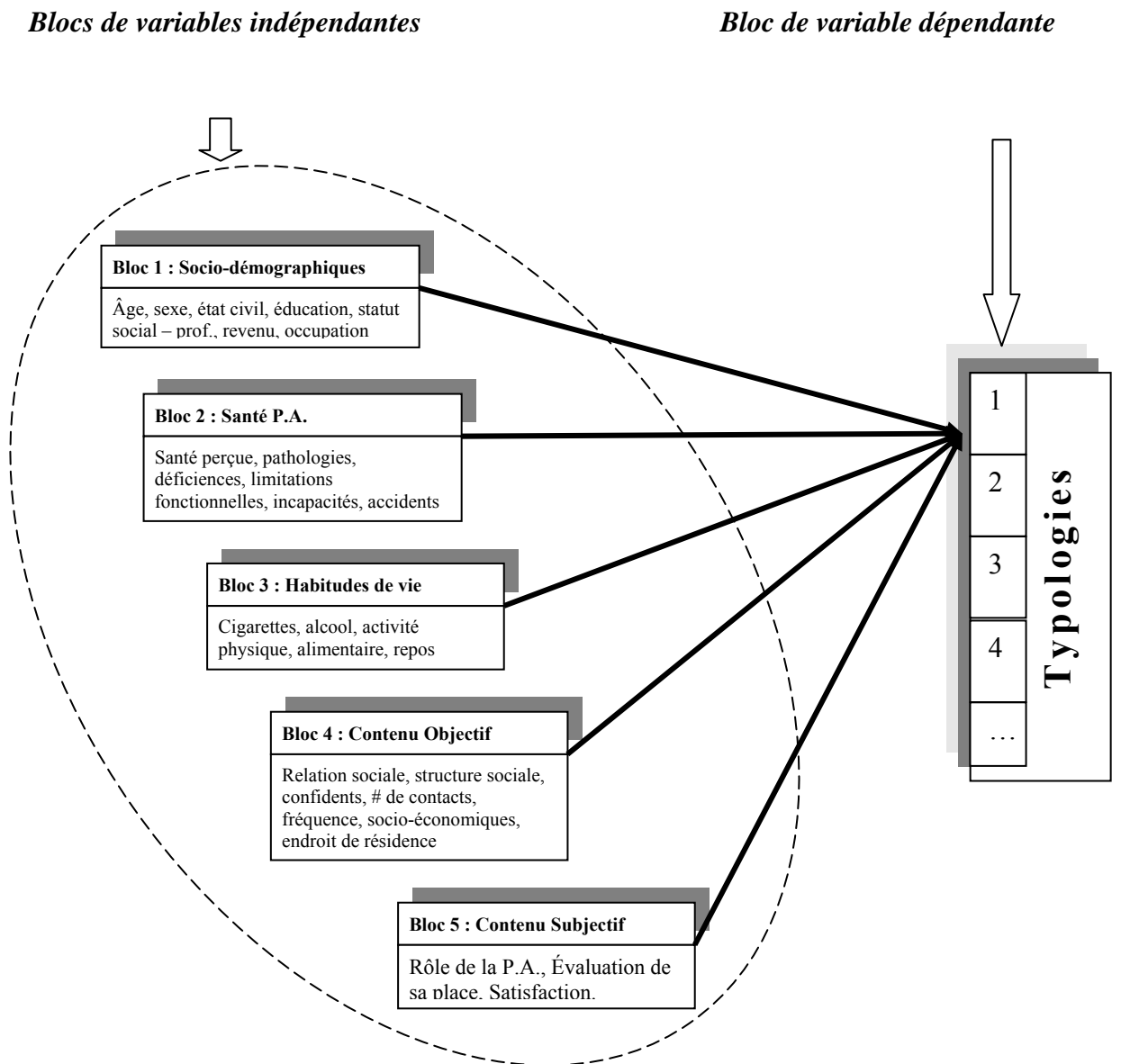
où la probabilité à posteriori d'obtenir la modalité 1 de  $Y$  sachant la valeur prise par  $X$  est représentée par  $P(X | [Y=1])$ .

En général, les méthodes de régression sont utilisées pour modéliser la relation entre une variable de réponse et une ou plusieurs variables prédictives. Dans cette classe de méthodes statistiques, l'approche pour ajuster une équation non linéaire consiste à utiliser des fonctions polynomiales de  $X$ . Le modèle de régression polynomiale peut s'exprimer de la manière suivante :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + E$$

«  $Y$  » et «  $X$  » sont des variables statistiques respectivement dépendantes et indépendantes, «  $\beta_k$  » sont les coefficients de régression et «  $E$  » la composante d'erreur (résidu). C'est le modèle de régression polynomiale que nous retenons pour atteindre notre deuxième objectif d'identification des déterminants d'appartenance. Ainsi, le modèle final sera déterminé en insérant progressivement les blocs de variables explicatives dans le mécanisme de la régression polynomiale tel que schématisé par la figure (3-VI-1).

Figure (3-VI-1) : Schématisation du processus de régression pour l'établissement du modèle final.





## VII – RÉSULTATS

Les résultats qui suivent sont présentés en trois sections selon l'aspect : descriptif des données, typologique et d'appartenance aux regroupements identifiés.

### **Descriptif des sources d'aide utilisées et des aides reçues**

#### *Fréquences des sources d'aide utilisées et des aides reçues par les personnes âgées*

Nous avons débuté notre analyse par l'examen de l'aide reçue par les personnes âgées et par l'étude de leur capacité d'effectuer les activités domestiques ou quotidiennes. Dans la section « Autonomie » du questionnaire utilisé, nous avons trois questions répétitives pour l'ensemble des dix-sept types d'activités et selon la difficulté de les réaliser.

- a. êtes-vous capable, capable avec de l'aide, incapable
- b. Quelqu'un vous aide-t-il [oui ou non]
- c. Pour chaque personne qui vous aide, préciser la relation avec la 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> personne aidante

La question a) fait appel à la perception des personnes âgées sur leur capacité à faire les activités mentionnées. La question b) décrit la présence réelle d'aide auprès de ces personnes âgées et la question c) identifie les personnes aidantes. Nous avons donc analysé les fréquences associées à chacune de ces variables.

À ce stade ci, nous devons choisir entre la perception et la présence réelle pour poursuivre notre analyse en fonction de notre objet d'étude à savoir : établir une typologie des réseaux d'aide utilisés par les personnes âgées et résultant de la combinaison des sources d'aide et des aides reçues. Nous avons opté pour la présence réelle d'aide comme critère pour inclure une personne âgée dans notre analyse. Ce choix a au moins le mérite de se baser sur le fait qu'il y a une source d'aide vraiment présente

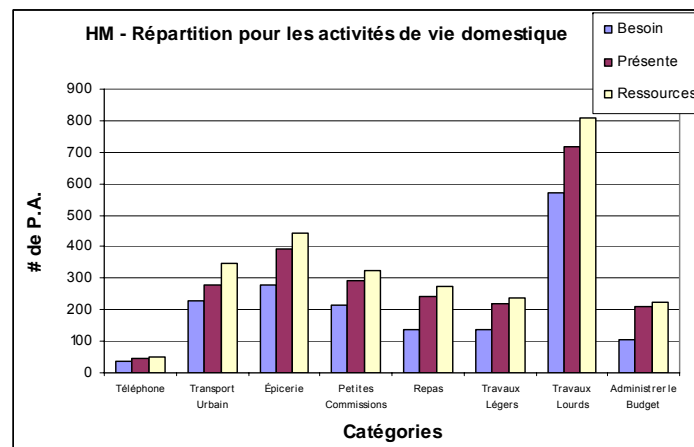
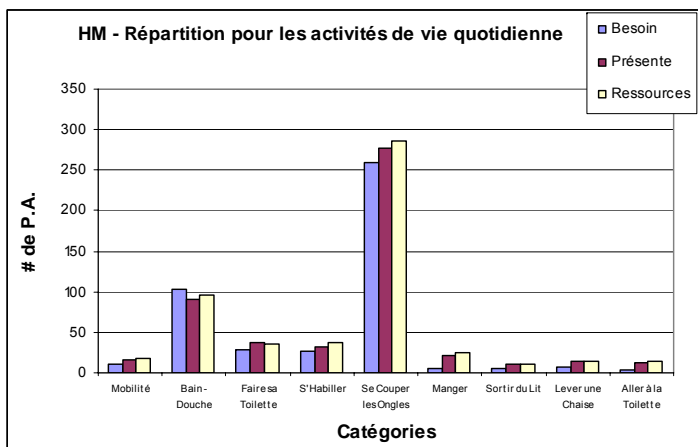
au domicile pour aider la personne âgée à réaliser une activité. Alors que si une personne âgée répond qu'elle est capable nous ne savons pas, dans le cas où elle est seule, si elle se débrouille avec beaucoup de difficulté ni à quel niveau elle a réalisé la tâche à effectuer. De plus, le nombre de personnes âgées déclarant la présence d'aide est semblable à celui des personnes âgées identifiant les sources d'aide.

Dans nos résultats, nous constatons que la présence d'aide dépasse en général la perception d'incapacité (capable avec de l'aide et incapable). La différence est plus remarquable pour les activités liées aux tâches domestiques que pour celles associées aux tâches quotidiennes. Les graphiques suivants (figure 3-VII-1) illustrent ce fait autant pour Hochelaga-Maisonneuve que pour Moncton.

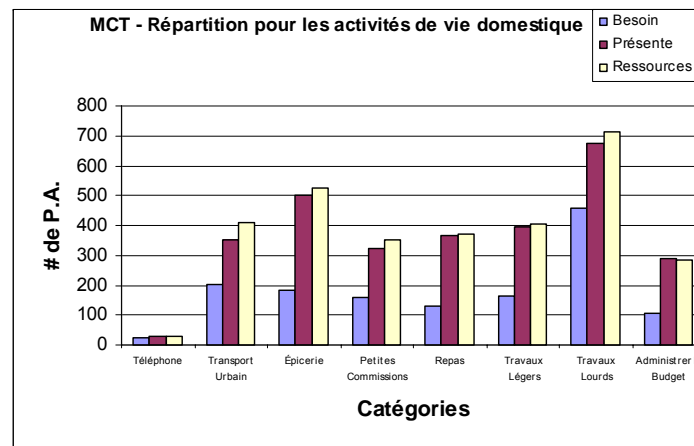
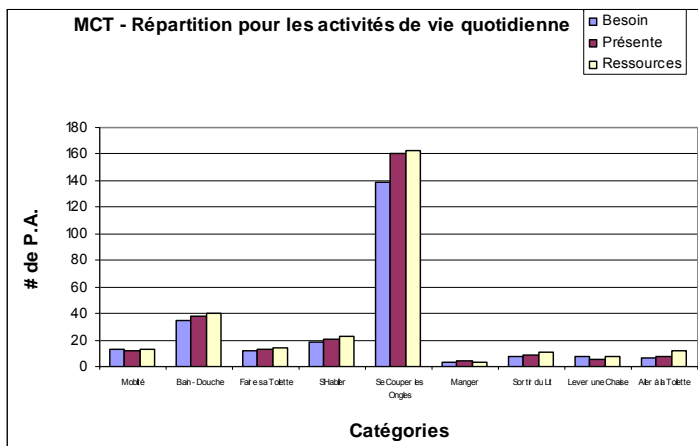
Cette première étape nous permet d'obtenir un portrait préliminaire de l'aide reçue et des activités réalisées pour les populations d'Hochelaga Maisonneuve et de Moncton. Voyons plus en détails l'analyse de ces fréquences pour chaque échantillon en cause.

Figure (3-VII-1) : Nombre de personnes âgées selon le besoin exprimé [capable avec de l'aide, incapable], la présence d'aide déclarée et l'ensemble des sources d'aide (1<sup>e</sup>+2<sup>e</sup>+3<sup>e</sup>) utilisées pour réaliser les activités selon les catégories décrites.

Hochelaga-Maisonneuve



Moncton



### **1- Hochelaga-Maisonneuve**

L'analyse des fréquences nous indique qu'au sein de cet échantillon de personnes âgées (échantillon n = 1506) en ménage privé dans Hochelaga-Maisonneuve, sept cent onze (711) personnes âgées semblent avoir de la difficulté à réaliser au moins une activité de la vie quotidienne ou domestique. Ces personnes âgées se disent soit incapables de réaliser les diverses activités de vie ou avoir besoin d'aide pour les faire. Elles correspondent à 47,2% de cet échantillon (figure 3-VII-2).

Par ailleurs, huit cent soixante dix neuf (879) personnes âgées indiquent la présence d'une source aide pour leur permettre de réaliser les activités de vie quotidienne ou domestique, soit 58,4% de l'échantillon (figure 3-VII-3). En examinant la répartition des sources d'aide, nous nous apercevons qu'elle est consistante avec la déclaration de la présence d'aide. Ainsi, huit cent soixante treize (873) personnes âgées identifient au moins une première personne pour les aider (58% de l'échantillon).

Dans certains cas, les personnes âgées utilisent en plus une deuxième et une troisième source d'aide. Pour Hochelaga-Maisonneuve, la répartition des personnes âgées utilisant une 2<sup>e</sup> et une 3<sup>e</sup> ressource, est respectivement de cent quatre vingt quatre (184) personnes âgées (12,2% de l'échantillon) et de vingt deux (22) personnes âgées (1,4% de l'échantillon). Nous constatons que dans l'ensemble, relativement peu de personnes âgées font appel à plus d'une source d'aide principale (figure 3-VII-4).

### **2- Moncton**

Dans le cas de Moncton, l'analyse des fréquences nous indique qu'au sein de l'échantillon (n = 1495) des personnes âgées vivant en ménage privé, six cent une (601) personnes âgées ont de la difficulté dans les activités de vie quotidienne ou domestique (se disent soit incapables de réaliser les diverses activités de vie ou avoir besoin d'aide

pour les faire), soit : 40,3% d'entre elles (figure 3-VII-5). Par ailleurs, huit cent quatre vingt dix neuf (899) personnes âgées indiquent la présence d'au moins une source aide pour réaliser les activités soit : 60,2% de l'échantillon (figure 3-VII-6).

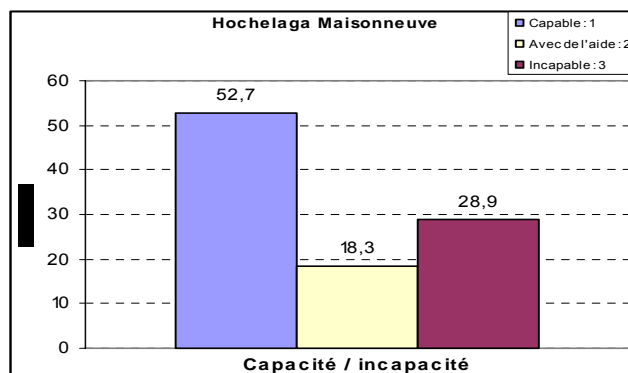
Par ailleurs, huit cent quatre vingt quinze (895) personnes âgées identifient leur première source d'aide soit : 59,9% de l'échantillon. Le nombre de personnes âgées qui utilisent une deuxième puis une troisième source d'aide est de cent vingt (120) personnes âgées (8% de l'échantillon) et de onze (11) personnes âgées (0,7% de l'échantillon) respectivement (figure 3-VII-7).

### **3- Comparaisons des deux échantillons**

Dans Hochelaga, les personnes âgées qui déclarent la présence d'une première ressource pour les aider, représente 58% de l'échantillon alors que pour Moncton on obtient 60,2%. Le pourcentage d'utilisation d'une 2<sup>e</sup> ou d'une 3<sup>e</sup> ressource correspond à 12,8% des personnes âgées d'Hochelaga-Maisonnette et à 6% de l'échantillon de Moncton.

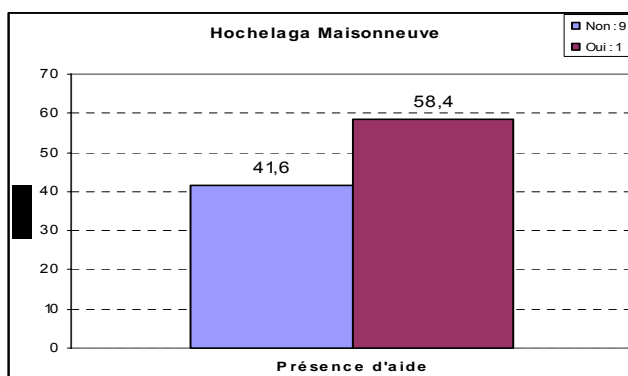
Ces sources d'aide sont utilisées pour accomplir des combinaisons diverses de tâches. Les combinaisons sont actualisées par la teneur des différents profils d'activité que nous avons rencontrés dans chaque région pour chaque personne âgée. Ainsi, nous avons observé 224 profils différents d'aide reçue dans Hochelaga-Maisonnette et 189 dans Moncton. Les sources d'aide sont également combinées pour réaliser ces tâches. Dans Hochelaga-Maisonnette, nous avons 530 profils différents de combinaison de sources d'aide et 508 dans Moncton.

Figure (3-VII-2) : **HM** - Pourcentage des personnes âgées se disant capable, capable avec de l'aide ou incapable d'effectuer les activités de vie quotidiennes ou domestiques.



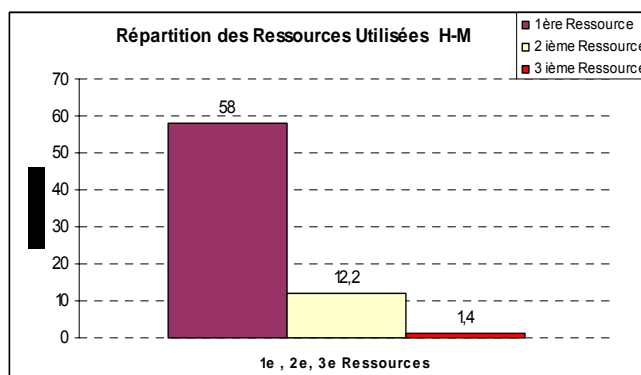
Capacité  
d'agir

Figure (3-VII-3) : **HM** - Pourcentage des personnes âgées déclarant la présence d'une aide pour leur permettre de réaliser les activités de vie quotidiennes ou domestiques.



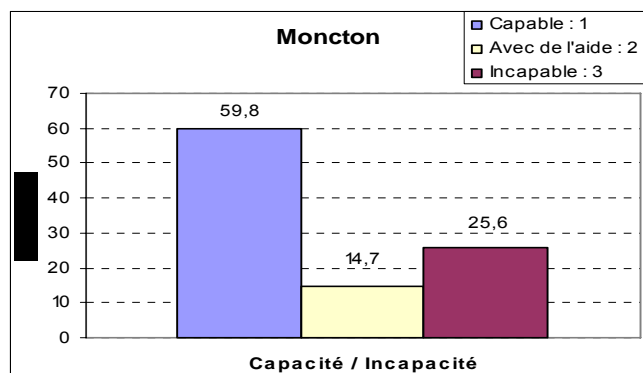
Présence  
d'aide

Figure (3-VII-4) : **HM** - Pourcentage des personnes âgées utilisant une première, une deuxième ou une troisième ressource



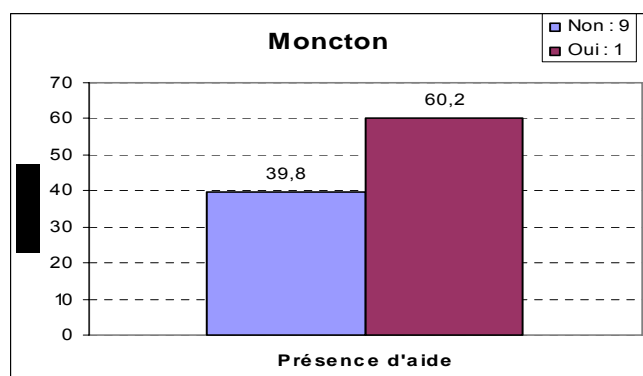
1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>  
ressource

Figures (3-VII-5) : **MCT** - Pourcentage des personnes âgées se disant capable, capable avec de l'aide ou incapable d'effectuer les activités de vie quotidiennes ou domestiques.



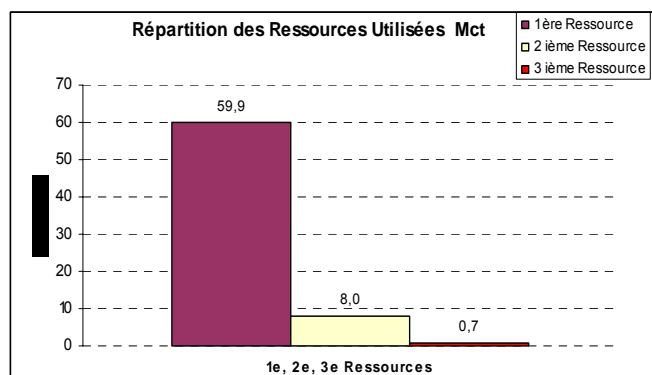
Capacité d'agir

Figure (3-VII-6) : **MCT** - Pourcentage des personnes âgées déclarant la présence d'une aide pour leur permettre de réaliser les activités de vie quotidiennes ou domestiques.



Présence d'aide

Figures (3-VII-7) : **MCT** - Pourcentage des personnes âgées utilisant une première, une deuxième ou une troisième ressource



1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> ressource

Par ailleurs, les tâches peuvent être réparties en quatre secteurs : soit que les sources d'aide effectuent une seule activité de vie domestique ou quotidienne, ou une combinaison de tâches de vie domestique ou finalement un ensemble de tâches de vie domestique et quotidienne. Dans le cas d'Hochelaga Maisonneuve, le partage des personnes âgées recevant de l'aide se distribue selon ces catégories en un tiers / un tiers / un tiers (figure 3-VII-8) si on exclue la catégorie d'activités quotidienne unique. Pour cette dernière, seulement 4% des personnes âgées correspondent à cette catégorie. Si nous rassemblons l'ensemble des tâches associées aux activités de vie domestiques, nous constatons qu'environ 65% des personnes âgées ayant de l'aide font partie de ce groupe. Par ailleurs 31% des individus reçoivent de l'aide pour des activités combinées de vie domestique et quotidienne.

Pour Moncton, la répartition du nombre de personnes âgées ayant de l'aide est relativement différente de celui d'Hochelaga Maisonneuve. Elle se distribue approximativement en 55%, 20% et 25%. Dans Moncton, l'ensemble des personnes âgées recevant de l'aide pour des activités de vie domestique (unique et multiple) est d'environ 80%. La proportion des personnes âgées recevant de l'aide pour des activités combinées de vie domestique et quotidienne est passablement plus petite 18%. Par ailleurs, la proportion de personnes âgées obtenant de l'aide uniquement pour des activités de vie quotidienne est encore relativement petite, soit 2%. Si nous considérons l'ensemble de chaque échantillon (et non pas seulement les personnes âgées ayant de l'aide), nous constatons qu'environ 40% des individus ne reçoivent pas d'aide dans HM et dans MCT.



Figure (3-VII-8) : **HM** - Répartition des personnes âgées selon le genre et la multiplicité des activités réalisées par les sources d'aide.

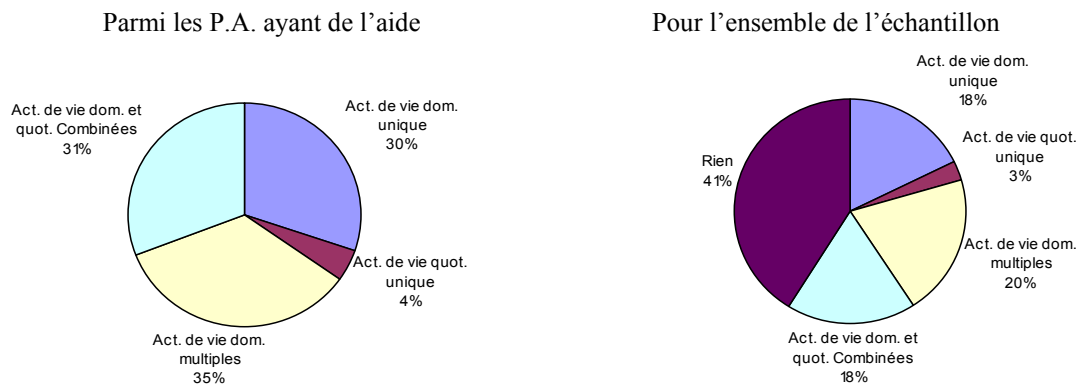
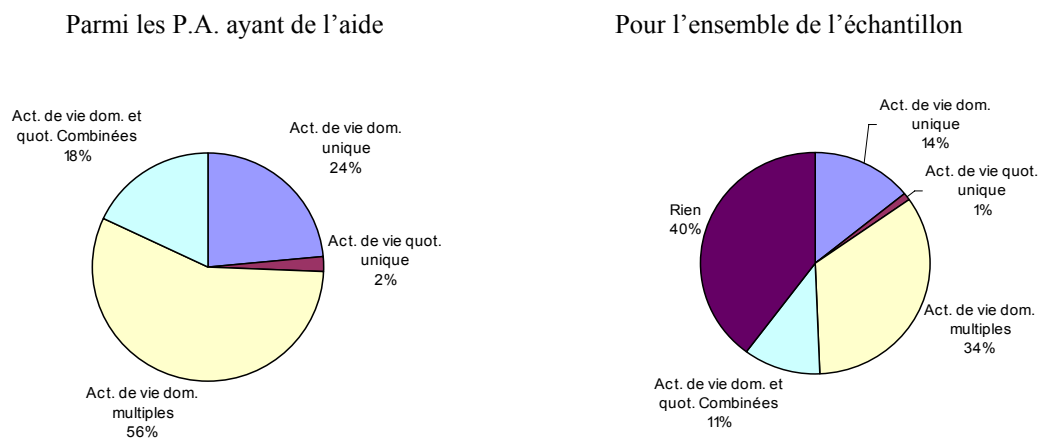


Figure (3-VII-9) : **MCT** - Répartition des personnes âgées selon le genre et la multiplicité des activités réalisées par les sources d'aide.



## **Répartitions des tâches réalisées et des sources d'aide utilisées selon les incapacités exprimées.**

En examinant les réponses ayant trait à l'autonomie des personnes âgées en fonction de leur capacité à effectuer les tâches, nous pouvons distinguer les catégories de tâches qui requièrent le plus de ressources et voir l'importance relative de chaque incapacité. Pour ce faire, nous avons cumulé pour chaque activité le nombre de personnes âgées qui déclaraient être capables avec de l'aide et celles qui se disaient incapables de la réaliser. En parallèle, nous avons colligé le nombre de personnes âgées qui déclaraient la présence d'aide. Cette présence a été examinée en fonction des 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> sources d'aide utilisées. Nous rappelons qu'une personne âgée peut avoir besoin d'aide pour plus d'une activité.

### ***1- Hochelaga Maisonneuve***

Le tableau (3-VII-2), indique le nombre de personnes âgées selon la répartition des incapacités exprimées (à effectuer une tâche sans aide) ou selon les sources d'aide associées aux activités réalisées. Dans ce tableau, nous remarquons que la portion relative aux incapacités exprimées pour les activités domestiques, est relativement plus élevée que celle correspondant aux activités quotidiennes.

Parmi les activités de vie quotidienne, la difficulté de se couper les ongles d'orteils est prédominante et suivie par celle de prendre son bain-douche. Dans le cas des activités de vie domestique, la réalisation des travaux lourds est la plus problématique, suivie de celles de l'épicerie, du transport urbain et des petites commissions. Dans les cas des activités de vie domestique, les personnes âgées font appel, à l'occasion, à une 3<sup>ième</sup> ressource contrairement aux activités de vie quotidienne où aucune personne âgée n'a indiqué la présence d'une troisième source d'aide.

Tableau (3-VII-2) : **HM** - Répartition du nombre de personnes âgées selon les incapacités exprimées, la présence d'aide déclarée et les sources d'aide associées aux activités réalisées.

Hochelaga-Maisonneuve Échantillon : n = 1506

Nombre de personnes âgées (PA) selon									
	Catégories d'activités	Incapacités exprimées			Aide	Sources d'aide utilisées			
		avec Aide	Incapable	Totales	Présence déclarée	1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	Totales
	<b>Quotidiennes</b>								
1-	Mobilité	7	3	10	16	15	3		18
2-	Bain - Douche	66	37	103	91	89	7		96
3-	Faire sa Toilette	16	13	29	37	32	4		36
4-	S'Habiller	16	10	26	32	32	5		37
5-	Se Couper les Ongles	79	180	259	277	278	8		286
6-	Manger	15	6	21	22	22	2		24
7-	Sortir du Lit	4	5	9	10	10	1		11
8-	Lever une Chaise	5	7	12	14	12	3		15
9-	Aller à la Toilette	7	3	10	13	13	2		15
	<b>Domestiques</b>								
11-	Téléphone	18	17	35	45	42	6		48
12-	Transport Urbain	134	96	230	277	270	70	8	348
13-	Épicerie	142	135	277	391	382	52	8	442
14-	Petites Commissions	96	121	217	294	285	35	3	323
15-	Repas	63	73	136	244	231	42	3	276
16-	Travaux Légers	64	75	139	219	213	24	1	238
17-	Travaux Lourds	254	317	571	718	706	93	9	808
18-	Administrer le Budget	60	47	107	210	197	25		222
<b>Nombre de PA exprimant une incapacité</b>		275	436	711					
<b>Nombre de PA selon la présence déclarée et les sources d'aide utilisées</b>					879	873	184	22	1079

Dans le tableau (3-VII-2), nous remarquons que le total des personnes âgées déclarant une présence d'aide est plus grand que le nombre de personnes âgées qui exprime leur incapacité à réaliser les tâches selon les catégories d'activités indiquées. Cette remarque est en accord avec ce que nous avons déjà constaté, à savoir que plusieurs personnes âgées déclarent être à la fois capable de faire une tâche mais en même temps indiquent avoir quelqu'un présent pour les aider à la faire. Par ailleurs, si nous examinons les sources d'aide, nous constatons que le nombre de personnes âgées qui déclarent faire

appel à une 1<sup>ère</sup> source d'aide, est relativement semblable à la colonne indiquant la présence d'aide. Ce constat est normal puisque le questionnaire est bâti en demandant d'abord s'il y a une présence d'aide et par la suite qu'elles sont les 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ième</sup> et 3<sup>ième</sup> personnes qui effectuent les activités de soutien.

## ***2- Moncton***

Le tableau (3-VII-3) indique, pour Moncton, le nombre de personnes âgées exprimant leur incapacité à réaliser les activités de types quotidiennes ou domestiques. Il appert que la portion des activités domestiques est plus élevée que celle correspondant aux activités quotidiennes tout comme dans le cas d'Hochelaga-Maisonneuve.

La difficulté de se couper les ongles d'orteils est encore prédominante dans les activités quotidiennes. Pour les activités domestiques, la réalisation de travaux lourds est toujours la plus problématique, suivie de celles du transport urbain, de l'épicerie et des petites commissions. Encore là, la présence d'une 3<sup>ième</sup> source d'aide est à toute fin pratique liée aux activités domestiques.

Il y a moins de personnes âgées (601) dans Moncton qui expriment leur incapacité à réaliser les tâches indiquées dans les différentes catégories par rapport à Hochelaga-Maisonneuve (711) pour un échantillon à peu près semblable. Par ailleurs, la présence d'aide déclarée est relativement semblable entre nos deux échantillons (899/MCT vs 879/HM). La population d'Hochelaga Maisonneuve fait plus appel aux deuxièmes et troisièmes sources d'aide que Moncton.

Tableau (3-VII-3) : **MCT** - Répartition du nombre de personnes âgées selon les incapacités exprimées, la présence d'aide déclarée et les sources d'aide associées aux activités réalisées.

Moncton Échantillon : n = 1495

Nombre de personnes âgées (PA) selon									
	Catégories d'activités	Incapacités exprimées			Aide	Sources d'aide utilisées			
		avec Aide	Incapable	Totales	Présence déclarée	1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>	3 <sup>ème</sup>	Totales
	<b>Quotidiennes</b>								
1-	Mobilité	9	4	13	12	11	2	13	
2-	Bain - Douche	25	10	35	38	38	2	40	
3-	Faire sa Toilette	10	2	12	13	12	2	14	
4-	S'Habiller	16	2	18	21	21	2	23	
5-	Se Couper les Ongles	37	102	139	161	160	2	163	
6-	Manger	2	1	3	4	3		3	
7-	Sortir du Lit	7	1	8	9	9	2	11	
8-	Lever une Chaise	7	1	8	5	6	2	8	
9-	Aller à la Toilette	7	0	7	8	9	3	12	
	<b>Domestiques</b>								
11-	Téléphone	15	9	24	27	27	3	30	
12-	Transport Urbain	81	123	204	352	349	56	409	
13-	Épicerie	113	73	186	500	495	28	524	
14-	Petites Commissions	78	80	158	324	325	29	354	
15-	Repas	53	75	128	367	366	6	372	
16-	Travaux Légers	84	80	164	394	391	14	407	
17-	Travaux Lourds	178	282	460	677	673	34	712	
18-	Administrer le Budget	69	38	107	289	280	5	285	
<b>Nombre de PA exprimant une incapacité</b>		219	382	601					
<b>Nombre de P.A. selon la présence déclarée et les sources d'aide utilisées</b>					899	895	120	11	1026

### Répartition des profils de sources d'aide en fonction des profils d'activités accomplies

Nous avons examiné, à l'aide de tableaux croisés, la répartition des profils de sources d'aide et des profils de l'aide reçue pour les personnes âgées dans chacun de nos deux échantillons. Cet exercice nous permet d'illustrer la relation entre les deux critères à la base de notre étude et de voir les différences entre les échantillons étudiés.

### ***1- Hochelaga-Maisonneuve***

Pour Hochelaga Maisonneuve, la figure (3-VII-10) illustre la répartition des profils des sources d'aide en fonction des profils des activités réalisées. Une observation générale de cette distribution nous indique que la diversité<sup>37</sup> des profils de sources d'aide (en ordonnée), pour chaque activité réalisée, n'est pas constante.

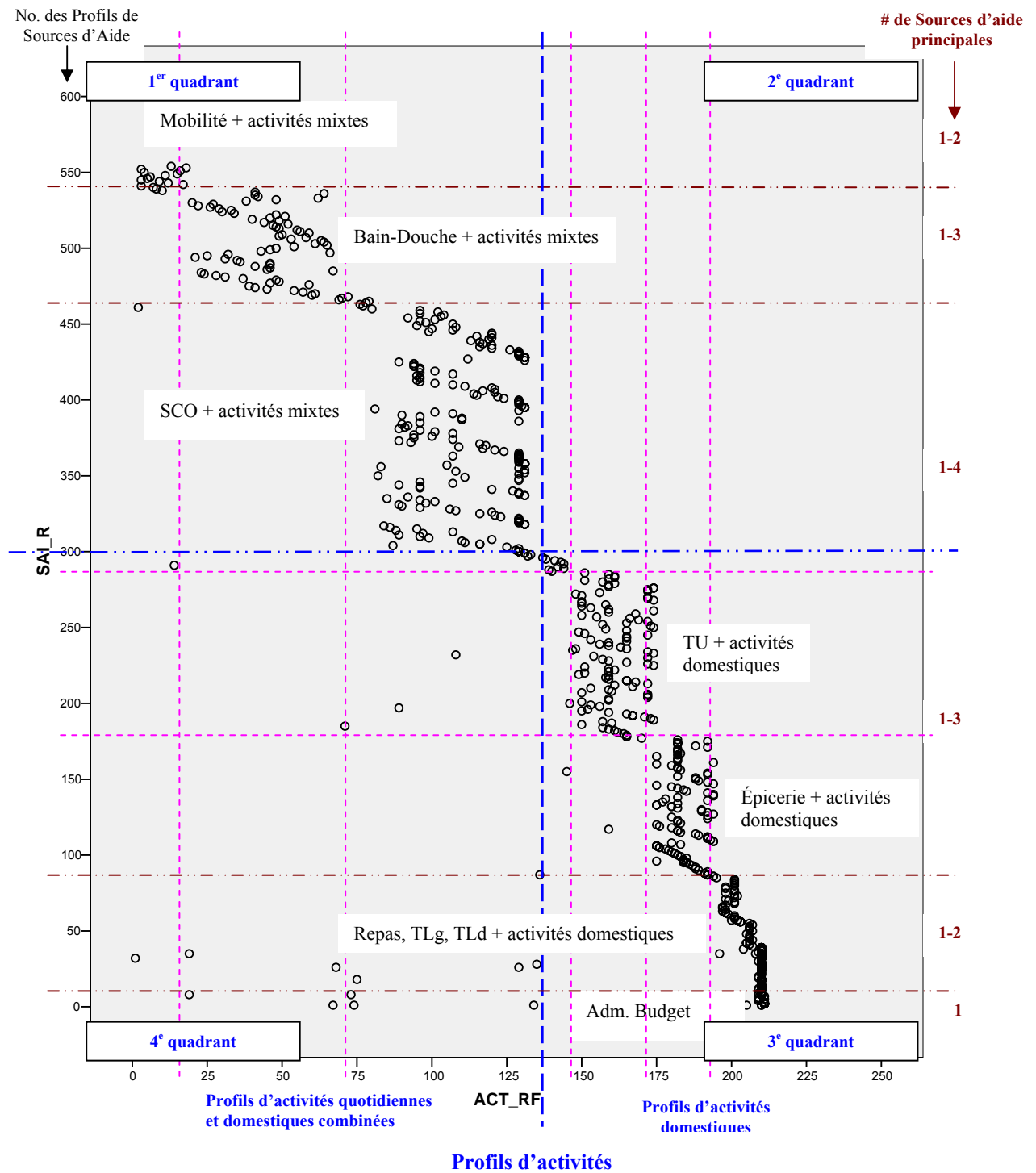
La diversité augmente à partir de l'activité « d'administrer le budget » pour atteindre un maximum à l'activité de « se couper les ongles d'orteils » (SCO) et diminuer de nouveau lorsque des activités d'ordre intime « bain-douche et mobilité » apparaissent. Cette augmentation n'est pas linéaire et n'implique pas le même nombre ni la même sorte d'aidants selon la tâche accomplie. Cette variation, dans le nombre de profils différents selon l'activité considérée, est du même ordre si nous considérons le nombre de sources d'aide principales impliquées. Le nombre de sources d'aide principales est indiqué en ordonnée sur un deuxième axe vertical.

En examinant cette distribution nous pouvons la diviser au moins en deux secteurs distincts selon l'abscisse. Un premier secteur indique le recours à l'aide pour réaliser uniquement des activités domestiques. Ce secteur se retrouve dans le troisième quadrant de cette représentation. Dans ce secteur, l'épicerie et le transport urbain (TU) sont les deux activités qui font appel au plus grand nombre de profils de sources d'aide.

---

<sup>37</sup> La diversité est interprétée comme le nombre de profils différents identifiés par activité réalisée. Ce nombre est calculé en faisant la différence entre le premier et le dernier numéro identifiant les profils de source d'aide reliés à une activité particulière. Par exemple pour les sources d'aide impliquées dans l'activité de SCO, le premier profil a le numéro 299 et le dernier 459 donc 160 profils différents.

Figure 3-VII-10 : **HM** - Répartition des profils de sources d'aide (et du nombre de sources d'aide principales) en fonction des activités réalisées.



Note : activités mixtes : activités domestiques et quotidiennes combinées

Un deuxième secteur rassemble une combinaison d'activités mixtes à la fois quotidiennes et domestiques. Dans ce secteur, situé dans le premier quadrant, les activités de se couper les ongles d'orteils et de prendre son bain-douche sont celles qui engendrent le plus de profils de sources d'aide. Finalement, nous observons que les activités reliées à la mobilité utilisent un minimum de profils de ressources.

Nous rappelons que les profils de sources d'aide utilisées sont composés de ressources principales plus d'autres ressources d'appoint (tableau 3-VII-1). Les tableaux (3-VII-4 a et b) nous donnent le nombre de personnes âgées qui font appel, respectivement, à toutes les ressources ou uniquement à la 1<sup>ère</sup> source d'aide utilisée selon l'activité en cause.

Ces tableaux (3-VII-4 a et b) sont instructifs parce qu'ils font ressortir le peu d'éléments présents au sein de plusieurs cellules ainsi qu'un certain nombre de cellules vides. Nous allons donc être obligés de tenir compte de cet aspect lors de nos analyses typologiques. Par ailleurs nous constatons très peu de différence entre le tableau (3-VII-4a) pour toutes les ressources et le tableau (3-VII-4b) pour la ressource principale seulement. La différence dans le nombre de personnes âgées faisant appel à plusieurs ressources ou à une ressource principale est indiquée dans la dernière colonne du tableau (3-VII-4a) selon la source d'aide considérée.



## Tableaux (3-VII-4 a et b) : HM - Nombre de personnes âgées suivant la source d'aide et l'activité réalisée.

Hochelaga Maisonneuve

# de P.A. par Source d'aide et par Activité

Pour toutes les Sources d'aide	Total AVQ										Les Fils contribuent + comme 2e et 3e S.A.										Total AV	Total	Dif. Toutes - 1e
	Aucune 3e Source d'aide pour les AVQ										3e 3e 3e 3e 3e 3e												
	Mobilité	Bain-Dot.F. sa ToiS'Habiller	SCO	Manger iortir du L	Lever un A. à la Toilette	Téléphoni	T.Urb.	Épicerie'	Course	Repas	T. LégersT.	Lourdsm.	Budget										
Époux-01	5	37	12	14	66	13	3	5	6	161	21	56	147	105	113	115	188	113	858	1019	33		
Filles-02	6	14	7	9	34	6	5	5	5	91	11	60	73	52	33	35	109	25	398	489	64		
Fils-03	1	1	1	14	17	1	53	54	31	14	14	116	13	296	313	93							
Belle-Fille-04	1	2	1	4	1	5	5	6	3	4	8	32	36	9									
Beau-Fils-05	3	4	12	19	19	8																	
♀ - 06	2	3	2	4	2	2	15	1	29	29	17	25	13	41	5	160	175	43					
♂ - 07	2	1	3	16	11	8	2	4	32	8	81	84	18										
Amie-08	4	5	9	1	21	14	12	18	7	16	6	95	104	10									
Ami-09	2	2	2	2	4	1	2	2	17	10	11	9	2	2	12	2	48	65	13				
Voisin-10	3	3	8	17	21	17	6	17	3	89	92	15											
Total Informel	15	62	24	30	132	22	8	14	13	320	36	261	365	261	227	200	551	175	2076	2396			
Personne Rémunérée-11	1	1	1	49	52	10	25	26	29	29	16	158	29	322	374	60							
Infirmier-12	1	7	1	1	11	1	1	12	3														
Travailleur Social-13	1	1	2	0	2	0	2	0															
Aide à Domicile-14	1	29	11	6	52	1	1	101	15	17	7	7	14	37	2	99	200	18					
Bénévoles-15	2	2	1	38	45	2	32	29	22	8	6	45	14	158	203	15							
Autres-16	2	2	1	38	45	2	32	29	22	8	6	45	14	158	203	15							
Aucune Personne-17	1	1	1	1	0	1	0																
Moi-Même-18	0	0	1	1	1	1	1																
Total Formel	3	36	12	8	150	2	2	1	3	217	13	81	75	58	48	38	250	46	609	826			
Total	18	98	36	38	282	24	10	15	16	537	49	342	440	319	275	238	801	221	2685	3222			
Dif. # interventions	3	8	3	5	7	2	1	3	2	34	6	79	60	36	45	24	99	25	374	408			

Pour la 1e Source d'aide	Total AVQ										Total AV										Total
	Aucune 3e Source d'aide pour les AVQ										3e 3e 3e 3e 3e 3e										
	Mobilité	Bain-Dot.F. sa ToiS'Habiller	SCO	Manger iortir du L	Lever un A. à la Toilette	Téléphoni	T.Urb.	Épicerie'	Course	Repas	T. LégersT.	Lourdsm.	Budget								
Époux-01	5	36	12	14	66	13	3	5	6	160	20	50	143	103	108	112	182	108	826	986	
Filles-02	5	12	6	7	32	5	4	4	4	79	6	51	64	49	31	27	94	24	346	425	
Fils-03	1	1	1	13	16	1	31	39	21	7	9	83	13	204	220						
Belle-Fille-04	1	2	1	4	1	1	4	4	2	4	7	23	27								
Beau-Fils-05	2	2	2	4	2	2	14	1	19	22	12	12	13	34	5	118	132				
♀ - 06	2	2	2	4	2	2	14	1	19	22	12	12	13	34	5	118	132				
♂ - 07	2	1	3	11	10	7	2	2	25	6	63	66									
Amie-08	4	5	9	1	18	10	10	18	7	15	6	85	94								
Ami-09	2	2	4	1	2	11	10	9	6	2	2	10	2	41	52						
Voisin-10	1	1	4	15	20	12	6	16	3	76	77										
Total Informel	12	58	23	26	127	21	7	11	12	297	30	197	316	232	194	182	475	167	1793	2090	
Personne Rémunérée-11	1	48	49	10	19	22	23	19	16	143	13	265	314								
Infirmier-12	7	1	8	1	1	1	9														
Travailleur Social-13	1	1	2	0	2	0	2	0													
Aide à Domicile-14	1	28	10	5	51	1	1	97	13	15	6	7	10	32	2	85	182				
Bénévoles-15	1	2	1	4	7	3	4	1	9	24	28										
Autres-16	2	2	1	38	45	2	27	24	22	6	5	43	14	143	188						
Aucune Personne-17	1	1	1	1	0	1	0														
Moi-Même-18	0	0	0	0																	
Total Formel	3	32	10	7	148	1	2	1	2	206	13	66	64	51	36	32	227	29	518	724	
Total	15	90	33	33	275	22	9	12	14	503	43	263	380	283	230	214	702	196	2311	2814	

Le tableau (3-VII-5) nous donne le pourcentage de personnes âgées faisant appel aux ressources formelles ou informelles selon les tâches réalisées. Par exemple, le tableau (3-VII-5) nous indique que pour administrer le budget, la ressource principale est l'époux(se) à 51%. Dans ce cas, l'ensemble des sources d'aide provient à 79% du secteur informel. Pour les travaux lourds deux sources d'aide ressortent : l'époux et une personne rémunérée. Les deux sont à un peu plus de 20%. Mais pour cette activité, les personnes âgées utilisent le secteur informel à 67%. Pour les travaux légers et les repas, la ressource principale est l'époux(se) avec la fille ou une personne rémunérée, le tout à 82% informel. Dans le cas des petites courses, de l'épicerie et du transport urbain, trois ressources principales sont utilisées, l'époux(se) – la fille – le fils et l'ensemble à environ 80% informel. Pour les activités domestiques, on constate que les personnes âgées font particulièrement appel aux sources d'aide informelles et elles ont une grande diversité de sources d'aide à leur disposition.

Lorsque nous examinons les aides reçues pour les activités quotidiennes réalisées, nous constatons que les sources d'aide principales sont composées principalement des époux(se) et des filles. Pour l'activité de se couper les ongles d'orteils, les personnes rémunérées et l'aide à domicile viennent appuyer ces ressources principales. Dans ce cas, la répartition est presque égale entre l'utilisation de ressources formelles (52%) et informelle (48%). Il est bon de rappeler que ce soutien est parmi les premiers qui apparaissent dans cet ensemble d'activité quotidienne et pour laquelle les personnes âgées requièrent de l'aide. Ce résultat est en accord avec des études finlandaise, canadienne et anglaise (Gottschalk, 2004 ; Havens B., 2002 ; Natl. Stat. UK, 2001) qui soulignent cette activité comme un des principaux prédictors d'incapacité.

Tableau (3-VII-5) : **HM** – Répartition, en pourcentage, de l'ensemble des sources d'aide selon les activités réalisées

Répartition des sources d'aides impliquées																			
	Mobilité	B-D	F-T	Hab	SCO	Manger	S-du-L	L-une-Ch	A-T	Télé	T-U	Épic	P-C	Repas	TLq	TLd	Adm-B		
In formelles	Époux	28%	39%	33%	37%	23%	54%	30%	33%	38%	43%	16%	33%	33%	41%	48%	23%	51%	
	Fille	33%	14%	19%	24%	12%	25%	50%	33%	31%	22%	18%	17%	16%	12%	15%	14%	11%	
	Fils		1%	3%	3%	5%					2%	15%	12%	10%	5%	6%	14%	6%	
	Belle fille		1%	6%		1%					2%	1%	1%	2%	1%	2%	1%		
	Beau fils											1%	1%					1%	
	♀ de la F	11%	3%		5%	2%	9%		13%		2%	8%	7%	5%	9%	5%	5%	2%	
	♂ de la F				5%	1%						5%	2%	3%	1%	2%	4%	4%	
	Amie		4%			2%					2%	6%	3%	4%	6%	3%	2%	3%	
	Ami	11%	2%	6%	5%	1%	4%		13%	13%		3%	3%	3%	1%	1%	1%	1%	
	Voisin					1%						2%	4%	7%	6%	3%	2%	1%	
	Formelles	P.R.		1%	3%	3%	17%					21%	8%	6%	9%	11%	7%	21%	14%
Inf.						2%	4%	10%		6%	2%								
T.Soc.			1%																
A.Dom.		6%	30%	30%	16%	18%		10%	8%			4%	4%	2%	3%	6%	5%	1%	
Bénév.			2%			1%	4%					3%	1%		1%		1%		
Autres		11%	2%		2%	13%				12%		4%	10%	6%	6%	3%	2%	6%	6%
Personne						1%													
Moi-même																			
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		

Pour des activités de soutien plus personnelles, le nombre de sources d'aide principales diminue. Ainsi pour le bain-douche, trois ressources sont principalement utilisées (époux(se) – fille – aide à domicile) avec une utilisation de l'aspect informel à 64%. Finalement, pour des activités de mobilité doublées d'activité mixtes, deux sources d'aide principales subsistent (époux(se) – fille) et à 83% informel.

En conclusion, il est intéressant de remarquer qu'il y a peu de différence entre le tableau pour l'ensemble des ressources et celui pour la 1<sup>ère</sup> ressource. Cette observation est en accord avec l'analyse des fréquences présentée précédemment. Par ailleurs, dans Hochelaga-Maisonneuve, les deuxièmes et troisièmes ressources sont principalement le fils suivi de la fille et d'une personne rémunérée. De plus nous voyons certaines tendances dans l'utilisation des ressources formelles ou informelles. Ces indications devraient se retrouver dans notre analyse de recherche d'une typologie.

Dans cet échantillon de personnes âgées vivant en ménage privé à Hochelaga-Maisonneuve, les individus font surtout appel aux sources d'aide informelles à 74,4%. Les ressources utilisées se partagent principalement entre : l'époux(se) (31,6%), les filles (15,2%), les fils (9,7%), des personnes rémunérées (11,6%) et l'aide à domicile (6,2%). D'autre part, les activités de vie domestique font appel au plus grand nombre de sources d'aide (83,3%). Parmi elles, ce sont les travaux lourds qui en requièrent le plus (24,9%) suivis de l'épicerie (13,7%), du transport urbain (10,6%). Du côté des activités de vie quotidienne, se couper les ongles d'orteils nécessite le plus de ressources (8,8%). C'est aussi celle qui implique une majorité de sources d'aide formelle.

## ***2- Moncton***

L'échantillon est sensiblement le même en terme de nombre de personnes âgées participantes que celui d'Hochelaga-Maisonneuve, mais la distribution de l'aide utilisée est relativement différente. La répartition des profils de sources d'aide présentes selon les activités réalisées est aussi différente. La figure (3-VII-11) ci-dessous le suggère bien lorsqu'elle est comparée à la figure (3-VII-10), même si elle se comporte généralement de la même manière.

Tout comme Hochelaga-Maisonneuve, cette figure (3-VII-11) nous indique que la diversité des profils de sources d'aide (en ordonnée) augmente à partir de l'activité d'administrer le budget dont la combinaison des ressources est minimale jusqu'à celle de se couper les ongles d'orteils qui fait appel au plus grand nombre de profils de sources d'aide. La diversité des profils de sources d'aide diminue par la suite lorsque des activités d'ordre intime et de mobilité sont réalisées. Cette augmentation n'est pas linéaire et n'implique

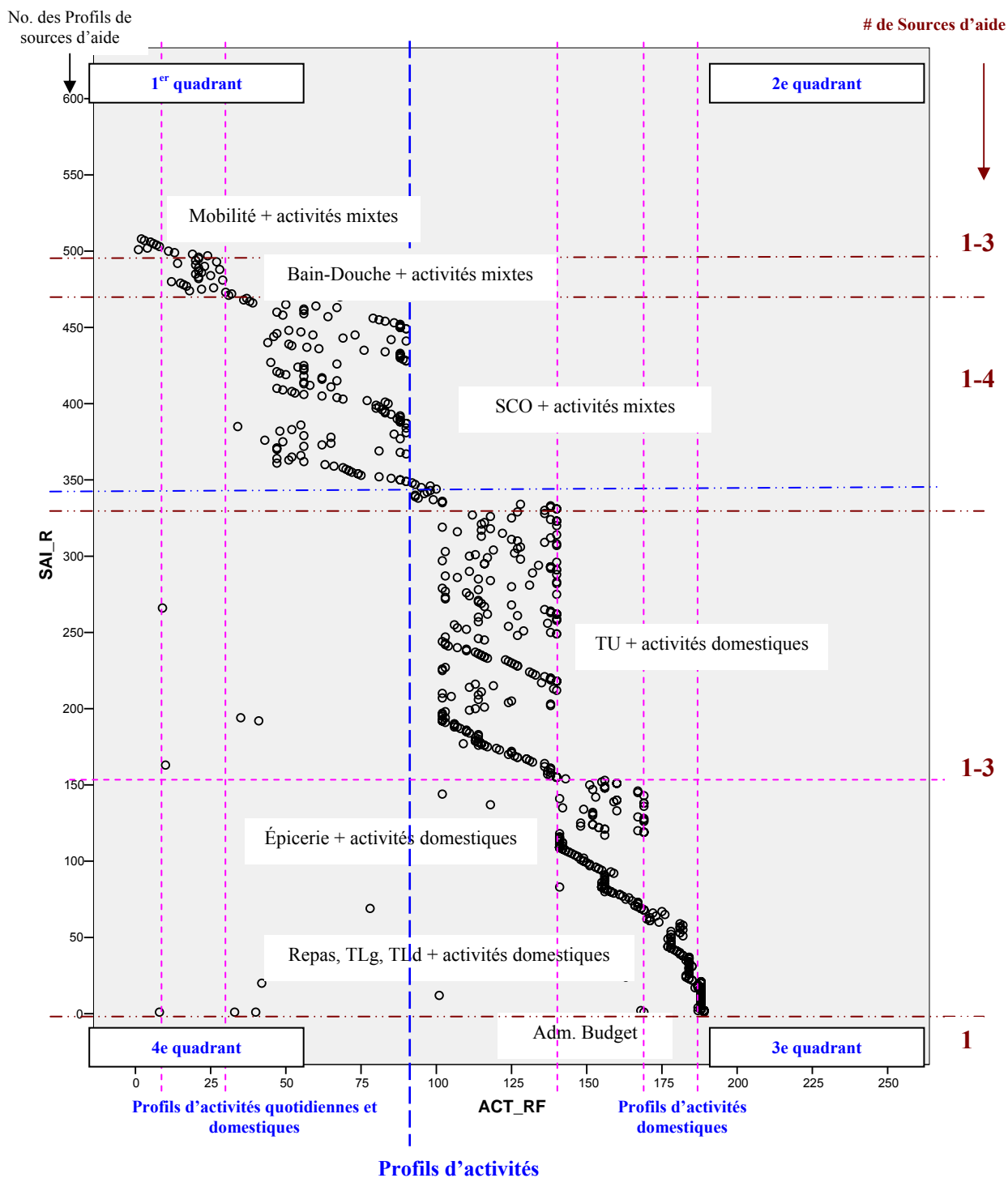
pas le même nombre ni la même sorte d'aidants selon la tâche accomplie. Le deuxième axe vertical l'indique.

En examinant cette distribution, nous pouvons également la diviser au moins en deux secteurs distincts selon l'abscisse. Un premier qui indique le recours à l'aide pour réaliser uniquement des activités domestiques. Dans ce secteur, l'épicerie et le transport urbain sont les deux activités qui font appel au plus grand nombre de profils de sources d'aide. Un deuxième secteur rassemble les activités mixtes à la fois domestiques et quotidiennes. Dans ce secteur, les activités de se couper les ongles d'orteils et de prendre son bain-douche sont celles qui utilisent le plus de profils de sources d'aide. Finalement, les activités liées à la mobilité requièrent un minimum de profils de ressources.

L'examen des deux répartitions [Hochelaga-Maisonneuve et de Moncton], qui sont à la même échelle, nous indique que la diversité des profils de sources d'aide et d'activités réalisées est différente à Moncton. Ainsi, les activités reliées à la mobilité et au « bain-douche » semblent requérir moins de profils de sources d'aide (dans Moncton) de même que pour se couper les ongles d'orteils (l'étendue de ces aspects est moins importante). Par ailleurs, la problématique du transport urbain fait appel à plus de combinaison d'aide alors que pour l'épicerie, il semble que ce soit le contraire.

Dans Moncton, les profils de sources d'aide sont aussi composés de ressources principales plus d'autres ressources d'appoint. Les tableaux (3-VII-6 a et b) et (3-VII-7) nous donnent la répartition pour toutes les ressources et pour les 1<sup>ères</sup> ressources utilisées selon l'activité en cause. Ces tableaux font encore ressortir le peu d'éléments présents au sein de plusieurs cellules et le nombre de cellules vides.

Figure (3-VII-11) : MCT- Répartition des profils de sources d'aide (et du nombre de sources d'aide principales) en fonction des activités réalisées.



Note : activités mixtes : activités domestiques et quotidiennes combinées

Pour cet échantillon, tout comme le précédent, nous allons donc être obligés de tenir compte de cet aspect lors de nos analyses typologiques. Par ailleurs nous constatons qu'il y a moins de différence entre le tableau (3-VII-6a) pour toutes les ressources et le tableau (3-VII-6b) pour la ressource principale que dans le cas d'Hochelaga-Maisonneuve. Ceci indique que les personnes âgées de Moncton font moins appel aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> sources d'aide, comme nous l'avons déjà constaté. La différence de personnes âgées faisant appel à plusieurs ressources ou à une ressource principale est indiquée dans la dernière colonne du tableau (3-VII-6a) selon la source d'aide considérée. Par ailleurs, les belles filles sont plus présentes comme ressources d'appoint dans Moncton que dans Hochelaga-Maisonneuve.

Le tableau (3-VII-7) nous donne le pourcentage de personnes âgées faisant appel aux ressources formelles ou informelles selon les tâches réalisées. Ainsi, pour administrer le budget, la ressource principale est l'époux(se) à 76%. Dans ce cas, les sources d'aide proviennent en général à 98% du secteur informel. Ces résultats sont plus élevés que dans le cas d'Hochelaga-Maisonneuve. Pour les travaux lourds, deux sources d'aide se démarquent : l'époux et une personne rémunérée, respectivement à 33% et à 28%, mais à 63% informel globalement. Pour les travaux légers, contrairement à Hochelaga-Maisonneuve, c'est l'époux(se) et une personne rémunérée qui prédominent (63% et 15%) au lieu de l'époux et la fille dans HM. Pour cette tâche, les personnes âgées de Moncton font appel à 80% d'informel. Dans le cas des repas, la ressource principale est l'époux(se) avec la fille, à 88% informel. Pour les petites courses, l'épicerie et le transport urbain, trois ressources principales sont utilisées, l'époux(se) – la fille – le fils et à environ 94% informel.

## Tableaux (3-VII-6 a et b) : MCT - Nombre de personnes âgées suivant la source d'aide et l'activité réalisée.

### MONCTON

#### # de P.A. par Source d'aide et par activité

	Total AVQ										Total AV										Total	
	Aucune Source d'aide pour les AVQ										Les Filles, les Fils et les Belles Filles contribuent + comme 2e et 3e S.A.											
Pour toutes les Sources d'aide	Mobilité	Bain-Dot.F. sa ToiS'Habiller	SCO	Manger iortir du L	Lever un A. à la Toilette	Téléphoni	T.Urb.	Epicerie <sup>1</sup>	Course	Repas T. Légers	T. Lourds	m. Budget								Dif. Toutes - 1e		
Époux-01	2	10	4	13	27	2	4	2	2	2	66	10	131	300	182	257	254	241	213	1588	1654	11
Filles-02	5	11	2	3	23			1	3	48	9	115	94	72	34	41	97	35	497	545	43	
Fils-03				1						1	1	48	36	34	5	3	39	12	178	179	52	
Belle-Fille-04	2	2	2	2	1		2	2	2	15	3	11	12	9	9	10	16	2	72	87	37	
Beau-Fils-05				2								9	4	4		2	5		24	24	3	
♀ - 06		1	1		1							19	15	10	10	6	20	8	88	91	5	
♂ - 07				2								21	8	9	2	1	11	1	53	55	7	
Amie-08				3							1	10	6	5	3	3	6	3	37	40	3	
Ami-09												9	6	3	3		5		26	26	2	
Voisin-10											1	6	4	6			4	1	22	22	5	
Total Informel	9	24	9	18	60	2	6	5	7	140	25	379	485	334	323	320	444	275	2585	2725		
Personne Rémunérée-1	2	6	2	2	48		2	2	2	66	3	12	14	6	15	62	198	2	312	378	25	
Infirmier-12				18						18									0	18	0	
Travailleur Social-13										0									0	0	0	
Aide à Domicile-14		7	1		15	1				24		3	4	4	6	10	46	1	74	98	4	
Bénévoles-15										0		1	2	1	8	1	1		14	14	0	
Autres-16	2	2	2	2	22		2		2	34	2	14	17	5	20	13	23	4	98	132	4	
Aucune Personne-17										0									0	0	0	
Moi-Même-18										0			2	1		1		1	5	5	5	
Total Formel	4	15	5	4	103	1	4	2	4	142	5	30	39	17	49	87	268	8	503	645		
Total	13	39	14	22	163	3	10	7	11	282	30	409	524	351	372	407	712	283	3088	3370		
Dif. # interventions	2	2	2	2	3	0	2	2	3	18	4	61	29	30	6	17	39	4	190	208		

#### Pour la 1e Source d'aide

	Total AVQ										Total AV										Total
	Aucune Source d'aide pour les AVQ										Les Filles, les Fils et les Belles Filles contribuent + comme 2e et 3e S.A.										
Pour la 1e Source d'aide	Mobilité	Bain-Dot.F. sa ToiS'Habiller	SCO	Manger iortir du L	Lever un A. à la Toilette	Téléphoni	T.Urb.	Epicerie <sup>1</sup>	Course	Repas T. Légers	T. Lourds	m. Budget								Dif. Toutes - 1e	
Époux-01	2	10	4	13	27	2	4	2	2	66	10	130	298	180	256	252	238	213	1577	1643	
Filles-02	5	11	2	3	23			1	2	47	9	96	85	64	33	40	94	34	455	502	
Fils-03				1						1	1	33	27	21	3	2	28	11	126	127	
Belle-Fille-04				1						1		7	9	6	7	7	12	1	49	50	
Beau-Fils-05				2						2		7	4	4		2	2		19	21	
♀ - 06		1	1							2		16	14	10	10	6	20	8	84	86	
♂ - 07				2						2		17	7	7	2	1	11	1	46	48	
Amie-08				3						3	1	7	6	5	3	3	6	3	34	37	
Ami-09										0		7	6	3	3		5		24	24	
Voisin-10										0	1	3	3	5			4	1	17	17	
Total Informel	7	22	7	16	59	2	4	3	4	124	22	323	459	305	317	313	420	272	2431	2555	
Personne Rémunérée-1	2	6	2	2	47		2	2	2	65	2	10	13	6	15	54	186	2	288	353	
Infirmier-12				18						18									0	18	
Travailleur Social-13										0									0	0	
Aide à Domicile-14		7	1		15	1				24		1	4	4	6	9	45	1	70	94	
Bénévoles-15										0		1	2	1	8	1	1		14	14	
Autres-16	2	2	2	2	21		2		2	33	2	13	17	5	20	13	21	4	95	128	
Aucune Personne-17										0									0	0	
Moi-Même-18										0									0	0	
Total Formel	4	15	5	4	101	1	4	2	4	140	4	25	36	16	49	77	253	7	467	607	
Total	11	37	12	20	160	3	8	5	8	264	26	348	495	321	366	390	673	279	2898	3162	



On constate que les personnes âgées font grandement appel aux sources d'aide informelles (plus que dans Hochelaga-Maisonneuve) pour les activités d'ordre domestiques. Lorsque nous abordons le secteur des activités quotidiennes comme activité principale, la diversité des sources d'aide devient composée principalement des époux(se), des filles, des personnes rémunérées et des infirmières spécialement pour se couper les ongles d'orteils. Dans ce cas, la répartition penche plus vers l'utilisation de ressources formelles (62%). Cette activité est aussi parmi les premières qui apparaissent dans cet échantillon.

Tableaux (3-VII-7) : **MCT** – Répartition, en pourcentage, des sources d'aide selon les activités réalisées

Répartition des sources d'aides impliquées																		
	Mobilité	B-D	F-T	Hab	SCO	Manger	S-du-L	L-une-Ch	A-T	Télé	T-U	Épic	P-C	Repas	TLg	TLd	Adm-B	
Informelles	Époux	16%	26%	28%	59%	17%	67%	40%	29%	18%	33%	32%	57%	51%	70%	63%	33%	76%
	File	38%	28%	15%	14%	13%		14%	28%	30%	28%	18%	21%	9%	10%	14%	13%	
	Fils					1%				3%	12%	7%	10%	1%	1%	5%	4%	
	Belle fille	15%	5%	14%	9%	1%		20%	28%	10%	3%	2%	3%	2%	2%	2%	1%	
	Beau fils					1%					2%	1%	1%		1%	1%		
	♀ de la F		3%	7%		1%					5%	3%	3%	3%	2%	3%	3%	
	♂ de la F					2%					5%	1%	3%	1%		2%		
	Amie					2%				3%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
	Ami										2%	1%	1%	1%			1%	
	Voisin									3%	1%	1%	2%				1%	
Formelles	P.R.	16%	15%	15%	9%	29%		20%	29%	18%	10%	3%	3%	2%	4%	15%	28%	1%
	Inf.					11%												
	T.Soc.																	
	A.Dom.		18%	7%		9%	33%					1%	1%	1%	2%	6%		
	Bénév.																	
	Autres	15%	5%	14%	9%	13%		20%		18%	8%	4%	3%	1%	5%	3%	3%	1%
	Personne Moi-même																	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Pour des activités plus personnelles, le nombre de sources d'aide principales diminue. Ainsi pour le bain-douche, trois ressources sont principalement utilisées (époux(se) – fille – aide à domicile ou personne rémunérée). Dans ce cas, les individus utilisent le secteur informel à 62%. Finalement, pour des activités reliées à la mobilité une source d'aide

principale subsiste, l'époux(se) soutenu soit par la fille, la belle-fille ou une personne rémunérée et à 79% informel.

En conclusion, l'analyse des fréquences nous indique qu'au sein de cet échantillon 39,8% des personnes âgées, vivant en ménage privé dans Moncton, ne font pas appel à des sources d'aide pour réaliser les activités de vie domestique ou quotidienne (semblable à Hochelaga-Maisonneuve). Par ailleurs, 59,7% d'entre elles se disent capables de réaliser ces activités.

Parmi les personnes âgées qui reconnaissent la présence d'aide, 80,9% des ressources utilisées sont d'origine informelle. Ce résultat est plus élevé que celui d'Hochelaga-Maisonneuve (74,4%). Les sources d'aide se partagent principalement entre : l'époux(se) (49,1%), les filles (16,2%), les fils (5,3%), les belles filles (2,6%), les personnes rémunérées (11,2%) et l'aide à domicile (2,8%).

Il existe encore une légère différence entre l'ensemble des ressources et celui de la 1<sup>ère</sup> ressource principale tout comme dans le cas d'Hochelaga-Maisonneuve. Cependant, dans Moncton, la deuxième et troisième ressource est le fils suivi de la fille, de la belle-fille et d'une personne rémunérée. Le fils est encore la ressource d'appoint principale mais la belle-fille est beaucoup plus présente comme source d'aide secondaire ou tertiaire dans Moncton.

La plupart des sources d'aide sont utilisées pour les activités de vie domestique, à un niveau de 91,6%. Alors que pour Hochelaga-Maisonneuve ce n'était que de 83,3%. Parmi ces activités domestiques, ce sont les travaux lourds qui en requièrent le plus (21,1%), suivis de l'épicerie (15,5%), du transport urbain et des travaux légers à (12,1%). Du côté des activités de vie quotidienne, se couper les ongles d'orteils nécessite le plus de

ressources (4,8%). C'est aussi la seule qui fait appel à une majorité de sources d'aide formelle.

Nous allons déterminer si les différences nous conduisent à traiter nos deux échantillons de manière séparée ou bien si nous devons les rassembler en un seul échantillon de personnes âgées francophones. De même, le peu d'éléments dans certaines cellules de notre tableau de contingence [sources d'aide et aide reçue] va nous amener à en maximiser le nombre en faisant des regroupements parmi les sources d'aide.

L'ensemble des résultats obtenus à cette étape ci, nous indique qu'il existe suffisamment d'éléments spécifiques dans chaque échantillon pour nous amener à les traiter séparément et non pas comme une seule population francophone dont les individus proviendraient indifféremment de MCT et d'HM. De plus, nous rappelons que nous avons choisi d'utiliser la présence d'aide comme variable de classification afin de sélectionner les personnes âgées recevant de l'aide. Les résultats obtenus à ce stade ci semblent conforter notre choix.

### **Résultats typologiques**

Le choix du type de variables est prédominant pour l'établissement d'une typologie et doit tenir compte de la réalité que nous voulons mettre en évidence. C'est pourquoi nous avons établi les profils des sources d'aide utilisées et des aides reçues selon la combinaison des activités spécifiques à chaque personne âgée. Une fois ces profils définis, il est possible de procéder à l'analyse des correspondances en établissant le tableau de contingence avec nos deux critères de distinction [1- tâches effectuées par les sources d'aide et 2- sources d'aide utilisée]. Le tableau de contingence indique le nombre

d'individus (l'intersection d'une ligne et d'une colonne) de la population ayant à la fois la caractéristique de la ligne et de la colonne.

Le problème de la représentation spatiale de l'ensemble des profils se pose parce que nous rencontrons peu de profils exactement similaires à un autre dans l'ensemble des populations d'Hochelaga Maisonneuve ou de Moncton. Ce problème de représentation spatiale est important pour nos deux échantillons et ne nous permet pas, à priori, d'établir clairement une typologie qui soit bien distincte. Cependant, en distinguant la provenance formelle ou informelle des sources d'aide, nous espérons favoriser l'établissement d'une typologie afin qu'elle puisse être plus facilement interprétable.

Dans la population d'Hochelaga Maisonneuve (HM) nous avons obtenu 211 profils différents de tâches réalisées (aides reçues) selon l'ensemble des activités propre à chaque personne âgée et 189 pour Moncton (MCT). Pour les profils des sources d'aide utilisées, nous avons 554 combinaisons pour HM et 508 pour MCT. Ces nombres de profils sont trop grands pour pouvoir espérer obtenir une association claire entre les sources d'aide utilisées et les tâches réalisées. Nous avons donc dû procéder à des regroupements avant d'aborder l'analyse des correspondances afin d'augmenter la convergence des profils.

La logique de pensée des regroupements est la suivante :

➤ Regroupement pour les profils des tâches réalisées

Dans le cas des tâches réalisées, nous avons regroupé les profils en trois classes selon la multiplicité et le type d'activité : 1- lorsque l'activité est unique ou 2- associée à d'autres activités domestiques ou 3- avec des activités combinées quotidiennes et domestiques. Cette démarche nous permet de réduire le nombre de combinaisons possibles de ces

profils. Pour HM nous avons obtenu 30 profils différents de tâches et 28 pour MCT. Nous avons donc un ensemble de profils qui se prête beaucoup mieux à l'analyse des correspondances avec une meilleure convergence. Nous obtenons sensiblement le même nombre de profils pour les deux échantillons.

➤ 1<sup>er</sup> regroupement pour les profils des sources d'aide

Dans le cas des sources d'aide utilisées, nous avons dans un premier temps regroupé les profils selon le type de ressource principale rencontrée dans les profils originaux. Ainsi, nous avons obtenu des profils à ressource unique, à deux ressources [exemples : [Époux + Fille ; Fille + Belle-Fille ; Aide à domicile + Personne rémunérée ; ... ], à trois ressources, jusqu'à concurrence de six ressources différentes. Cette approche non seulement nous permettait de réduire le nombre total de profils mais nous permettait d'examiner les types de combinaisons présentes. Dans le cas d'HM nous avons obtenu 187 combinaisons différentes de sources d'aide utilisées et 145 pour MCT.

Bien que ce premier regroupement ait largement amélioré la convergence des profils pour effectuer l'analyse des correspondances, la représentation typologique qui en résultait ne permettait pas encore de mettre clairement en évidence une typologie des tâches réalisées en fonction des sources d'aide utilisées. Le nombre de combinaisons des profils des sources d'aide est encore trop grand. Nous avons donc procédé à un deuxième regroupement.

➤ 2<sup>ième</sup> regroupement pour les profils de sources d'aide

Pour atteindre notre objectif, nous avons poursuivi le regroupement des sources d'aide pour améliorer la convergence de ces profils. Pour ce faire, nous avons regroupé les profils, obtenus dans le premier regroupement, en quatre classes mais toujours à partir de

la ressource principale. 1- La ressource principale était seule (informelle ou formelle),  
Ou : 2- avec d'autres ressources informelles, 3- avec d'autre ressources formelles 4- avec  
un ensemble de ressources mixtes (informelles + formelles). Par l'entremise de cette  
démarche, nous avons obtenu 42 combinaisons différentes de profils des sources d'aide  
utilisées dans HM et 41 pour MCT.

Ce dernier regroupement des sources d'aide utilisées, associé à celui des activités  
réalisées nous a permis d'obtenir suffisamment de personnes âgées dans chacune des  
cellules, du tableau de contingence, pour voir comment les personnes âgées sont réparties  
en fonction des catégories. La convergence des profils s'est améliorée et nous a permis  
d'obtenir une typologie des tâches réalisées en fonction des sources d'aide utilisées.

➤ 3<sup>ième</sup> regroupement pour les profils de sources d'aide

Mais ce dernier regroupement n'est pas suffisant pour avoir un portrait typologique  
satisfaisant. Nous avons donc regroupé les sources d'aide selon qu'elles proviennent du  
secteur informel, formel ou mixte et quelles soient uniques ou multiples. Ce dernier  
regroupement nous a permis de mieux faire ressortir le type de sources d'aide en fonction  
des tâches effectuées.

En résumé, plutôt que de regrouper les sources d'aide en fonction de la ressource  
principale (époux, fille, personne rémunérée,...) plus les ressources secondaires  
(formelles, informelles, ...), nous avons reclassé l'ensemble des sources d'aide  
indifféremment selon qu'elles soient : toutes informelles ou formelles uniques, une  
combinaison multiple informelle ou formelle ou mixte.

À partir de ce dernier regroupement, nous avons pu construire un tableau de contingence à partir de critères de distinction suffisamment restreints pour avoir une convergence suffisante.

### ***Typologies obtenues***

Pour obtenir les typologies, exposées plus loin, et pour faciliter l'interprétation des représentations graphiques obtenues des différentes analyses de correspondance, nous avons codifié les deux critères de distinction [aide reçue et sources d'aide utilisées] selon les regroupements décrits précédemment. Avec la description des codes, tels que définis dans l'annexe 2, nous pouvons analyser les résultats et identifier les agglomérats de tâches effectuées (aide reçue) associées à des sources d'aide spécifiques.

Il s'agit donc à partir des répartitions obtenues par l'analyse des correspondances de faire ressortir une ou des catégories particulières qui vont nous permettre de discerner certaines caractéristiques spécifiques aux réseaux d'aide. Les représentations obtenues indiqueront la répartition des aides reçues et des sources d'aide utilisées par les personnes âgées dans les deux échantillons étudiés.

Au préalable, afin de confirmer si nous continuons à traiter les deux échantillons séparément, nous avons effectué un test de  $\chi^2$  sur les différents regroupements des sources d'aide. Ce test nous permet de voir s'il existe une différence significative entre les deux échantillons.

Les tableaux (3-VII-8 et 3-VII-9) résument ce test. Nous pouvons observer qu'avec le troisième regroupement (sur les sources d'aide), il y a une différence significative dans les résultats obtenus en fonction du lieu de l'échantillon. Ce résultat nous conduit à analyser les deux échantillons séparément.

Tableau (3-VII-8) : Nombre de personnes âgées pour les cinq regroupements de sources d'aide en fonction du lieu de l'échantillon (Hochelaga-Maisonneuve ou Moncton).

Regroupement (3 <sup>e</sup> ) des Sources d'aide		lieu		Total
		HM	MCT	
Informelles uniques 1	Effectif	329	419	748
	% dans lieu	38,9%	46,8%	43,0%
Formelles uniques 2	Effectif	118	121	239
	% dans lieu	14,0%	13,5%	13,7%
Informelles multiples 11	Effectif	106	107	213
	% dans lieu	12,6%	11,9%	12,2%
Formelles multiples 22	Effectif	38	28	66
	% dans lieu	4,5%	3,1%	3,8%
Mixtes 33	Effectif	253	221	474
	% dans lieu	30,0%	24,7%	27,3%
Total	Effectif	844	896	1740
	% dans lieu	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau (3-VII-9) : Test du Khi2 ( $\chi^2$ ) pour ce même regroupement des sources d'aide en fonction du lieu (Hochelaga-Maisonneuve ou Moncton).

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	19,696(a)	5	,001
Rapport de vraisemblance	19,827	5	,001
Nombre d'observations valides	1740		

(a) Note : 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 27,47.

La force relative du  $\chi^2$  est exprimée par le coefficient de contingence soit :

$$C = [ \chi^2 / (\chi^2 + N_{\text{tot}}) ]^{1/2}$$

Dans ce cas ci :  $\chi^2 = 19,696$   $s \leq 0,001$  avec un degré de liberté de 5 et  $C = 0,106$



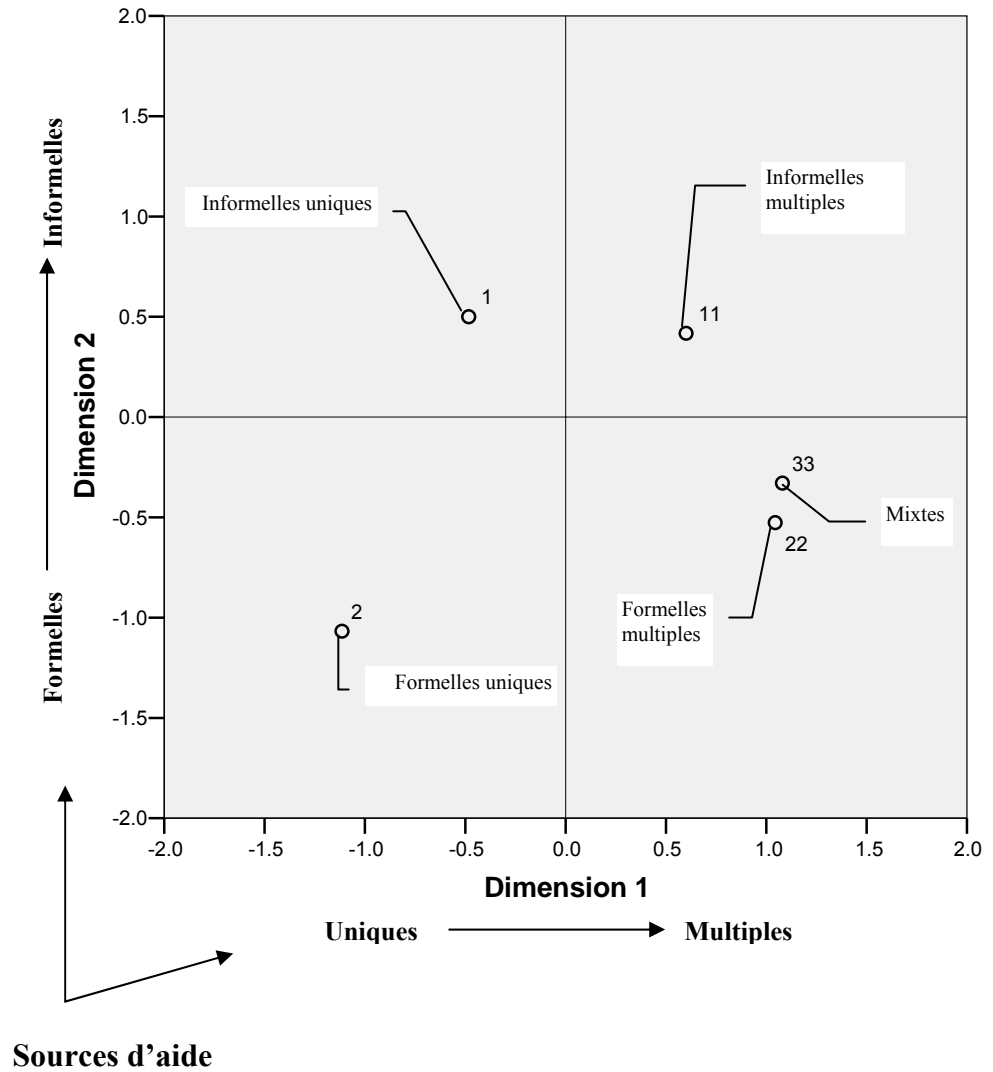
### **1- Hochelaga Maisonneuve**

Les répartitions typologiques sont obtenues à partir du sous échantillon de personnes âgées déclarant la présence d'aide (879 personnes âgées ou 58,4% de l'échantillon HM). Pour commencer, nous allons donner séparément la répartition des sources d'aide utilisées (rangées) et celle de l'aide reçue (colonnes) du tableau de contingence avant de donner le résultat global.

Afin de fixer les idées sur la distribution des sources d'aide selon leur type (informel, formel) et leur unicité ou leur multiplicité, nous présentons en premier le résultat de l'analyse des correspondances effectuée avec le 3<sup>e</sup> regroupement, décrit dans le tableau (A-3) en annexe. La représentation (figure : 3-VII-12) obtenue est instructive puisqu'elle sépare selon la dimension « 1 » : les sources d'aide uniques des sources d'aide multiples et selon la dimension « 2 » : leur provenance informelle ou formelle. Nous obtenons des quadrants bien identifiés en termes de regroupement de type de sources d'aide. Cette représentation graphique de l'analyse des correspondances est la forme typique obtenue à partir de données qui se séparent naturellement par oui ou non (formel/informel; unique/multiple).

Cette représentation est interprétable en termes de distance entre les points puisqu'il s'agit de la distribution des points « rangées » (sources d'aide) dans notre correspondance entre les sources d'aide et les aides reçues. Nous rappelons qu'une proximité entre deux points lignes traduit une similitude des profils. Dans cette représentation, les points sont très distincts et la discrimination importante, en accord avec la valeur de l'inertie (0,620) obtenue par cette distribution.

Figure (3-VII-12) : **HM** - Distribution des regroupements des sources d'aide, selon qu'elles soient uniques ou multiples ou qu'elles proviennent des secteurs formels, informels ou mixtes.



Le tableau (3-VII-10) indique les contributions des différents points rangées selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs. Le poids est une mesure relative de l'importance de chacun des points. Dans ce cas ci, les sources d'aide informelles uniques et mixtes sont les deux plus importants. Par ailleurs, l'inertie explique le pourcentage de variance de cette distribution. Ainsi, dans le cas d'Hochelaga-Maisonneuve, les sources d'aide informelles uniques, formelles uniques et mixtes contribuent le plus à l'explication de la variance totale (62%) dans les deux premières dimensions. La contribution des points à l'inertie des deux premières dimensions indique le pourcentage de variance d'une dimension expliquée par le point. Par exemple, le point représentant les sources d'aide informelles uniques contribue à 20,7% et 24,3% à la variance des dimensions 1 et 2 respectivement.

Tableau 3-VII-10 : **HM** - Contribution des points représentés dans la figure (3-VII-12) selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs.

Regroupement des Sources d'aide	Poids	Inertie	Contributions				
			Des Points à l'Inertie des Dimensions 1 et 2		Des Dimensions à l'Inertie des Points		
			1	2	1	2	Total
Informelles uniques (1)	,452	,123	,207	,243	,743	,215	<b>,958</b>
Formelles uniques (2)	,123	,169	,229	,585	,601	,378	<b>,979</b>
Informelles multiples (11)	,123	,071	,058	,080	,360	,123	<b>,483</b>
Formelles multiples (22)	,033	,045	,051	,026	,500	,064	<b>,564</b>
Mixtes (33)	,269	,212	,455	,066	,948	,034	<b>,982</b>
<b>Total</b>	<b>1,000</b>	<b>,620</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>			

Normalisation symétrique

La contribution des dimensions à l'inertie des points est une indication de la qualité de la représentation. Plus cette contribution est près de 100%, plus la description d'un point peut être expliquée dans ces deux dimensions.

Dans la figure (3-VII-12) les points relativement proches sont ceux correspondants aux sources d'aide « Formelles multiples » et « Mixtes ». Ceci est compréhensible parce que l'aspect formel est prédominant dans les profils de sources d'aide mixtes associées à des tâches complexes (quotidiennes et domestiques).

Il s'agit maintenant de voir si la représentation spatiale, des aides reçues, concorde avec la distribution des ressources telle que présentée. Nous allons donc examiner la distribution des aides reçues qui sont représentées par les points colonnes dans notre analyse des correspondances.

Avant de vérifier s'il y a concordance entre les deux représentations (points lignes et points colonnes) nous présentons, à la même échelle que la figure (3-VII-12), la distribution des aides reçues (figure : 3-VII-13) obtenue à partir du tableau de contingence. Ce dernier fut réalisé avec le regroupement des tâches en fonction de la combinaison des activités quotidiennes ou domestiques réalisées (tableau : A-1 en annexe). La représentation obtenue est également typique d'une analyse de correspondance sous la forme d'un nuage avec les contours d'un croissant parabolique (Benzécri, 1997 ; Greenacre, 1984). Le profil moyen combinant les différentes sources d'aide se trouve au croisement des deux axes (comme dans toutes les représentations graphiques d'une analyse par correspondance et communément appelé centroïde).

Le tableau (3-VII-11) indique les contributions des différents points colonnes selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs, tout comme le tableau (3-VII-10).

Tableau 3-VII-11 : **HM** - Contribution des points colonnes représentés dans la figure (3-VII-13) selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs.

Regroupement des Aides Reçues <sup>a</sup>	Poids	Inertie	Contributions				Total
			Des Points à l'Inertie des Dimensions 1 et 2		Des Dimensions à l'Inertie des Points		
			1	2	1	2	
Bain-Douche : 2	,001	,001	,001	,006	,379	,444	<b>,822</b>
S'Habiller : 4	,001	,001	,001	,004	,379	,444	<b>,822</b>
SCO : 5	,033	,058	,080	,198	,612	,372	<b>,985</b>
Transport Urbain : 11	,006	,003	,004	,002	,746	,064	<b>,810</b>
Épicerie : 12	,011	,005	,005	,023	,405	,469	<b>,873</b>
Repas : 14	,007	,009	,008	,036	,379	,444	<b>,822</b>
Travaux Légers : 15	,005	,004	,009	,003	,924	,070	<b>,994</b>
<b>Travaux Lourds : 16</b>	<b>,250</b>	<b>,173</b>	,371	,076	,949	,048	<b>,997</b>
Admi. Budget : 17	,016	,015	,019	,043	,538	,307	<b>,844</b>
Mobilité + : 18	,001	,003	,005	,003	,622	,090	<b>,712</b>
Mobilité ++ : 19	,018	,017	,030	,000	,783	,001	<b>,784</b>
Bain-Douche + : 28	,010	,006	,009	,000	,663	,004	<b>,667</b>
Bain-Douche ++ : 29	,078	,019	,029	,006	,666	,037	<b>,702</b>
Faire sa Toilette + : 38	,004	,003	,002	,019	,281	,715	<b>,997</b>
FsaT. ++ : 39	,001	,004	,005	,003	,622	,090	<b>,712</b>
S'Habiller + : 48	,003	,002	,001	,008	,201	,440	<b>,640</b>
S'Habiller ++ : 49	,003	,001	,000	,003	,007	,295	<b>,302</b>
<b>SCO + : 58</b>	<b>,191</b>	<b>,118</b>	,215	,128	,809	,119	<b>,928</b>
SCO ++ : 59	,001	,004	,005	,003	,622	,090	<b>,712</b>
Manger + : 68	,002	,006	,000	,012	,020	,209	<b>,229</b>
Aller à la Toil. + : 98	,001	,004	,005	,003	,622	,090	<b>,712</b>
Téléphone + : 108	,014	,008	,002	,001	,113	,021	<b>,134</b>
<b>Transp. Urb. + : 118</b>	<b>,136</b>	<b>,087</b>	,152	,006	,774	,007	<b>,781</b>
<b>Épicerie + : 128</b>	<b>,122</b>	<b>,018</b>	,000	,144	,000	,871	<b>,871</b>
Ptes Courses + : 138	,002	,002	,002	,008	,379	,444	<b>,822</b>
Repas + : 148	,051	,044	,033	,258	,332	,636	<b>,968</b>
Trav. Lgs. + : 158	,017	,001	,001	,002	,435	,168	<b>,603</b>
Trav. Lrds. + : 168	,015	,004	,005	,000	,629	,009	<b>,637</b>
<b>Total</b>	<b>1,000</b>	<b>,620</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>			

Normalisation symétrique

a) pour la signification des codes d'aide reçue : voir tableau en annexe 2.

+ : tâches complémentaires de type domestique ; ++ : tâches complémentaires de types domestique et quotidienne

Dans ce cas ci, parmi l'ensemble des types d'aides reçues simples ou complexes (associées à d'autres activités domestiques ou quotidiennes), les tâches de couper les ongles d'orteils (5 et 58), d'effectuer les travaux lourds (16), d'aider au transport urbain

(118), d'aider à la mobilité (19) ou au bain-douche (29), de faire l'épicerie (128) et de préparer les repas (148) contribuent le plus à la variance totale (62%) de la distribution représentée par la figure (3-VII-13). L'importance de ces points est en accord avec la figure (3-VII-10) qui indiquait (avec les profils de sources d'aide) la répartition des principaux profils d'activités.

Comme auparavant, la contribution des points à l'inertie des deux premières dimensions indique le pourcentage de variance d'une dimension expliquée par le point. Par exemple, le point représentant les travaux lourds (16) contribue à 37,1% et 7,6% à la variance des dimensions 1 et 2 respectivement. Encore là, la contribution des dimensions (1 et 2) à l'inertie des points est une indication de la qualité de la représentation. Dans ce cas-ci, plus des deux tiers des points ont une contribution des deux dimensions à leur inertie, supérieure à 70%.

Dans cette distribution (figure : 3-VII-13), nous observons que les aides reçues sont réparties progressivement de simples à complexes. À titre d'exemple, le point identifié « 5 » correspond à la tâche unique de « couper les ongles d'orteils », le point « 17 » à l'« administration du budget » et le point « 14 » à « faire les repas ». Ces tâches sont toutes de type simple (unique) non associées à d'autres activités parallèles (complexe) comme le point « 58 » (couper les ongles d'orteils plus d'autres activités domestiques) pour la même personne âgée.

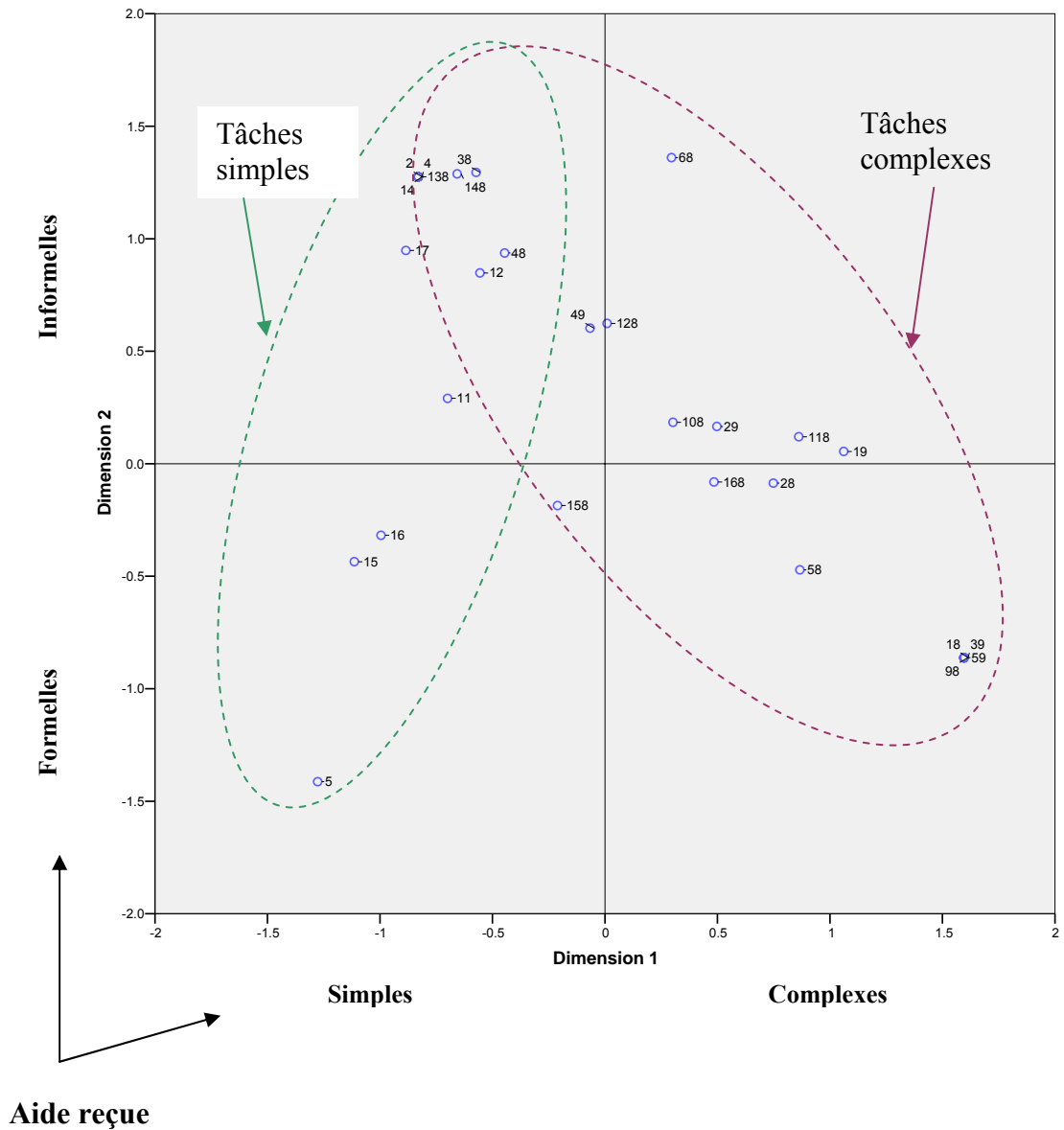
Pour examiner la dimension 2 (formel-informel) nous nous référons aux profils de sources d'aides associées aux combinaisons des aides reçues par chaque personne âgée. À titre d'exemple, pour effectuer l'activité unique de couper les ongles d'orteils « 5 » nous obtenons les contributions suivantes : 37% de sources d'aide informelles et 63%

formelles ; pour administrer uniquement le budget « o 17 » : 72% de ressources du secteur informel et 38% du secteur formel, alors que pour la tâche de préparer les repas « o 14 » fait appel à 100% de ressources informelles. Ces résultats proviennent de l'analyse de nos profils de sources d'aide utilisées pour des tâches simples.

Lorsque les tâches réalisées sont complexes (multiples) leurs position est également en rapport avec l'aspect formel ou informel des sources d'aide utilisées. À titre d'exemple, le point « o 138 » correspond à des tâches reliées principalement aux petites courses plus d'autres activités domestiques complémentaires. L'analyse des profils de sources d'aide nous indique que cette activité est soutenue par le secteur informel à 100%.

Si nous examinons les points situés du côté inférieur droit de la figure (3-VII-13), nous constatons l'apport plus important du secteur formel. Ces points sont caractéristiques d'un ensemble complexe d'activités domestiques et quotidiennes. Ainsi, le point « o 58 », représentant des activités de couper les ongles d'orteils plus d'autres tâches à connotation domestique, utilise 41% de ressources informelles. Entre ces deux extrêmes de tâches complexes les points mitoyens « o 108, 29 et 118 », identifiés respectivement à l'aide apportée pour l'utilisation du téléphone, pour le bain-douche et pour le transport urbain mais tous associés à d'autres activités domestiques et quotidiennes selon le cas, font appels en moyenne à 67% de ressources informelles. Ainsi, en examinant la figure (3-VII-13) et en analysant les sources d'aide utilisées en fonction de la complexité des tâches accomplies, nous constatons l'apport de plus en plus présent du secteur formel.

Figure (3-VII-13): **HM** - Distribution des regroupements des aides reçues (points colonnes) selon la complexité des tâches exécutées et la combinaison de l'aspect formel ou informel des sources d'aide utilisées pour les réaliser.





Pour examiner la répartition des sources d'aide avec celle de l'aide reçue, nous avons procédé à une analyse des correspondances avec une normalisation symétrique. Le résultat obtenu est représenté par la figure (3-VII-14). Le tableau (3-VII-12) nous donne le résumé des statistiques obtenues dans le cas ci selon les différentes dimensions retenues pour l'inertie, et pour le résultat du  $\chi^2$ .

Tableau (3-VII-12) : **HM** – Résumé des statistiques obtenues pour la figure (3-VII-14) selon l'analyse de correspondance des sources d'aide et des aides reçues.

Dimension	Inertie	Chi Carré $\chi^2$	Sig.	Proportion de l'Inertie	
				% par dimension	Cumulative
1	,442			,713	,713
2	,109			,176	<b>,889</b>
3	,056			,090	,980
4	,013			,020	1,000
Total	<b>,620</b>	<b>519,564</b>	<b>,000 (a)</b>	1,000	1,000

(a) 112 degrés de liberté

Ce tableau nous indique par le résultat du Khi2 [519,564] (très significatif  $s \approx ,000$  avec 112 degrés de liberté) que nos deux variables [sources d'aide et aide reçue] sont effectivement corrélées. Par ailleurs, les deux premières dimensions expliquent 88,9% de la variance totale [0,620] de la distribution représentée par la figure (3-VII-14). Cette variance totale indique que la corrélation entre nos deux variables est forte.

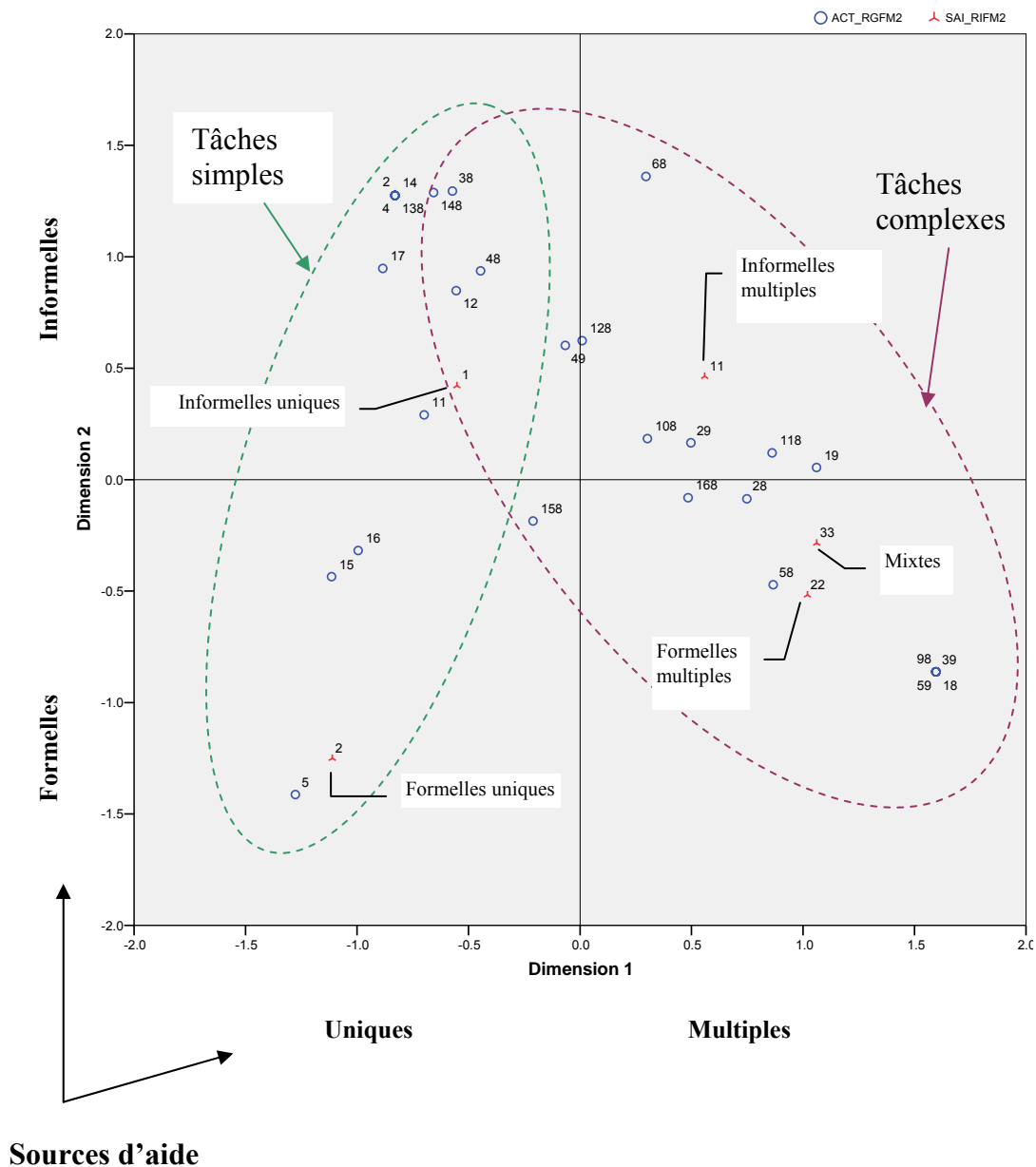
Cette représentation (figure 3-VII-14) montre la tendance qu'ont les personnes âgées d'HM à faire appel à des ressources multiples (formelles [22] ou mixtes [33]) au fur et à mesure que la complexité des activités augmente (l'identification des points finissant par 9 signifie une combinaison d'activités domestiques et quotidiennes, voir tableau A-1 en annexe). Nous constatons également que les regroupements de sources d'aide mixtes ou

strictement formelles sont très proches les unes des autres et associés à l'augmentation de la complexité des tâches accomplies.

Par ailleurs, à partir des différentes combinaisons d'aides reçues nous constatons que les ressources les plus fréquemment utilisées pour aider les personnes âgées, sont les époux, les filles et les personnes rémunérées à un taux de 32%, 15% et 12% respectivement suivis des fils à 10%. La figure (3-VII-15 A) représente cette répartition. Ces sources d'aide sont la base du soutien des personnes âgées vivant à domicile dans Hochelaga-Maisonneuve.

Les figures (3-VII-15 B et C) nous donnent la répartition des ressources principales (B) ou celle des ressources secondaires et tertiaires (C). Nous observons que la répartition des premières sources d'aide est sensiblement la même que celle de l'ensemble des ressources utilisées. Dans le cas des premières ressources, la répartition est respectivement de 35%, 15% et 11% pour l'époux(se), la fille et une personne rémunérée alors que l'apport des fils ne représente que 8% des ressources principales. Cependant, les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> sources d'aide ne suivent pas la même répartition. Nous constatons que les fils sont prédominants avec un taux d'utilisation de 23% suivis des filles 15%, des personnes rémunérées 15% et des autres membres féminins de la famille avec 11%. Il faut noter que le pourcentage d'utilisation des filles et des personnes rémunérées reste sensiblement le même peu importe le niveau de leur intervention.

Figure (3-VII-14) : **HM** - Distribution des aides reçues et des sources d'aide, selon le regroupement des tâches (tableau A-1) et la provenance des ressources (tableau A-3).



Lorsqu'il s'agit des aides reçues nous obtenons les répartitions illustrées par les figures (3-VII-16 A, B, C). Dans l'ensemble des tâches effectuées (figure 3-VII-16 A), les travaux lourds prédominent à un niveau de 24%, suivis de l'épicerie, du transport urbain et des petites courses à respectivement 14%, 11% et 10%. Tout comme dans le cas des sources d'aide, les tâches effectuées par les 1ères ressources sont réparties de manière semblable à l'ensemble des tâches effectuées (figure 3-VII-16 B).

Par contre, les tâches effectuées par les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ressources sont réparties différemment. Sauf les travaux lourds qui restent à 24%. Le transport urbain suit à 19%, l'épicerie et les repas à 15% et 11%. Par ailleurs, le fait de couper les ongles d'orteils semble être dévolu principalement à la ressource principale puisqu'il passe d'environ 10% à 2% entre la 1<sup>ère</sup> source d'aide et les 2<sup>e</sup> / 3<sup>e</sup> ressources.

### **Résumé**

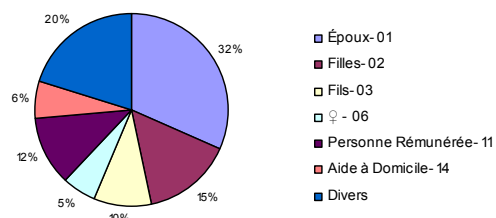
La répartition des profils des sources d'aide et des aides reçues se fait selon quatre zones principales : une zone regroupant les tâches simples et les ressources uniques formelles, une deuxième combinant les tâches simples et les ressources uniques informelles, une troisième associant les tâches plus complexes avec un ensemble de ressources informelles multiples et une quatrième rassemblant les tâches domestiques et quotidiennes encore plus complexes avec des ensembles de ressources multiples formelles ou mixtes.

Dans l'ensemble, les personnes âgées d'Hochelaga Maisonneuve font appel au secteur strictement informel à 74,4 %. Par ailleurs les sources d'aide se multiplient au fur et à mesure que la complexité des tâches s'amplifie. Cette multiplicité devient progressivement de plus en plus formelle avec l'augmentation des aides fournies. Pour les

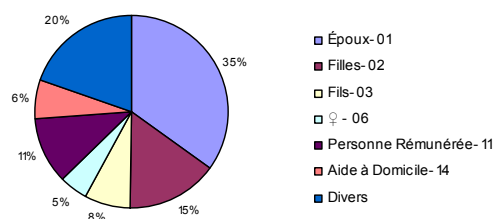
travaux lourds, les personnes âgées font plus souvent appel à une ressource unique de type formel (personne rémunérée). Dans le cas des activités domestiques simples, les ressources sont plus d'ordre informel et deviennent plus formelles avec la multiplicité des tâches. Finalement, l'ajout d'activités quotidiennes à l'ensemble des tâches domestiques fait apparaître plus de ressources de types mixtes ou formelles. Cette transition peut être un indice pour définir l'appartenance des personnes âgées à un réseau d'aide.

Figure (3-VII-15) : **HM** – Répartition des sources d'aide

A) Répartition de l'ensemble des ressources les plus fréquemment utilisées



B) Répartition des ressources principales (1<sup>ère</sup>) les plus fréquemment utilisées



C) Répartition des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ressources les plus fréquemment utilisées (H-M)

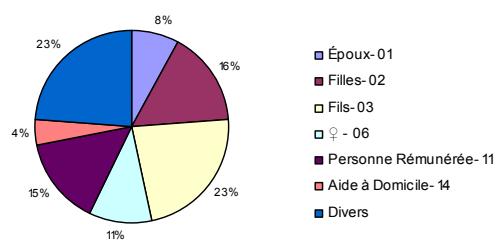
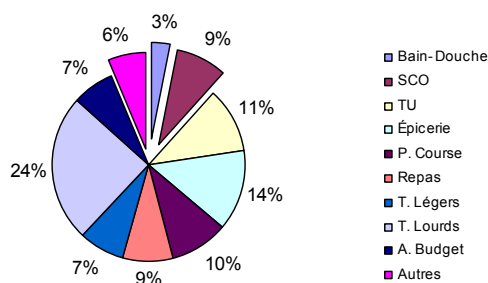
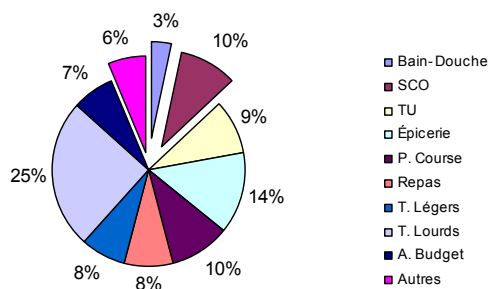


Figure (3-VII-16) : **HM** – Pourcentage des personnes âgées selon les tâches réalisées.

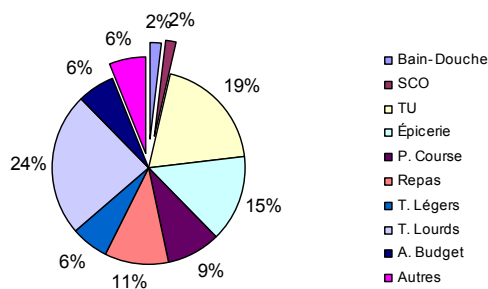
A) % PA pour l'ensemble des tâches effectuées par toutes les sources d'aide



B) % PA pour l'ensemble des tâches effectuées par les 1<sup>ères</sup> ressources



C) % PA pour l'ensemble des tâches effectuées par les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ressources



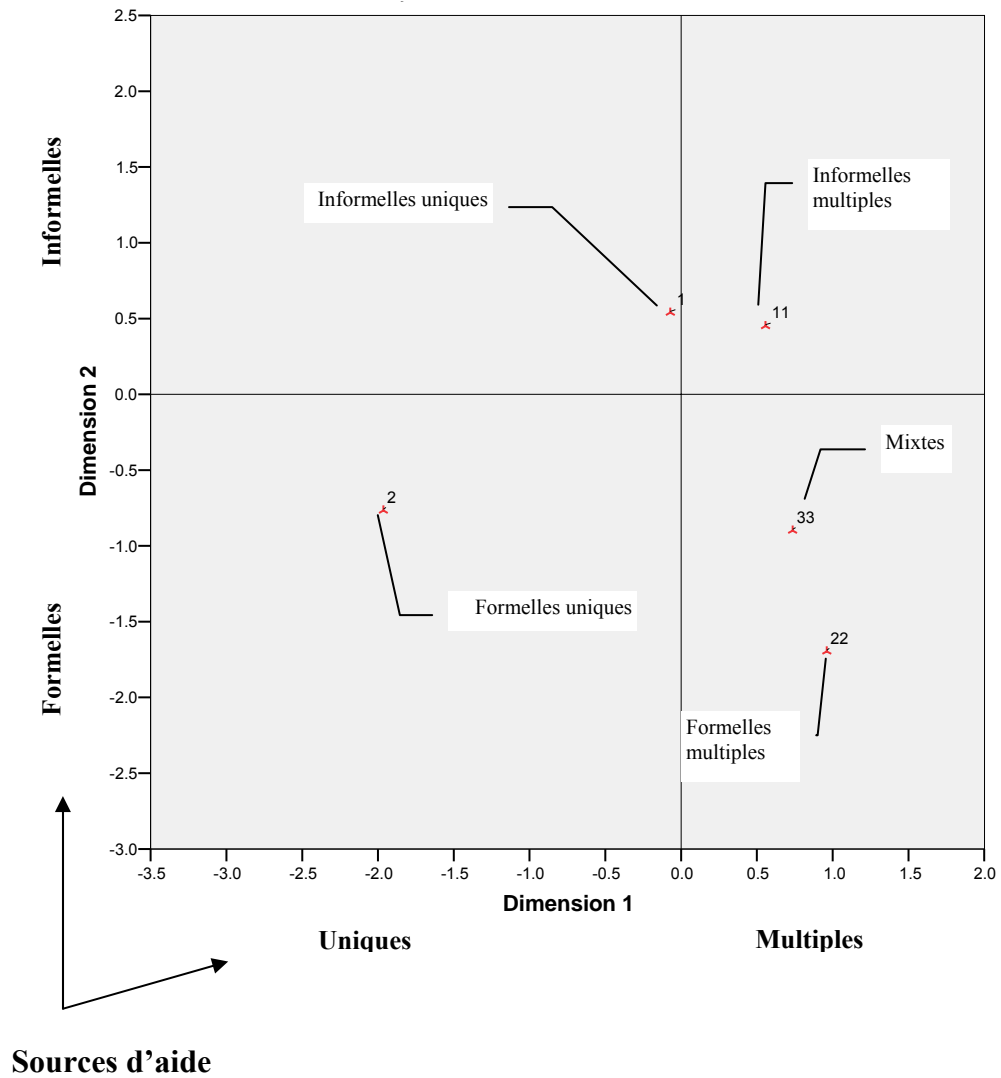
## **2- Moncton**

Nous suivrons la même séquence de présentation que dans le cas Hochelaga Maisonneuve (HM). Les représentations graphiques illustrant le cas de Moncton sont également obtenues à partir du sous échantillon de personnes âgées déclarant la présence d'aide (899 personnes âgées ou 60,2% de l'échantillon de MCT). Ces représentations sont réalisées en utilisant le même processus de regroupement des aides reçues et des sources d'aide informelles, formelles ou mixtes utilisées que pour HM.

Nous présentons en premier le résultat de l'analyse des correspondances effectuée avec le regroupement le plus intense des sources d'aide (tableau A-3). Cette démarche nous permet d'examiner la distribution des sources d'aide selon leur type (informel, formel) et leur unicité ou leur multiplicité. La figure (3-VII-17) représente cette distribution pour Moncton. Ce résultat indique bien la séparation entre l'unicité et la multiplicité des ressources utilisées et l'aspect informel ou formel de leur provenance. Nous avons, comme dans le cas d'HM, des quadrants bien identifiés en termes de regroupement des sources d'aide. Cette représentation est cependant différente d'HM parce que les ressources informelles uniques et multiples sont plus rapprochées. Cette caractéristique semble privilégier l'importance et l'intervention de la famille dans l'aide aux personnes âgées dans Moncton plutôt que l'intervention d'un individu seul. Nous rappelons qu'une proximité entre deux points lignes traduit une similitude des profils. Par ailleurs, les sources d'aide multiples formelles et mixtes sont plus séparées.



Figure (3-VII-17) : **MCT** - Distribution des regroupements des sources d'aide, selon qu'elles soient uniques ou multiples ou qu'elles proviennent des secteurs formels, informels ou mixtes.



Dans cette distribution, les points sont très distincts les uns des autres et la discrimination importante. Cette représentation est aussi interprétable en termes de distance entre les points puisqu'il s'agit de la distribution des points « rangées » (sources d'aide). La valeur obtenue pour l'inertie (0,771) conforte cette distribution.

Le tableau (3-VII-13) indique les contributions des différents points selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs. Le poids est une mesure relative de l'importance de chacun des points. Dans ce cas ci, les sources d'aide informelles uniques et mixtes sont les deux plus importants. L'inertie explique le pourcentage de variance de cette distribution.

Tableau 3-VII-13 : **MCT** - Contribution des points représentés dans la figure (3-VII-17) selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs.

Regroupement des Sources d'aide	Poids	Inertie	Contributions				
			des Points à l'Inertie des Dimensions 1 et 2		des Dimensions à l'Inertie des Points		
			1	2	1	2	Total
Informelles uniques (1)	,503	,094	,004	,298	,017	,761	<b>,778</b>
Formelles uniques (2)	,115	,319	,704	,138	,882	,104	<b>,986</b>
Informelles multiples (11)	,132	,115	,065	,055	,226	,115	<b>,341</b>
Formelles multiples (22)	,023	,071	,034	,137	,192	,463	<b>,655</b>
Mixtes (33)	,226	,172	,193	,372	,450	,521	<b>,971</b>
<b>Total</b>	<b>1,000</b>	<b>,771</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>			

Normalisation symétrique

Pour Moncton, les sources d'aide formelles uniques, informelles multiples et mixtes contribuent le plus à l'explication de la variance totale (77,1%). La contribution des points à l'inertie des deux premières dimensions indique le pourcentage de variance

d'une dimension expliquée par un point. Par exemple, le point représentant les sources d'aide formelles uniques contribue à 70,4% et 13,8% à la variance des dimensions 1 et 2 respectivement.

La contribution des dimensions à l'inertie des points est une indication de la qualité de la représentation. Plus cette contribution est près de 100%, plus la description d'un point peut être expliquée dans ces deux dimensions.

Dans la figure (3-VII-17), on constate que les points correspondants aux sources d'aide « Informelles uniques » et « Informelles multiples », sont relativement proches l'un de l'autre. Cette proximité suggère l'importance de l'aide informelle et de l'entourage familial dans cette région.

Il s'agit de voir si la représentation spatiale des tâches effectuées concorde avec la distribution des ressources tel que présentée. Avant de vérifier s'il y a concordance nous présentons, à la même échelle que la figure (3-VII-17), la distribution des aides reçues (figure : 3-VII-18). Cette dernière fut établie en se basant sur le regroupement des tâches en fonction de la combinaison des activités quotidiennes ou domestiques réalisées (tableau : A-1). La représentation obtenue est encore typique d'une analyse de correspondance sous la forme d'un nuage avec les contours d'un croissant parabolique. Le profil moyen combinant les différentes sources d'aide se situe au croisement des deux axes (communément appelé le centroïde).

Le tableau (3-VII-14) indique les contributions des différents points colonnes selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs.

Tableau 3-VII-14 : **MCT** - Contribution des points colonnes représentés dans la figure (3-VII-18) selon la valeur de leur inertie et de leur poids respectifs.

Regroupement des Aides Reçues	Poids	Inertie	Contributions				
			Des Points à l'Inertie des Dimensions 1 et 2		Des Dimensions à l'Inertie des Points		Total
			1	2	1	2	
Mobilité : 1	,001	,001	,000	,002	,008	,600	<b>,608</b>
SCO : 5	,014	,043	,098	,013	,912	,074	<b>,986</b>
Transport Urb.: 11	,046	,018	,000	,063	,000	,833	<b>,833</b>
Épicerie: 12	,022	,014	,000	,051	,000	,874	<b>,874</b>
Ptes Courses: 13	,001	,001	,000	,003	,008	,600	<b>,608</b>
Repas: 14	,012	,009	,003	,019	,121	,512	<b>,633</b>
Trav. Légers: 15	,004	,004	,011	,000	,988	,000	<b>,988</b>
<b>Trav. Lourds: 16</b>	<b>,139</b>	<b>,238</b>	,576	,031	,966	,031	<b>,997</b>
Adm. Budget: 17	,012	,012	,000	,029	,008	,600	<b>,608</b>
Mobilité ++ : 18	,001	,009	,002	,002	,075	,063	<b>,138</b>
Mobilité ++ : 19	,012	,005	,006	,001	,481	,075	<b>,556</b>
Bain-Douche + : 28	,004	,013	,008	,027	,249	,480	<b>,729</b>
B-D ++ : 29	,030	,009	,008	,018	,374	,484	<b>,858</b>
Faire sa Toil. + : 38	,001	,005	,001	,001	,075	,063	<b>,138</b>
FsaT. ++ : 39	,001	,005	,003	,010	,249	,480	<b>,729</b>
S'Habiller + : 48	,004	,015	,006	,000	,167	,006	<b>,173</b>
S'Habiller ++ : 49	,003	,010	,006	,020	,249	,480	<b>,729</b>
<b>SCO + : 58</b>	<b>,123</b>	<b>,170</b>	,119	,466	,280	,661	<b>,941</b>
Manger + : 68	,001	,008	,016	,005	,795	,156	<b>,951</b>
Téléphone + : 108	,013	,005	,002	,001	,173	,059	<b>,232</b>
<b>TU + : 118</b>	<b>,240</b>	<b>,073</b>	,085	,023	,464	,077	<b>,541</b>
<b>Épicerie + : 128</b>	<b>,226</b>	<b>,058</b>	,010	,142	,071	,594	<b>,664</b>
Pte Courses + : 138	,009	,004	,000	,015	,045	,911	<b>,956</b>
Repas : 148	,045	,009	,001	,005	,031	,124	<b>,155</b>
TLg + : 158	,028	,023	,035	,031	,611	,318	<b>,929</b>
TLrd + : 168	,008	,010	,003	,021	,136	,504	<b>,640</b>
<b>Total</b>	<b>1,000</b>	<b>,771</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>			

Normalisation symétrique

a) pour la signification des codes d'aide reçue : voir tableau en annexe 2.

+ : tâches supplémentaires de type domestique ; ++ : tâches supplémentaires de types domestiques et quotidiennes

Dans ce cas ci, parmi l'ensemble des types d'aides reçues, simples ou complexes (associées à d'autres activités domestiques ou quotidiennes), les tâches de couper les ongles d'orteils (5, 58), d'effectuer les travaux lourds (16), d'aider au transport urbain (11, 118), d'aider au bain-douche (28, 29), de faire l'épicerie (12, 128), de préparer les repas (148) et d'effectuer des travaux légers (158) contribuent le plus à la variance totale (71%) de la distribution représentée par la figure (3-VII-18). L'importance de ces points est en accord avec la figure (3-VII-11) qui indiquait (avec les profils de sources d'aide) la répartition des principaux profils d'activités.

Comme auparavant, la contribution des points à l'inertie des deux premières dimensions indique le pourcentage de variance d'une dimension expliquée par le point. Par exemple, le point représentant les travaux lourds contribue à 57,6% et 3,1% à la variance des dimensions 1 et 2 respectivement. Encore là, la contribution des dimensions (1 et 2) à l'inertie des points est une indication de la qualité de la représentation. Dans ce cas-ci, plus de la moitié des points ont une contribution des deux dimensions à leur inertie, supérieure à 70%.

Dans cette distribution (figure : 3-VII-18), nous pouvons également séparer les tâches de simples à complexes de la même manière que pour Hochelaga Maisonneuve. À titre d'exemple, le point identifié « 5 » correspond à la tâche unique de « couper les ongles d'orteils », le point « 17 » à l'« administration du budget » et le point « 14 » à « faire les repas ». Ces tâches sont toutes de type unique non associées à d'autres activités parallèles pour la même personne âgée.

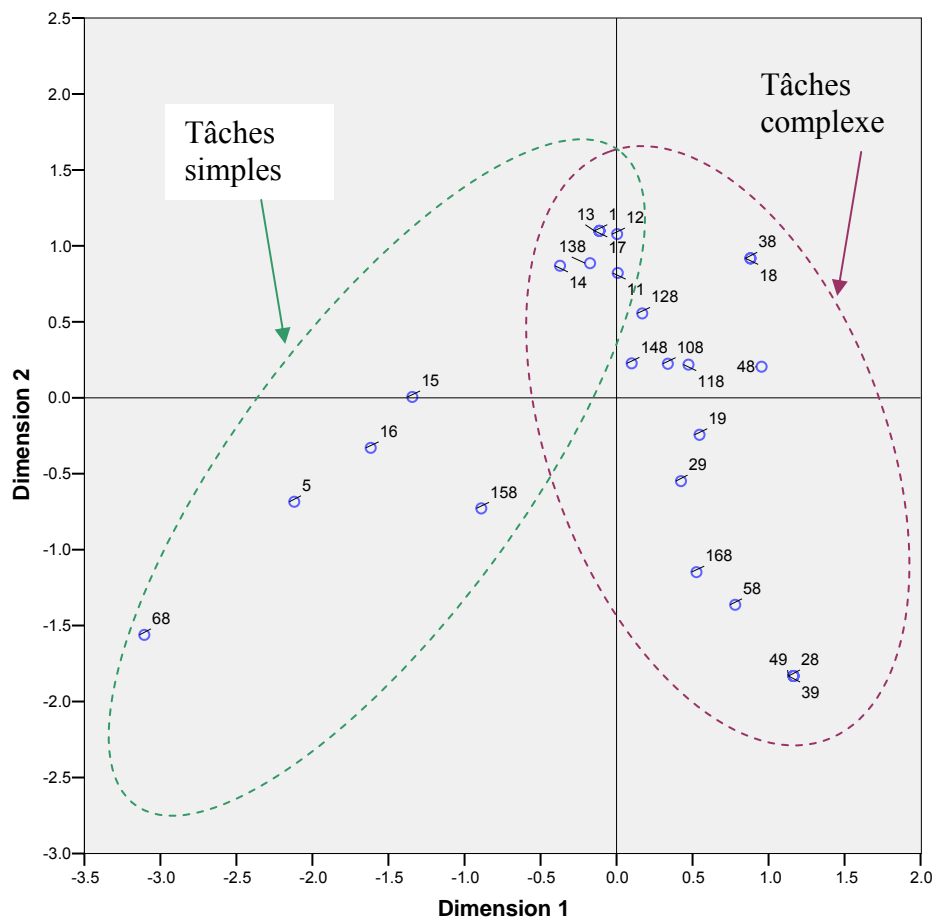
Pour examiner la dimension 2 (formel-informel) nous allons nous référer aux profils des sources d'aides associées aux combinaisons des tâches réalisées pour chaque personne

âgée. À titre d'exemple, nous obtenons les contributions suivantes pour effectuer l'activité unique de couper les ongles d'orteils « o 5 » : 21% de sources d'aide informelles et 79% formelles, d'effectuer des travaux lourds « o 16 » : 54% de ressources du secteur informel et 46% du secteur formel, alors que les points « o 1, 13, 17 » (tâche unique pour la mobilité, les petites courses et l'administration du budget) font appel à 100% de ressources informelles uniques. Ces résultats proviennent de l'analyse de nos profils de sources d'aide obtenus à partir de nos données primaires.

Dans Moncton tout comme Hochelaga-Maisonneuve, nous remarquons que les aides reçues sont réparties selon leur complexité (tâches multiples) et l'aspect formel ou informel de la provenance des sources d'aide utilisées. À titre d'exemple, du côté supérieur gauche de la région identifiée « tâches complexes » dans la figure (3-VII-18), le point « 138 » correspondent à des tâches reliées principalement à faire des petites courses plus d'autres activités domestiques complémentaires. L'analyse des profils de sources d'aide nous indique que cette activité (138) de faire des petites courses est soutenue à 91% par le secteur informel. Les sources d'aide sont principalement les époux(ses) puis les filles et les voisins. La partie formelle correspond aux personnes rémunérées.

Si nous examinons les points situés du côté inférieur droit de la figure (3-VII-18), nous constatons un apport plus important du secteur formel. Ainsi, le point « o 58 », représentant l'activité de couper les ongles d'orteils plus d'autres tâches à connotation domestique, fait appel à 31% de ressources informelles.

Figure (3-VII-18) : **MCT** - Distribution des regroupements des tâches en fonction de la combinaison des activités quotidiennes ou domestiques réalisées.



Au milieu de cette zone, le point « o 29 » est un exemple où l'aide utilisée est diverse. Ce point correspond à la difficulté d'accomplir la tâche de prendre un bain-douche en plus d'autres activités d'ordre domestiques ou quotidiennes. Dans ce cas, les ressources proviennent à 62% du secteur informel. Ces sources d'aide proviennent de différents secteurs. On peut les identifier selon qu'elles soient informelles multiples à 46%, mixtes multiples à 42% et formelles multiples à 12%. Les sources d'aides impliquées sont principalement les époux(ses), les filles, des personnes rémunérées et de l'aide à domicile ou un mélange de ces derniers.

Pour examiner la répartition des sources d'aide avec celle des aides reçues, nous avons procédé à une analyse des correspondances avec une normalisation symétrique. Le résultat obtenu est représenté par la figure (3-VII-19). Le tableau (3-VII-15) nous donne le résumé des statistiques obtenues avec cette distribution selon les différentes dimensions retenues pour l'inertie, la déviation standard et pour le résultat du  $\chi^2$ .

Tableau (3-VII-15) : **MCT** – Résumé des statistiques obtenues pour la figure (3-VII-19) selon les dimensions retenues.

Dimension	Inertie	Chi Carré $\chi^2$	Sig.	Proportion de l'Inertie	
				% par dimension	Cumulative
1	,400			,519	,519
2	,241			,312	<b>,831</b>
3	,108			,140	,970
4	,023			,030	1,000
Total	<b>,771</b>	<b>676,114</b>	<b>,000(a)</b>	1,000	1,000

(a) 108 degrés de liberté

Ce tableau nous indique, de part le résultat du  $\chi^2$  [676,114] (très significatif  $s \approx ,000$  avec 108 degrés de liberté) que nos deux variables [sources d'aide et aide reçue] sont corrélées. Par ailleurs, les deux premières dimensions expliquent 83,1% de la variance

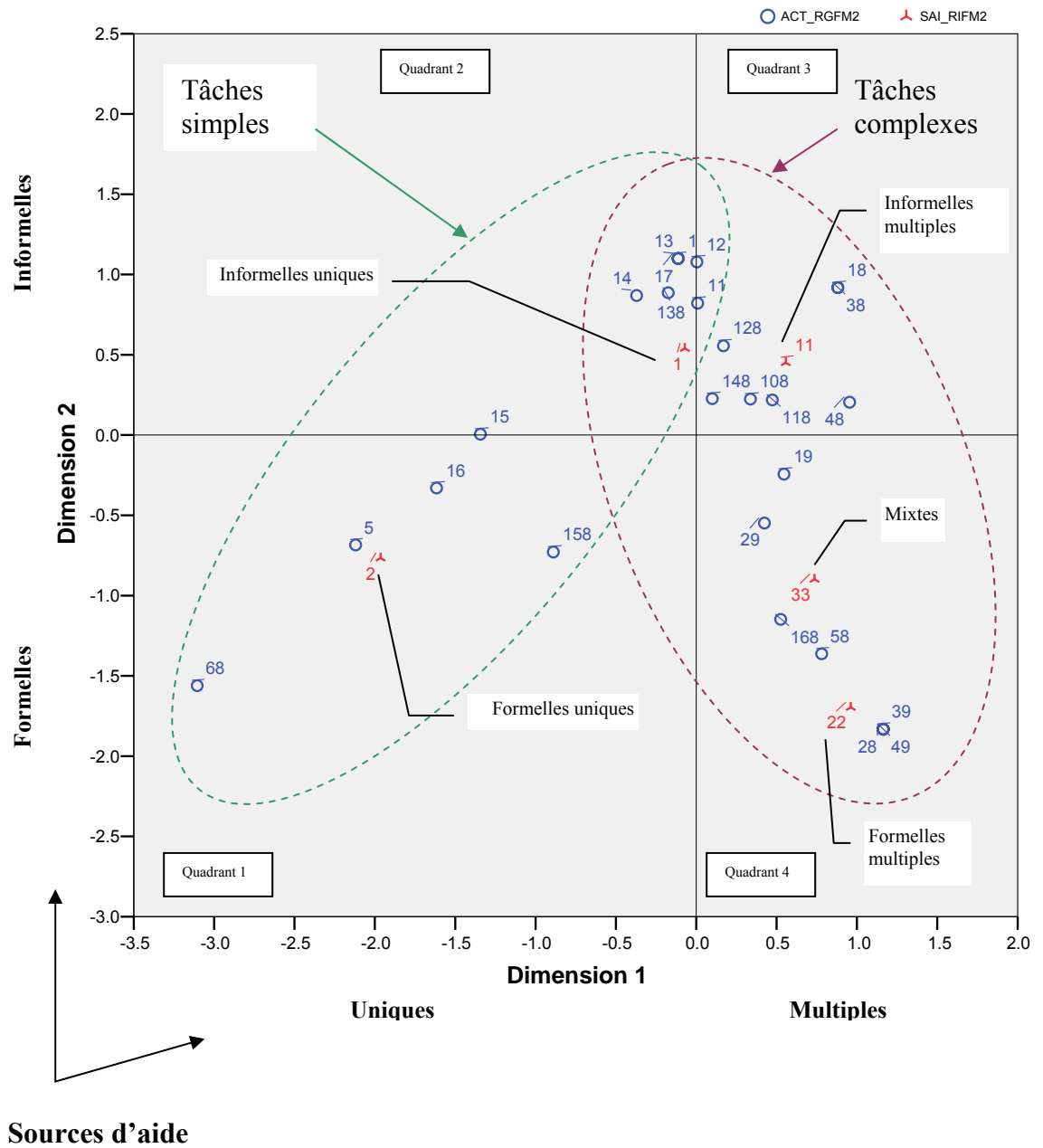


totale [0,771] de la distribution représentées par la figure (3-VII-19). Cette variance totale indique que la corrélation entre nos deux variables est forte.

Cette représentation (figure : 3-VII-19) fait ressortir la tendance qu'ont les personnes âgées de Moncton à faire appel à des ressources multiples (formelles [22] ou mixtes [33]) au fur et à mesure que la complexité des activités augmente (l'identification des points finissant par 9 signifie une combinaison d'activités domestiques et quotidiennes, voir tableau : A-1). Mais, contrairement à Hochelaga-Maisonneuve, les sources d'aide mixtes [33] et strictement formelles [22] sont plus éloignées. Cela laisse supposer que les ressources exclusivement formelles sont utilisées différemment dans les deux environnements. Dans le cas de Moncton, les sources d'aide formelles semblent plus présentes pour effectuer des tâches multiples liées au « Bain-Douche (28) » à « Faire sa Toilette (39) » et à « S'Habiller (49) ».

Par ailleurs, dans cet échantillon de personnes âgées de Moncton il y en a peu qui font appel à des sources d'aide uniques. La famille semble être très présente. La plupart des points correspondant à des tâches uniques sont très près du quadrant des ressources multiples informelles. Il y a un fort regroupement des points dans les quadrants des sources d'aide informelles, en accord avec nos résultats précédents.

Figure (3-VII-19) : **MCT** - Distribution des regroupements des tâches et des sources d'aide en fonction de la combinaison des activités quotidiennes ou domestiques réalisées et de la provenance des ressources.



Par ailleurs, à partir des différentes combinaisons d'activités, qui déterminent nos profils d'aide, nous constatons que l'ensemble des ressources les plus fréquemment utilisées pour aider les personnes âgées, sont encore les époux, les filles et les personnes rémunérées à un taux de 49%, 16% et 11% respectivement suivis des fils à 5%. La figure (3-VII-20 A) représente cette répartition. Ces sources d'aide sont aussi la base du soutien des personnes âgées vivant à domicile de l'échantillon de Moncton.

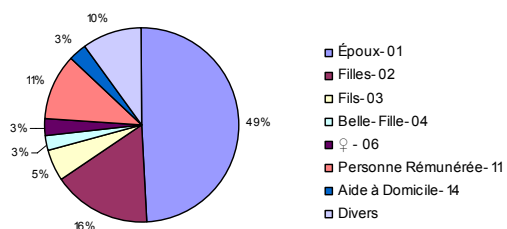
Dans la région de Moncton, les époux(ses) sont beaucoup plus actifs comme aidants que dans Hochelaga-Maisonneuve. Ils interviennent à un niveau de 49% pour l'ensemble des ressources contrairement à 32% dans Hochelaga-Maisonneuve. Ce résultat reste sensiblement le même lorsque nous examinons la répartition des 1<sup>ères</sup> ressources. Dans ce cas, les époux contribuent pour plus de la moitié (51%) dans le soutien de leur conjoint.

Ces trois sources d'aide de base [époux(ses), filles et personnes rémunérées], une fois combinées, rassemblent environ 66% des ressources utilisées dans Moncton contre 59% pour Hochelaga-Maisonneuve. Cet écart semble dénoter une différence au sein du tissu social des deux régions et l'importance de la famille à Moncton.

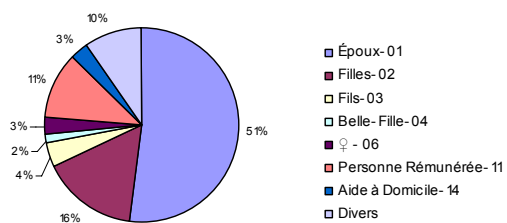
Pour la répartition illustrant les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> sources d'aide, nous notons l'apparition de la Belle-fille comme aidante significative et cela au niveau de 18%. Ce fait n'était pas présent dans Hochelaga-Maisonneuve. Par ailleurs, tout comme dans Hochelaga-Maisonneuve, l'importance du rôle des fils en tant que 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ressource est tout à fait remarquable. Ils interviennent à un niveau de 25%. Ils sont les plus importants aidants secondaires ou tertiaires, ce résultat est sensiblement identique à Hochelaga-Maisonneuve avec (23%).

Figure 3-VII-20 : MCT - Répartition des sources d'aide

A) Répartition de l'ensemble des ressources les plus fréquemment utilisées



B) Répartition des ressources principales (1<sup>ères</sup>) les plus fréquemment utilisées



C) Répartition des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ressources les plus fréquemment utilisées

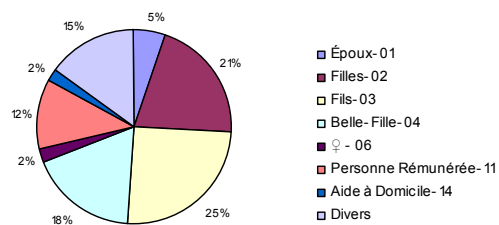
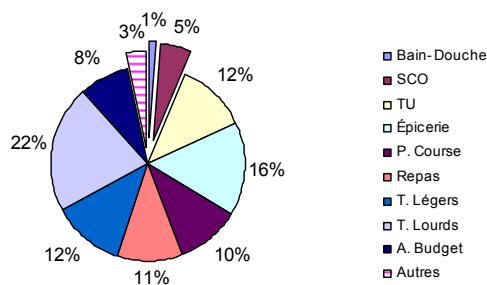
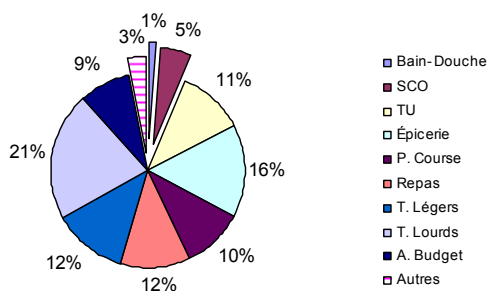


Figure 3-VII-21 : MCT - Pourcentage des personnes âgées selon les tâches réalisées.

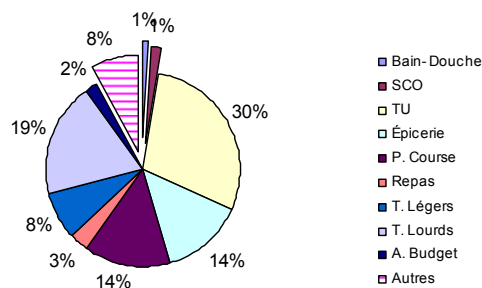
A) % PA pour l'ensemble des tâches effectuées par toutes les sources d'aide



B) % PA pour l'ensemble des tâches effectuées par toutes les 1<sup>ères</sup> sources d'aide



C) % PA pour l'ensemble des tâches effectuées par les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> sources d'aide



Par ailleurs, si nous examinons les tâches réalisées par rapport au nombre de personnes âgées, nous obtenons les répartitions illustrées par les figures (3-VII-21 A, B, C). Dans l'ensemble des tâches effectuées (figure : 3-VII-21 A), les travaux lourds correspondent encore aux premiers besoins de soutien à un niveau de 22% suivis de l'épicerie, du transport urbain et des petites courses avec respectivement des niveaux de 16%, 12% et 12%. Tout comme dans le cas des sources d'aide, les tâches effectuées par les 1<sup>ères</sup> ressources sont réparties de manière semblable à l'ensemble des tâches effectuées (figure : 3-VII-21 B). Par contre, les tâches effectuées par les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ressources sont réparties différemment, sauf les travaux lourds qui restent à 19%. Le transport urbain devient largement prédominant avec 30% suivis de l'épicerie et des petites courses les deux à 14%. Là encore, le fait de couper les ongles d'orteils semble être dévolu principalement à la ressource principale puisqu'il passe d'environ 5% à 1% entre la 1<sup>ère</sup> source d'aide et les 2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> ressources.

### **Résumé**

Nous distinguons encore quatre zones principales dans les distributions observées. Une zone regroupant les tâches simples et les ressources uniques formelles, une deuxième combinant les tâches simples et les ressources uniques informelles, une troisième associant les tâches plus complexes avec un ensemble de ressources informelles et une quatrième rassemblant les tâches encore plus complexes, domestiques et quotidiennes combinées, avec des ensembles de ressources formelles ou mixtes. Dans l'ensemble des sources d'aide disponibles, l'échantillon des personnes âgées de Moncton fait appel au secteur informel au niveau de 80,9 % contrairement à Hochelaga-Maisonneuve à 74%.

Par ailleurs, la transition des sources d'aide utilisées (d'informelles à formelles uniques puis multiples) au fur et à mesure que la complexité des activités s'amplifie est toujours observée. La difficulté d'effectuer les travaux lourds semble être encore la première activité qui a besoin de ressources aidantes. Par ailleurs, dans le cas d'activités domestiques simples, les ressources sont plus d'ordre informel. Puis avec l'apparition de tâches multiples, les sources d'aide deviennent progressivement plus formelles. Finalement, l'ajout d'activités quotidiennes à l'ensemble des tâches domestiques fait intervenir des sources d'aide mixtes puis principalement formelles.

### **3- Conclusion**

Dans ces deux échantillons, Hochelaga-Maisonneuve et Moncton, nous avons utilisé les regroupements définis dans les tableaux (A-1, A-2, A-3) afin de mieux faire ressortir les répartitions de nos deux critères de distinction [sources d'aide utilisées et aide reçue]. Bien que les répartitions ne soient pas identiques pour les deux échantillons de personnes âgées, nous constatons certaines similitudes.

Les profils de sources d'aides utilisées se complexifient au fur et à mesure que les aides reçues augmentent. Mais le nombre d'aidant semble diminuer et faire plus appel au secteur formel avec l'apparition d'activités quotidiennes combinées à la multitude de tâches domestiques. Par ailleurs, les sources d'aide passent de informelles et formelles uniques à informelles et formelles multiples puis à mixtes. Les tâches, de leur côté, vont de simples à complexes en même temps que les sources d'aide passent d'uniques à multiples.

Malgré des différences particulières dues à l'environnement propre à nos deux échantillons de personnes âgées, nous avons pu mettre en évidence une typologie des

réseaux d'aide résultant de la combinaison des sources d'aide utilisées et des aides reçues. L'analyse des correspondances nous a permis de dégager cinq catégories en associant nos deux critères de distinction. Ces catégories sont les suivantes :

- 1- Sources d'aide informelles uniques et tâches simples
- 2- Sources d'aide formelles uniques et tâches simples
- 3- Sources d'aide informelles multiples et tâches complexes
- 4- Sources d'aide mixtes et tâches complexes
- 5- Sources d'aide formelles multiples et tâches complexes

Le tableau (3-VII-16) indique les effectifs (nombre de personnes âgées) et les fréquences (par rapport à l'ensemble de l'échantillon) pour chacune de cinq catégories dans Hochelaga-Maisonneuve et dans Moncton et pour les personnes âgées ne faisant pas appel à de l'aide.

Tableau 3-VII-16 : Effectifs et fréquences des personnes âgées dans nos catégories et dans la population ne requérant pas d'aide pour HM et MCT.

		<b>H-M</b>	<b>MCT</b>
Catégorie 1 : Sources d'aide informelles uniques et tâches simples	Effectif	<b>329</b>	<b>419</b>
	Fréquence	21,7%	28,0%
Catégorie 2 : Sources d'aide formelles uniques et tâches simples	Effectif	<b>118</b>	<b>121</b>
	Fréquence	7,8%	8,1%
Catégorie 3 : Sources d'aide informelles multiples et tâches complexes	Effectif	<b>106</b>	<b>107</b>
	Fréquence	7,0%	7,1%
Catégorie 4 : Sources d'aide mixtes multiples et tâches complexes	Effectif	<b>253</b>	<b>221</b>
	Fréquence	16,7%	14,7%
Catégorie 5 : Sources d'aide formelles multiples et tâches complexes	Effectif	<b>38</b>	<b>28</b>
	Fréquence	2,5%	1,9%
Catégorie 0 : Personnes âgées ne faisant pas appel à de l'aide	Effectif	<b>671</b>	<b>603</b>
	Fréquence	44,3%	40,2%
Total : N (échantillon)   fréquence		1515   100%	1499   100%



Nous avons vu tout au long de notre développement que pour effectuer des tâches simples, les sources d'aide (formelles ou informelles) sont principalement uniques. Ainsi lorsqu'une personne âgée manifeste le besoin d'être aidée pour une seule incapacité, elle fait appel généralement à une seule source d'aide. Cette situation correspond à la première et à la deuxième catégorie.

Par ailleurs, aussitôt que les tâches à réaliser se multiplient les sources d'aide utilisées deviennent plus nombreuses et leurs combinaisons plus diversifiées. Cette situation débute aussitôt qu'une personne âgée requiert de l'aide pour effectuer plusieurs activités. Plusieurs membres de la famille sont alors impliqués pour aider les personnes âgées. Il s'agit de la troisième catégorie. Puis plus l'aide fournie touche à des domaines d'activités multiples, nous observons l'apparition de combinaisons de sources d'aide mixte ou un ensemble de ressources formelles. Nous sommes alors dans la quatrième ou cinquième catégorie.

L'importance de l'intervention des sources d'aide informelles est manifeste dans tous les cas mais surtout dans la région de Moncton. Dans cette région, la présence de familles plus nombreuses fait en sorte que les sources d'aides informelles sont très actives. Alors que dans Hochelaga-Maisonneuve, ce sont les sources d'aide multiples mixtes et formelles qui sont plus présentes. Par ailleurs, dans ces deux échantillons l'apport des fils est très marqué comme sources d'aide secondaire et tertiaire. Ces 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ressources sont surtout utilisées lorsque les activités domestiques s'accumulent. Il s'agit maintenant d'examiner quels sont les déterminants d'appartenance des personnes âgées à ces différentes catégories.

## **Déterminants d'appartenance aux réseaux.**

Cette section des résultats a comme base notre deuxième objectif « Identifier les principaux déterminants de l'appartenance des personnes âgées aux divers types de réseaux ». Pour pouvoir établir les spécificités de chacune de nos cinq catégories, identifiées par notre analyse typologique, nous avons besoin d'un groupe de référence. Ce dernier est identifiée sous le sigle « catégorie : 0 ». Cette catégorie correspond à l'ensemble des personnes âgées qui ne font pas appel à de l'aide pour réaliser les activités de vie quotidienne ou domestique. En nous servant de ce groupe de référence, nous allons dégager les prédicteurs significatifs ( $p < 0,200$ ) (Hosmer & Lemeshow, 2000) d'appartenance. Ces derniers serviront à caractériser nos cinq catégories.

Pour ce faire, nous avons utilisé les méthodes de régressions logistiques simples et multiples (voir section 3-VI). Avant de procéder, nous avons vérifié la forme des distributions de fréquence pour nos variables mesurées avec différents niveaux d'intervalles et pour nos données ordinales lorsque les choix de réponses sont relativement nombreux. Dans ces cas, des mesures de symétrie et de voussure (d'aplatissement)<sup>38</sup> ont été effectuées pour vérifier le caractère « normal » des distributions. La normalité de la distribution des fréquences d'une variable a aussi été vérifiée en examinant les résultats du test de « Shapiro-Wilks (W)<sup>39</sup> ».

---

<sup>38</sup> Symétrie (skewness) : indication de la distribution par rapport à la moyenne. Si  $> 1$  asymétrie positive (vers la droite lorsque Mode < Médiane < Moyenne); si  $< -1$  asymétrie négative (vers la gauche lorsque Mode > Médiane > Moyenne). Généralement un indice de symétrie supérieur à  $\pm 1$  conduira à l'utilisation de transformations suivant le type d'asymétrie (par exemple : logarithmique avec asymétrie positive ou élevé au carré avec asymétrie négative). Le seuil d'asymétrie acceptable se situe à 0,7.

Aplatissement (Kurtose) : L'indice d'aplatissement (forme aplatie ou pointue) indique la présence relative des valeurs extrêmes, leur concentration, par rapport à la majorité des données. L'indice d'aplatissement s'interprète sensiblement de la même façon que l'indice de symétrie avec le même seuil à 0,7.

<sup>39</sup> L'Ho suppose que la distribution est normale. Une valeur-p (Sig)  $< 0,05$  indique une distribution non normale. Lorsque  $W=1$ , les distributions sont dites parfaitement normales.

Ce test est valable puisque nos échantillons ne dépassent pas  $n=2000$ . Lorsque les distributions n'étaient pas normales, nous leur avons fait subir des transformations mathématiques non linéaires. Par ailleurs, ces transformations ont très peu changé les niveaux de signification ( $p$ ) obtenus avec nos différents coefficients de régression. Dans certains cas, nous avons réparti les individus en divers regroupements en fonction de leur rang ordinal et de la proportion d'individus afin d'améliorer les distributions.

Des analyses de fidélité (reliability) ont aussi été effectuées sur les résultats obtenus à partir des différentes échelles de mesure (tests) utilisées lors des entrevues face-à-face. La fidélité est estimée par le coefficient de Cronbach ( $\alpha$ ). Il donne une indication sur la cohérence interne d'une échelle. Il estime le niveau moyen des corrélations entre les items d'un même test. Un coefficient  $\alpha$  est acceptable au dessus de 0,700<sup>40</sup>.

Bien que nous ayons déjà décrit nos deux échantillons dans leur ensemble, nous allons maintenant le faire en fonction de nos cinq catégories. Les tableaux (3-VII-17 et 3-VII-18) donnent la description des variables prédictrices pour Hochelaga-Maisonneuve et Moncton. Les fréquences sont en fonction du nombre de répondants ( $n$ ). Les tableaux (3-VII-19 et 3-VII-20) indiquent les résultats des analyses de régression plus ceux des analyses de fidélité (alphas de Cronbach) lorsque applicable.

### ***1- Hochelaga-Maisonneuve***

Nous avons suivi la structure de notre modèle pour analyser les déterminants d'appartenance des personnes âgées aux différentes catégories. Nous examinerons la partie descriptive (tableau : 3-VII-17) associée à nos différents blocs de variables

---

<sup>40</sup> Plus ce coefficient se rapproche de la valeur .90 et plus nous pouvons postuler que les items de l'échelle semblent bien mesurer la même caractéristique et contribuer à produire des résultats fiables

prédictrices. Cette description sera appuyée par nos résultats d'analyses de régression et de fidélité selon le cas (tableau : 3-VII-18).

### **Section Sociodémographique**

L'ensemble « Sociodémographique » (voir notre modèle) décrit les différences d'âge, de nombre d'hommes ou de femmes, d'état civil, d'éducation et de revenu selon nos catégories.

Nous constatons que l'âge moyen augmente progressivement avec les catégories. Il passe de 72,5 ans à 77,8 ans de la catégorie 1 à la catégorie 5 [ l'âge moyen de la catégorie (0) est de 72,3 ans ]. Ces moyennes sont toutes significatives ( $p < 001$ ) sauf pour la première catégorie ( $p = 0,530$ ). Cette catégorie (1) correspond à des personnes âgées qui font appel à une ressource informelle lorsqu'elles ont besoin d'aide. Dans ce sens, elles sont très peu différentes de celles appartenant à la catégorie de référence sinon qu'elles requièrent un peu d'aide.

Le fait d'être une femme (ou un homme) semble jouer un rôle déterminant dans la composition de nos catégories. La catégorie de référence (0) est composée de 60,4% de femmes. Toutes les autres catégories de (1) à (5) ont une proportion de femmes plus élevée dans leur composition de personnes âgées. Les deuxième et quatrième catégories atteignent une proportion d'environ 80% de femmes. Les différences par rapport à la catégorie (0) sont toutes significatives avec une valeur de « p » variant de 0,000 à 0,064.

L'état civil des personnes âgées est également significatif. Bien que nous ayons considéré les différents états civils (célibataire, marié, veuf et séparé), nous n'avons retenu que le fait d'être en couple pour distinguer nos catégories. Cette dichotomisation nous permet de mieux faire ressortir l'effet d'être en couple dans le type d'aide utilisé. Ainsi, la

catégorie (2) [ Aide formelle unique et tâche unique ] est composée principalement de célibataires, de veufs(ves) et de personnes âgées séparées. Dans cette catégorie, la proportion est seulement de 15,3% en couple versus 84,3% ayant un autre statut. Quatre catégories sur cinq ont une proportion de personnes âgées, en couple, significativement différente ( $0,001 < p < 0,020$ ) de la catégorie de référence. Si on exclut la catégorie (3), le pourcentage de personnes âgées en couple diminue avec la progression des catégories. La catégorie (3) avec 32,7% de couples ( $p = 0,683$ ), est semblable à la catégorie (0) avec 30,7%. L'aide utilisée dans la catégorie (3) est d'ailleurs du type informel multiple.

L'éducation a été analysée selon les six niveaux décrits dans le questionnaire (aucune, primaire non complété, primaire complété, secondaire, école technique ou de métier et universitaire). Par ailleurs, en dichotomisant les personnes âgées avec un niveau secondaire ou inférieur et celles ayant des études techniques ou universitaires nous obtenons sensiblement les mêmes résultats en fonction de nos catégories. Ainsi, seules les catégories (1) et (3) se démarquent de la catégorie de référence. Elles ont toutes les deux un plus grand taux de personnes âgées ne dépassant pas le niveau secondaire (respectivement 94,2% |  $p = 0,008$  et 96,2% |  $p = 0,029$ ). Ces deux catégories sont celles où l'aide informelle est prédominante.

Les catégories (1) et (3) ont plus de personnes âgées avec un faible revenu mensuel (inférieur ou égal à 600\$ / mois) que la catégorie de référence (respectivement 18,5% |  $p < 0,001$  et 14,9% |  $p = 0,004$ ). Par ailleurs, les catégories (4) et (5) ont plus de personnes âgées avec un revenu mensuel entre 601\$ et 1500\$/mois (respectivement 80,3% et 86,8%) par rapport à la catégorie (0). La catégorie (2) comprend les personnes âgées les plus à l'aise et ressemble à la catégorie de référence.

Les aspects « statut professionnel » et « occupationnel », dans la section socio-démographique de notre modèle, n'ont pu être analysés. Un taux de valeurs manquantes trop élevé pour ces deux points n'ont pas permis de tirer des renseignements significatifs en fonction des différentes catégories.

### **Section État de santé**

La santé perçue par les personnes âgées est significative pour toutes les catégories avec  $p < 0,001$ . Dans la catégorie de référence 92,9% des gens se situent entre une très bonne santé et une santé régulière<sup>41</sup>. Cette appréciation diminue autour de 85,0% pour les catégories (1) et (2). Le taux chute à 78,5% pour la catégorie (3) puis descend à 68,6% et 64,8% pour les catégories (4) et (5).

Le bilan clinique a été évalué en analysant les problèmes de santé répertoriés sous les aspects des maladies chroniques déclarées. La fonctionnalité au sens de Nagi (1976, 1980) et les incapacités quotidiennes et domestiques ont été examinées. Les problèmes de la vue, de l'ouïe et de la mastication ont également été mesurés.

Chaque personne âgée, dans nos cinq catégories, a un certain nombre de maladies chroniques qui l'afflige. Pour faciliter notre analyse, nous avons divisé le nombre de maladies chroniques par personne âgée en quatre niveaux : aucune, de 1 à 2, de 3 à 4 et de 5 à 17. Le nombre de maladie chronique par personne âgée est significatif pour toutes les catégories avec  $p < 0,000$ . Nous observons que le nombre de maladies chroniques augmente en proportion selon les catégories. Nous constatons que 52,2% des personnes âgées de la catégorie (4) ont au moins cinq maladies chroniques. Dans la catégorie de référence, nous n'avons que 15,9% des gens ayant ce même nombre de maladies

---

<sup>41</sup> Ce terme a été utilisé dans le questionnaire en réponse à la question : Votre état de santé est-il  
1- très bon, 2- Bon, 3- Régulier, 4- Mauvais et 5- Très mauvais.

chroniques. La catégorie (2) est la moins affectée avec 22,9% des personnes âgées ayant cinq maladies chroniques ou plus. Dans la catégorie (5) toutes les personnes âgées sont affectées par au moins une maladie chronique.

Le nombre de limitations fonctionnelles a été évalué en analysant les résultats de l'échelle de Nagi (alpha de Cronbach = 0,749). Le nombre de limitations fonctionnelles est significatif pour toutes nos catégories ( $p < 0,000$ ). Le pourcentage de personnes âgées ayant plus de cinq limitations augmente avec les catégories. Il passe de 19,5% dans la catégorie (1) à 55,0 % pour la catégorie (4). Seule la catégorie (2) est plus basse avec 13,6%.

Le nombre d'incapacités à effectuer des activités quotidiennes ou domestiques, pour lequel les personnes âgées requièrent de l'aide, a été évalué. Il est significatif pour toutes les catégories ( $p < 0,000$ ). L'alpha de Cronbach est de 0,848. Nous avons déterminé quatre niveaux pour chaque personne âgée, soit : aucune incapacité, une incapacité, deux puis trois à dix sept. La catégorie (2) est la moins touchée avec 4,2% des personnes âgées ayant trois incapacités ou plus. Elle a le maximum de personnes âgées avec une seule incapacité (72,9%). Par ailleurs, les catégories (3) (4) et (5) sont plus hypothéquées avec respectivement 34,9%, 65,6% et 52,6% de personnes âgées avec trois incapacités ou plus. Les incapacités liées aux activités domestiques sont plus déterminantes que les autres.

Pour les difficultés liées aux activités quotidiennes (alpha de Cronbach = 0,751), les catégories (1) (3) et (4) ont des taux respectifs, pour trois incapacités ou plus, de 2,7%, 3,8% et 7,1% avec  $p < 0,000$ . La catégorie (5) comprend des personnes âgées avec principalement une ou deux difficultés quotidiennes ( $p = 0,000$ ) (La catégorie (2) ne contient pas de personnes âgées avec le niveau trois et plus tout comme la catégorie (0)).

Les difficultés dues aux activités domestiques sont présentes dans toutes les catégories à tous les niveaux (alpha de Cronbach = 0,836). Le taux de personnes âgées avec trois incapacités et plus est significatif dans toutes les catégories ( $p < 0,000$ ) et est plus important que pour les activités quotidiennes. Il passe de 15,9% à 59,3% pour trois incapacités et plus selon les catégories. La catégorie (2) est la moins touchée avec 2,6% seulement. Par ailleurs, nous constatons que, de la catégorie de référence aux autres, le nombre de personnes âgées sans difficulté chute immédiatement, passant de 95,5% à 34,3% dès la catégorie (1).

La vue, l'ouïe et la mastication ont été examinées et nous avons obtenu des « alpha de Cronbach » respectivement de 0,576, 0,704 et de 0,866. Nous ne considérerons donc pas les problèmes liés à la vue. Ceux dus à des difficultés d'entendement sont significatifs dans trois catégories, les (1) (3) et (4) ( $0,000 < p < 0,004$ ). Par ailleurs, les problèmes de mastication ne sont significatifs, par rapport à la catégorie de référence, que pour les catégories (3) et (4).

Le sentiment de dépression a été estimé (CES-D) et nous avons obtenu un alpha de Cronbach de 0,881. Le pourcentage de personnes âgées n'exprimant pas de symptômes dépressifs est significatif pour toutes les catégories ( $p < 0,001$ ). Il diminue progressivement et passe de 78,3% à 58,1% selon les catégories.

Les accidents et la condition physique n'ont pu être évalués à cause du peu de répondants aux questions correspondantes.

## **Section Habitudes de vie**



Cette section n'a pu être correctement estimée à cause également du taux élevé de données manquantes dans l'ensemble des questions associées à la consommation d'alcool, à la cigarette et à l'activité physique. Les analyses n'ont pas été poursuivies.

### **Section Réseaux sociaux**

#### **Aspects objectifs**

L'entourage des personnes âgées a été mesuré en considérant les amis, les enfants, les frères et sœurs, les neveux et nièces, le conjoint et les petits enfants. Le nombre de personnes composant l'entourage est significatif pour toutes les catégories ( $0,000 < p < 0,103$ ) sauf pour la quatrième. Cette dernière a sensiblement la même répartition que la catégorie de référence ( $p = 0,914$ ). Les catégories (1) et (3) sont celles qui ont le taux le plus élevé pour un entourage de 13 personnes et plus (respectivement 21,3% et 31,1%). Ces deux catégories sont aussi celles qui font appel principalement à l'aide informelle. La catégorie (5) est celle ayant généralement le plus petit réseau. Environ 37% des personnes âgées de cette catégorie ont un entourage plus petit ou égal à quatre personnes. La catégorie (2) suit de près avec environ 30,0% pour ce même entourage.

La fréquence des contacts et la qualité des contacts ont aussi été estimées. Le nombre de personnes vues par mois est généralement plus faible que celui de l'entourage. Il est significatif pour toutes les catégories ( $0,000 < p < 0,049$ ) sauf pour la première. Ainsi, les personnes âgées des catégories (2) (4) et (5) voient moins de huit personnes par mois à un taux respectif de 76,5%, 67,6% et 82,0%. Les personnes âgées appartenant à la catégorie (3) sont celles qui voient le plus de monde. Elles sont 21,3% à voir plus de treize personnes par mois.

La qualité des contacts a été exprimée en fonction du nombre de très bonnes relations. Le nombre de très bonnes relations est significatif pour toutes les catégories ( $0,022 < p < 0,087$ ) sauf pour la première. Le pourcentage de très bonnes relations avec treize personnes et plus est supérieur, dans toutes les catégories, à ceux de l'entourage et des personnes vues par mois. Par ailleurs, les catégories (2) (4) et (5) ont le plus petit nombre de très bonnes relations. Pour huit très bonnes relations et moins, ces catégories ont un taux respectif de 55,9%, 51,7% et 58,0%.

L'utilisation des services institutionnels a été regardée en examinant le nombre de types de services formels fréquentés (CLSC, polyclinique, urgence d'un hôpital et clinique externe d'un hôpital). Ce nombre ne tient pas compte de tous les autres services formels payés ou non (infirmier(es) sur place, aide à domicile à partir des institutions...). Par rapport à la catégorie de référence, le nombre de services institutionnels utilisés est significatif pour nos cinq autres catégories ( $0,000 < p < 0,031$ ). Ce nombre augmente progressivement avec les catégories.

L'endroit de résidence (dans leur maison, chez leur conjoint ou chez leur fils ou filles ou bien ailleurs) est significatif pour toutes les catégories ( $0,017 < p < 0,205$ ) sauf pour la première. Cette dernière est semblable à la catégorie de référence. Dans ce cas, 25,0% des personnes âgées habitent dans leur maison ou chez leur conjoint ou chez leur fils ou filles. Puis plus les catégories augmentent, plus le pourcentage de personnes âgées habitant ailleurs croît. Ce taux passe de 75,0% pour la catégorie (1) à 94,4% pour la catégorie (5).

Le fait d'habiter seul ou avec d'autres a été considéré. Les résultats sont significatifs pour toutes les catégories ( $0,000 < p < 0,002$ ) sauf pour la quatrième. Cette dernière a

sensiblement la même répartition que la catégorie de référence (environ 58% habitent seules). Les catégories (2) et (5) sont celles ayant le plus de personnes âgées habitant seules (respectivement 79,7% et 84,2%). Les catégories (1) et (3) n'ont qu'environ 36,0% de personnes âgées vivant seules. Ces deux dernières catégories sont celles qui utilisent l'aide informelle.

La proximité de l'entourage a été examinée à la fois dans son ensemble et selon la relation avec la personne âgée (amis, enfants,...). Nous avons dichotomisé en séparant ceux qui sont à moins de 30 minutes et les autres. Toutes les catégories sont significatives ( $0,001 < p < 0,090$ ) sauf la cinquième. Les catégories (1) et (3), faisant appel à l'aide informelle, correspondent à celles dont nous constatons le plus haut pourcentage d'entourage à moins de trente minutes. Si nous examinons plus en détails, ces dernières catégories ont environ 74,0% des enfants à l'intérieur de cette distance. Dans la catégorie (2), non mariées, ce sont les amis et les frères et sœurs. Pour la catégorie (4), les amis et les enfants se situent autour de 63,0% dans cette proximité. Dans le cas de la catégorie (5), les amis sont les plus proches suivis des frères et sœurs.

L'effet d'avoir un confident a été regardé, mais les résultats n'ont pas été significatifs en fonction de nos catégories. L'aide instrumentale reçue a été examinée et est semblable à l'analyse des incapacités selon nos cinq catégories.

#### **Aspect subjectif**

L'analyse de la satisfaction générale (alpha de Cronbach = 0,650) des personnes âgées et de leur satisfaction de la vie ne donnent pas de résultats probants. La catégorie (4) est celle qui se démarque le plus de la catégorie de référence avec 20,4% des personnes âgées non satisfaites de la vie ( $p < 0,001$ ).

Le contrôle de son sort (alpha de Cronbach = 0,749) est significatif pour toutes les catégories ( $0,000 < p < 0,017$ ) sauf pour la deuxième. Cette dernière a environ le même taux (16,0%) de personnes âgées que la catégorie de référence, exprimant un non contrôle de leur sort<sup>42</sup>. Nous constatons que l'expression d'un non contrôle augmente avec les catégories.

L'appartenance à une association n'est pas significative pour l'ensemble des catégories sauf pour la cinquième ( $p = 0,018$ ). Dans cette catégorie, 44,7% des individus font partis d'une association contrairement à environ 25,0% pour toutes les autres catégories. La catégorie de référence a 26,7% des personnes âgées qui appartiennent à une association. Les catégories (3) et (4) ont une valeur de « p » respectivement de 0,278 et de 0,256 avec 21,7% et 23,0% d'appartenance.

L'évaluation de la position sociale a été regardée. Le taux de valeurs manquantes a été trop élevé pour pouvoir tirer des résultats significatifs. L'analyse n'a pas été poursuivie.

### **Résumé**

Plusieurs prédicteurs ressortent et nous permettent de tracer un portrait particulier de chaque catégorie. De l'ensemble des blocs de variables prédictrices considérées, celles qui semblent caractériser le plus nos catégories appartiennent principalement aux blocs : démographique, fonctionnel (Nagi), maladies chroniques, entourage ou réseau social et incapacité de réaliser les activités de vie quotidienne ou domestique. Avant d'avancer plus avant, nous devons tenter d'établir un modèle statistique pour le faire. Mais au préalable, examinons le cas de Moncton.

---

<sup>42</sup> Mesuré au point médian du score de l'échelle plus 4 points.

Tableau 3-VII-17 : HM- Description des variables prédictrices pour les cinq catégories définies par notre typologie et avec la catégorie de référence (0).

Variables prédictrices	Catégories					
	0 N = 671	1 N = 329	2 N = 118	3 N = 106	4 N = 253	5 N = 38
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes
<b>1<sup>e</sup> Bloc : Soicodémographique</b>						
# de répondants :	n = 670	n = 327	n = 118	n = 104	n = 250	n = 38
<b>Âge</b>						
Moyenne (ans)	72,3	72,5	75,9	74,7	76,2	77,8
Écart type	5,81	5,86	6,28	6,61	7,05	7,26
<b>Sexe</b>						
Masculin ♂	39,6 %	29,8%	20,3%	30,2%	19,4%	23,7%
Féminin ♀	60,4 %	70,2%	79,7%	69,8%	80,6%	76,3%
<b>État civil</b>						
Marié	30,7 %	41,0%	15,3%	32,7%	22,9%	23,7%
Autre	69,3 %	59,0%	84,7%	67,3%	77,1%	76,3%
# de répondants :	n = 668	n = 329	n = 117	n = 105	n = 252	n = 38
<b>Éducation</b>						
Secondaire ou moins	88,9 %	94,2 %	88,9 %	96,2 %	90,1 %	94,7 %
Technique ou universitaire	11,1 %	5,8 %	11,1 %	3,8 %	9,9 %	5,3 %
# de répondants :	n = 639	n = 314	n = 111	n = 101	n = 238	n = 38
<b>Revenu individuel par mois</b>						
<= 600 \$	7,7 %	18,5 %	4,5 %	14,9 %	10,9 %	7,9 %
Entre 601 \$ et 1500 \$	78,7 %	73,9 %	84,7 %	78,2 %	80,3 %	86,8 %
>= 1501 \$	13,6 %	7,6 %	10,8 %	6,9 %	8,8 %	5,3 %
<b>2<sup>e</sup> Bloc : État de Santé</b>						
# de répondants :	n = 663	n = 318	n = 117	n = 104	n = 243	n = 37
<b>État de santé perçue</b>						
Très Bon à régulier	92,9 %	85,4%	85,2%	78,5%	68,6%	64,8%
Mauvais et moins	7,1 %	14,6%	14,8%	21,7%	31,5%	35,2%
<b>Symptômes dépressifs</b>						
% PA n'exprimant pas de symptômes au point median du score (20/40)	86,4 %	78,3 %	76,8 %	72,9 %	58,1 %	59,5 %
# de répondants :	n = 670	n = 327	n = 117	n = 106	n = 251	n = 38
<b>Fonctionnalité   Nagi</b>						
# de difficultés fonctionnelles						
0	56,0 %	24,5 %	25,6 %	14,1 %	7,2 %	10,5 %
1-2	28,4 %	35,5 %	29,0 %	27,3 %	11,2 %	10,5 %
3-4	11,6 %	20,5 %	31,6 %	31,2 %	26,6 %	29,0 %
5 et +	4,0 %	19,5 %	13,8 %	27,4 %	55,0 %	50,0 %

Tableau 3-VII-17 : SUITE - HM- Description des variables prédictrices selon les cinq catégories définies par notre typologie et avec la catégorie de référence (0).

Variables prédictrices	Catégories					
	0 N = 671	1 N = 329	2 N = 118	3 N = 106	4 N = 253	5 N = 38
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes
<b>2e Bloc : État de Santé (suite)</b>						
# de répondants :	n = 671	n = 328	n = 118	n = 107	n = 251	n = 38
<b>Vue – Ouïe - Mastication</b>						
<b>% PA exprimant de la difficulté</b>						
<b>Pour La Vue</b>						
au point median du score (5/10)	4,2 %	6,1 %	11,0 %	13,3 %	16,9 %	5,2 %
<b>Pour l’Ouïe</b>						
au point median du score +4 (15/22)	2,6 %	7,0 %	1,6 %	7,5 %	9,9 %	2,6 %
<b>Pour la Mastication</b>						
au point median du score (6/12)	38,3 %	38,9 %	42,4 %	53,8 %	55,9 %	52,7 %
# de répondants :	n = 671	n = 329	n = 118	n = 106	n = 253	n = 38
<b>Nombre de Maladies.Chroniques</b>						
0	14,8 %	8,8 %	7,6 %	4,7 %	3,2 %	0,0 %
1 à 2	40,2 %	30,1 %	32,2 %	22,6 %	17,3 %	15,8 %
3 à 4	29,1 %	35,0 %	37,3 %	34,0 %	27,3 %	42,1 %
5 et plus	15,9 %	26,1 %	22,9 %	38,7 %	52,2 %	42,1 %
# de répondants :	n = 670	n = 329	n = 118	n = 106	n = 253	n = 38
<b>% de PA par le # d’incapacités :</b>						
0	93,9 %	29,5 %	13,6 %	19,8 %	9,9 %	5,3 %
1	4,9 %	40,7 %	72,9 %	23,6 %	7,9 %	7,9 %
2	0,6 %	13,4 %	9,3 %	21,7 %	16,6 %	34,2 %
3 et +	0,6 %	16,4 %	4,2 %	34,9 %	65,6 %	52,6 %
# de répondants :	n = 670	n = 329	n = 118	n = 106	n = 253	n = 38
<b>% de PA par # d’AVQ,</b>						
0	97,8 %	80,9 %	76,3 %	77,4 %	43,5 %	36,8 %
1	2,1 %	14,0 %	22,9 %	16,0 %	34,4 %	47,4 %
2	0,1 %	2,4 %	0,8 %	2,8 %	15,0 %	13,2 %
3 et +	0,0 %	2,7 %	0,0 %	3,8 %	7,1 %	2,6 %
# de répondants :	n = 670	n = 329	n = 118	n = 106	n = 253	n = 38
<b>% de PA par # d’AVD</b>						
0	95,5 %	34,3 %	28,8 %	22,6 %	11,5 %	5,3 %
1	3,7 %	41,3 %	64,4 %	25,5 %	14,6 %	31,6 %
2	0,3 %	8,5 %	4,2 %	18,9 %	14,6 %	15,8 %
3 et +	0,5 %	15,9 %	2,6 %	33,0 %	59,3 %	47,3 %

Tableau 3-VII-17 : SUITE - HM- Description des variables prédictrices selon les cinq catégories définies par notre typologie et avec la catégorie de référence (0).

Variables prédictrices	Catégories					
	0 N = 671	1 N = 329	2 N = 118	3 N = 106	4 N = 253	5 N = 38
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes
<b>3<sup>e</sup> Bloc : Habitudes de vie : Données insuffisantes</b>						
<b>4<sup>e</sup> Bloc : Réseau social ; Aspect Objectif</b>						
# de répondants :	n = 671	n = 329	n = 118	n = 106	n = 253	n = 38
<b>Nombre de personnes (Réseau) :</b>						
0	4,0 %	1,5 %	4,2 %	0,9 %	4,0 %	7,9 %
1 à 4	22,1 %	12,5 %	26,3 %	16,0 %	20,6 %	28,9 %
5 à 8	30,0 %	34,3 %	29,7 %	16,9 %	29,2 %	31,6 %
9 à 12	27,4 %	30,4 %	33,1 %	33,0 %	33,2 %	23,7 %
13 et +	16,5 %	21,3 %	6,8 %	31,1 %	13,0 %	7,9 %
# de répondants :	n = 638	n = 320	n = 111	n = 103	n = 241	n = 37
<b># de personnes vues/mois :</b>						
1 à 4	23,8 %	25,6 %	39,6 %	18,4 %	39,4 %	46,9 %
5 à 8	34,1 %	30,6 %	36,9 %	29,1 %	28,2 %	35,1 %
9 à 12	23,8 %	25,6 %	18,0 %	31,1 %	21,9 %	11,5 %
13 et +	18,1 %	18,2 %	5,4 %	21,3 %	10,3 %	5,4 %
# de répondants :	n = 654	n = 325	n = 115	n = 105	n = 248	n = 38
<b># de très bonnes relations :</b>						
1 à 4	18,0 %	14,1 %	20,8 %	14,3 %	21,8 %	31,6 %
5 à 8	27,3 %	27,7 %	33,1 %	21,9 %	29,9 %	26,4 %
9 à 12	29,7 %	29,9 %	33,9 %	28,6 %	27,9 %	21,1 %
13 et +	24,7 %	28,2 %	12,2 %	35,3 %	20,4 %	21,0 %
# de répondants :	n = 654	n = 325	n = 115	n = 105	n = 248	n = 38
<b>Utilisation des Services institutionnels</b>						
# de services utilisés :						
1	85,2 %	73,9 %	78,1 %	69,7 %	66,9 %	73,7 %
2	11,6 %	20,0 %	14,9 %	23,2 %	21,6 %	15,8 %
3 - 4	3,1 %	6,2 %	7,0 %	7,1 %	11,4 %	10,5 %

Tableau 3-VII-17 : SUITE - HM- Description des variables prédictrices selon les cinq catégories définies par notre typologie et avec la catégorie de référence (0).

Variables prédictrices	Catégories					
	0 N = 671	1 N = 329	2 N = 118	3 N = 106	4 N = 253	5 N = 38
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes
<b>4<sup>e</sup> Bloc : Réseau social ; Aspect Objectif (suite)</b>						
# de répondants :	n = 648	n = 316	n = 111	n = 103	n = 247	n = 36
<b>Endroit de résidences :</b>						
Chez : Soi, Conjoint, Fils-fille	25,2 %	25,0 %	18,9 %	31,1 %	18,2 %	5,6 %
Autres	74,8 %	75,0 %	81,1 %	68,9 %	81,8 %	94,4 %
# de répondants :	n = 671	n = 329	n = 118	n = 106	n = 253	n = 38
<b>Habite seul ou avec d'autres</b>						
Seul	56,3 %	36,2 %	79,7 %	37,7 %	59,7 %	84,2 %
Avec d'autres	43,7 %	63,8 %	20,3 %	62,3 %	40,3 %	15,8 %
# de répondants :	n = 671	n = 329	n = 118	n = 106	n = 253	n = 38
<b>Proximité de l'entourage</b>						
Moins de 30 minutes	20,3 %	15,8 %	11,0 %	13,2 %	10,7 %	15,8 %
Plus de 30 minutes	79,7 %	84,2 %	89,0 %	86,8 %	89,3 %	84,2 %
<b>5<sup>e</sup> Bloc : Réseau social ; Aspect Subjectif</b>						
# de répondants :	n = 663	n = 318	n = 117	n = 104	n = 243	n = 37
<b>Satisfaction générale</b>						
<b>Satisfaction du Domicile</b>						
Très satisfait à Assez	87,0%	90,0%	89,9%	92,3%	85,5%	86,9%
Plus ou moins à Pas	23,0%	10,0%	10,1%	7,7%	14,5%	13,1%
<b>Satisfaction du Quartier</b>						
Très satisfait à Assez	83,4%	85,2%	89,8%	83,5%	81,8%	79,0%
Plus ou moins à Pas	16,6%	14,8%	10,2%	16,5%	18,2%	21,0%
<b>Satisfaction de la Vie</b>						
Très satisfait à Assez	92,9%	89,3%	89,7%	88,3%	79,6%	86,4%
Plus ou moins à Pas	7,1%	10,7%	10,3%	11,7%	20,4%	13,6%
# de répondants :	n = 666	n = 316	n = 118	n = 102	n = 241	n = 37
<b>Contrôle de son sort</b>						
% PA exprimant un Non Contrôle						
Au point médian du score (14/28)	2,4 %	4,0 %	2,5 %	2,0 %	7,0 %	10,8 %
Au point médian du score + 4 (18/28)	15,4 %	20,8 %	16,9 %	29,4 %	33,2 %	37,8 %



Tableau 3-VII-18 : HM- Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro).

Variables prédictrices	Catégories						Ajustement global & R2L McFadden	Alpha de Cronbach
	0	1	2	3	4	5		
	N = 671 Sous échantillon de Référence Sans Aide	N = 329 Aide Informelle unique, Tâche simple	N = 118 Aide Formelle unique, Tâche simple	N = 106 Aide Informelle multiple, Tâches complexes	N = 253 Aide Mixte, Tâches complexes	N = 38 Aide Formelle multiple, Tâches complexes		
<b>1<sup>e</sup> Bloc : Sociodémographique</b>								
<b>Âge</b>								[0,000]   [0,025]
Coef. de rég.		[0,530]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,007	1,093	1,067	1,100	1,134		
IC-95%		0,985-1,030	1,061-1,126	1,033-1,102	1,075-1,126	1,081-1,190		
<b>Sexe :</b>								[0,000]   [0,011]
<b>Masculin ♂ / féminin ♀</b>								
Coef. de rég.		[0,002]	[0,000]	[0,064]	[0,000]	[0,054]		
Rapport de cote (OR) - femme	1	1,548	2,572	1,519	2,791	2,116		
IC-95%		1,167-2,053	1,601-4,133	0,976-2,364	1,966-3,963	0,986-4,542		
<b>État civil :</b>								[0,000]   [0,010]
<b>(en Couple ou non)</b>								
Coef. de rég.		[0,001]	[0,001]	[0,683]	[0,020]	[0,058]		
Rapport de cote (OR) – non mariée	1	0,638	2,461	0,912	1,492	2,363		
IC-95%		0,485-0,840	1,452-4,173	0,587-1,418	1,064-2,093	0,973-5,738		
<b>Éducation</b>								[0,016]   [0,003]
Coef. de rég.		[0,008]	[0,992]	[0,029]	[0,614]	[0,273]		
Rapport de cote (OR) - > secondaire	1	0,492	1,003	0,318	0,884	0,446		
IC-95%		0,292-0,830	0,537-1,875	0,114-0,889	0,548-1,427	0,105-1,890		
<b>Revenu individuel par mois</b>								[0,020]   [0,003]
Coef. de rég.		[0,016]	[0,324]	[0,021]	[0,005]	[0,288]		
Rapport de cote (OR) - > 901\$/mois	1	0,715	0,816	0,604	0,649	0,698		
IC-95%		0,544-0,938	0,545-1,223	0,393-0,928	0,480-0,878	0,360-1,354		

Tableau 3-VII-18 : SUITE; HM- Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro).

Variables prédictrices	Catégories						Ajustement global & R2L McFadden	Alpha de Cronbach
	0	1	2	3	4	5		
	N = 671 Sous échantillon de Référence Sans Aide	N = 329 Aide Informelle unique, Tâche simple	N = 118 Aide Formelle unique, Tâche simple	N = 106 Aide Informelle multiple, Tâches complexes	N = 253 Aide Mixte, Tâches complexes	N = 38 Aide Formelle multiple, Tâches complexes		
<b>2<sup>e</sup> Bloc : État de Santé</b>								
<b>État de santé perçue</b>							[0,000]   [0,021]	
Coef. de rég.		[0,000]	[0,007]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) - mauvais	1	2,233	2,266	3,620	5,994	7,076		
IC-95%		1,454-3,427	1,251-4,106	2,091-6,268	4,019-8,940	3,385-14,791		
<b>Symptômes dépressifs</b>							[0,000]   [0,021]	<b>[0,881]</b>
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,036	1,047	1,057	1,087	1,083		
IC-95%		1,017-1,056	1,020-1,074	1,030-1,085	1,067-1,108	1,045-1,122		
<b>Fonctionnalité   Nagi</b>							[0,000]   [0,117]	<b>[0,749]</b>
# de difficultés fonctionnelles								
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) - > 2 difficultés	1	2,360	2,510	3,786	8,044	6,591		
IC-95%		1,991-2,798	1,958-3,217	2,850-5,029	6,148-10,524	3,757-11,563		
<b>La Vue, difficulté ou non</b>							[0,000]   [0,019]	<b>[0,576]</b>
Coef. de rég.		[0,002]	[0,076]	[0,000]	[0,000]	[0,006]		
Rapport de cote (OR) – pas de diff.	1	0,848	0,870	0,723	0,29	0,732		
IC-95%		0,764-0,943	0,746-1,015	0,626-0,836	0,567-0,699	0,584-0,916		
<b>L’Ouïe, difficulté ou non</b>							[0,000]   [0,008]	<b>[0,704]</b>
Coef. de rég.		[0,002]	[0,919]	[0,004]	[0,000]	[0,490]		
Rapport de cote (OR) – pas de diff.	1	0,939	0,996	0,926	0,902	0,965		
IC-95%		0,902-0,977	0,926-1,072	0,879-0,976	0,868-0,937	0,873-1,067		
<b>Mastication, capable ou difficile</b>							[0,000]   [0,007]	<b>[0,866]</b>
Coef. de rég.		[0,422]	[0,844]	[0,026]	[0,000]	[0,298]		
Rapport de cote (OR) - difficile	1	1,043	1,016	1,173	1,291	1,129		
IC-95%		0,941-1,156	0,870-1,186	1,019-1,350	1,172-1,422	0,898-1,420		

Tableau 3-VII-18 : SUITE; HM- Description des variables prédictives selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro).

Variables prédictives	Catégories						Ajustement global & R2L McFadden	Alpha de Cronbach
	0	1	2	3	4	5		
	N = 671 Sous échantillon de Référence Sans Aide	N = 329 Aide Informelle unique, Tâche simple	N = 118 Aide Formelle unique, Tâche simple	N = 106 Aide Informelle multiple, Tâches complexes	N = 253 Aide Mixte, Tâches complexes	N = 38 Aide Formelle multiple, Tâches complexes		
<b>2° Bloc : État de Santé (suite)</b>								
<b># de Maladies.Chroniques</b>							[0,000]   [0,040]	<b>[0,573]</b>
Coef. de rég.		[0,000]	[0,010]	[0,000]	[0,000]	[0,006]		
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,219	1,163	1,422	1,625	1,488		
IC-95%		1,127-1,319	1,037-1,303	1,274-1,587	1,495-1,766	1,265-1,749		
<b># d'incapacités</b>							[0,000]   [0,258]	<b>[0,852]</b>
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) - > 2	1	24,375	26,424	44,560	121,670	95,859		
IC-95%		17,025-34,899	17,391-40,150	28,613-69,396	78,703-188,095	50,485-182,013		
<b># AVQ</b>							[0,000]   [0,087]	<b>[0,704]</b>
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) - > 2	1	11,127	12,220	13,863	44,777	47,182		
IC-95%		6,306-19,634	6,385-23,388	7,225-26,602	25,560-78,441	22,904-97,192		
<b># AVD</b>							[0,000]   [0,230]	<b>[0,836]</b>
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) > 2	1	26,103	22,205	46,588	105,599	92,424		
IC-95%		17,659-38,587	14,266-34,562	29,369-73,902	68,200-166,617	49,061-174,117		
<b>3° Bloc : Habitudes de vie ; Données insuffisantes ou non significative</b>								

Tableau 3-VII-18 : SUITE; HM- Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro).

Variables prédictrices	Catégories						Ajustement global & R2L McFadden	Alpha de Cronbach
	0 N = 671	1 N = 329	2 N = 118	3 N = 106	4 N = 253	5 N = 38		
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes		
<b>4<sup>e</sup> Bloc : Réseau social : Aspect Objectif</b>								
<b>Nombre de personnes (Réseau)</b>								
Coef. de rég.		[0,000]	[0,103]	[0,000]	[0,914]	[0,042]	[0,000]   [0,010]	
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,066	0,962	1,118	0,998	0,921		
IC-95%		1,032-1,100	0,918-1,008	1,062-1,176	0,965-1,033	0,850-0,997		
<b># de personnes vues/mois</b>								
Coef. de rég.		[0,660]	[0,000]	[0,049]	[0,000]	[0,002]	[0,000]   [0,012]	[0,443]
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,007	0,897	1,047	0,934	0,868		
IC-95%		0,977-1,037	0,853-0,944	1,000-1,096	0,901-0,967	0,795-0,949		
<b># de très bonnes relations</b>								
Coef. de rég.		[0,243]	[0,022]	[0,087]	[0,051]	[0,058]	[0,001]   [0,005]	[0,371]
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,017	0,949	1,040	0,968	0,930		
IC-95%		0,988-1,047	0,908-0,992	0,994-1,087	0,938-1,000	0,863-1,002		
<b># de type de services institutionnels utilisés</b>								
Coef. de rég.		[0,000]	[0,031]	[0,000]	[0,000]	[0,010]	[0,000]   [0,011]	[0,443]
Rapport de cote (OR) - > 2	1	1,652	1,474	1,860	2,198	1,903		
IC-95%		1,293-2,110	1,035-2,099	1,329-2,602	1,723-2,806	1,165-3,107		
<b>Endroit de résidence : Chez soi, son conjoint, son fils/fille OU ailleurs</b>								
Coef. de rég.		[0,959]	[0,158]	[0,205]	[0,029]	[0,017]	[0,002]   [0,004]	
Rapport de cote (OR) - ailleurs	1	1,008	1,440	0,746	1,509	5,713		
IC-95%		1,293-2,110	1,035-2,099	1,329-2,602	1,723-2,806	1,165-3,107		
<b>Habite seul ou avec d'autres</b>								
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,359]	[0,002]	[0,000]   [0,024]	
Rapport de cote (OR) – avec d'autres	1	2,277	0,329	2,129	0,871	0,242		
IC-95%		1,735-2,988	0,205-0,529	1,397-3,244	0,650-1,169	0,100-0,586		
<b>Proximité de l'entourage</b>								
Coef. de rég.		[0,090]	[0,020]	[0,090]	[0,001]	[0,504]	[0,004]   [0,004]	
Rapport de cote (OR) - > 30 min.	1	1,364	2,053	1,670	2,128	1,356		
IC-95%		0,953-1,923	1,120-3,765	0,923-3,022	1,369-3,308	0,556-3,308		

Tableau 3-VII-18 : SUITE; HM- Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro).

Variables prédictrices	Catégories						Ajustement global & R2L McFadden	Alpha de Cronbach
	0 N = 671	1 N = 329	2 N = 118	3 N = 106	4 N = 253	5 N = 38		
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes		
<b>5<sup>e</sup> Bloc : Réseau social : Aspect Subjectif</b>								
<b>Satisfaction générale</b>								<b>[0,650]</b>
Domicile - Quartier - Vie								
Coef. de rég.		[0,683]	[0,273]	[0,598]	[0,005]	[0,813]	[0,040]   [0,003]	
Rapport de cote (OR) – pas satisfait	1	1,011	0,955	0,978	1,083	1,016		
IC-95%		0,959-1,066	0,881-1,037	0,898-1,064	1,025-1,144	0,893-1,156		
Satisfaction de la Vie							[0,180] [0,010]	
Coef. de rég.		[0,191]	[0,567]	[0,552]	[0,000]	[0,243]		
Rapport de cote (OR) – pas satisfait	1	1,146	1,091	1,101	2,018	1,331		
IC-95%		0,934 – 1,405	0,809 – 1,472	0,802 – 1,511	1,630 – 2,498	0,819 – 2,160		
<b>Contrôle de son sort</b>								<b>[0,749]</b>
Coef. de rég.		[0,017]	[0,261]	[0,004]	[0,000]	[0,000]	[0,000]   [0,014]	
Rapport de cote (OR) – en contrôle	1	0,955	0,969	0,919	0,864	0,855		
IC-95%		0,920-0,992	0,917-1,024	0,868-0,973	0,829-0,900	0,785-0,931		

## **2- Moncton**

Nous procéderons de la même manière que dans le cas d'Hochelaga-Maisonneuve. Nous élaborerons la partie descriptive (tableau : 3-VII-19) associée à nos différents blocs de variables prédictrices. Cette description sera appuyée par nos résultats d'analyses de régression logistique et de fidélité selon le cas (tableau : 3-VII-20).

### **Section Sociodémographique**

Là encore, nous constatons que l'âge moyen augmente progressivement avec les catégories. Il passe de 72,5 ans à 79,4 ans de la catégorie 1 à la catégorie 5 [ l'âge moyen de la catégorie (0) est de 72 ans ]. Ces moyennes sont toutes significatives ( $p < 0,132$ ).

Le fait d'être une femme (ou un homme) semble jouer un rôle déterminant dans la composition de nos catégories. La catégorie de référence (0) est composée d'environ 61,0% de femmes. Pour sa part, la catégorie (5) en a un pourcentage de 93,0%. Les différences par rapport à la catégorie (0) sont toutes significatives avec une valeur de  $p < 0,173$ .

L'état civil des personnes âgées est également très significatif. Ainsi, la catégorie (1) a un pourcentage d'environ 72,0% de personnes âgées mariées alors que la catégorie (2) est composée principalement (70,0%) de célibataires, de veufs et de personnes âgées séparées. Trois catégories sur cinq (les 1-2-5) sont significatives ( $p < 0,001$ ) pour la proportion de personnes âgées vivant en couple, par rapport à la catégorie de référence. Le pourcentage de personnes âgées en couple des catégories (2-3-5) est plus faible que celui de la catégorie de référence (0).

Les niveaux d'éducation ont aussi été dichotomisés (les personnes âgées avec un niveau secondaire ou inférieur et celles ayant des études techniques ou universitaires). Seules les

catégories (2) (3) et (5) se démarquent de la catégorie de référence. La catégorie (3) a un plus grand taux de personnes âgées ne dépassant pas le niveau secondaire avec 91,6% |  $p=0,006$ . Les catégories (2) et (5) ont toutes deux des taux d'éducation plus faibles que celui de la catégorie de référence (respectivement 67,5% |  $p=0,003$  et 53,6% |  $p=0,001$ ). Ces deux catégories sont composées en majorité de personnes seules.

En général, les personnes âgées ont un revenu plus élevé que celles d'Hochelaga-Maisonneuve. Les niveaux de revenus semblent plus étagés dans Moncton que dans Hochelaga-Maisonneuve. Par ailleurs, il y a moins de personnes âgées, ayant un revenu de 1501\$ et plus, dans les cinq catégories que dans celle de référence. Les catégories (2) et (5) comprennent les personnes âgées les plus à l'aise.

Les aspects « statut professionnel » et « occupationnel », dans la section socio-démographique de notre modèle, n'ont pas donné de renseignements significatifs en fonction des différentes catégories.

### **Section État de santé**

La santé perçue par les personnes âgées est significative pour toutes les catégories avec  $p < 0,001$  sauf pour la catégorie (2). Dans la catégorie de référence 97,0% des gens se disent de très bonne santé à une santé régulière. Cette appréciation diminue autour de 93,0% pour la catégorie (1). Le taux chute à 81,0% pour les catégories (3-4-5). La catégorie (2) n'est pas significative ( $p=0,497$ ) et avec environ 96,0% de personnes âgées satisfaites, elle est semblable à la catégorie de référence (0).

Le bilan clinique a été évalué en analysant les problèmes de santé répertoriés en tenant compte des maladies chroniques déclarées. La fonctionnalité au sens de Nagi (1976,

1980) et les incapacités quotidiennes et domestiques ont aussi été examinées. Les problèmes de la vue, de l'ouïe et de la mastication ont été mesurés.

Nous avons divisé le nombre de maladies chroniques par personne âgée en trois niveaux : de 1 à 2, de 3 à 4 et 5 ou plus. Le nombre de maladie chronique par personne âgée est significatif pour toutes les catégories avec  $p < 0,001$ . Nous observons que le nombre de maladies chroniques, par personne âgée augmente en fonction des catégories. Nous constatons qu'environ 40,0% des personnes âgées des catégories (4-5) ont au moins cinq maladies chroniques. Dans la catégorie de référence, nous n'avons que 8,6% des gens ayant ce même nombre de maladies chroniques. La catégorie (1) est la moins affectée avec 14,6% des personnes âgées ayant cinq maladies chroniques ou plus.

Le nombre de limitations fonctionnelles a été évalué en analysant les résultats de l'échelle de Nagi (alpha de Cronbach = 0,814). Le nombre de limitations fonctionnelles est significatif pour toutes nos catégories ( $p < 0,001$ ). Le pourcentage de personnes âgées ayant plus de cinq limitations augmente avec les catégories. Il passe de 9,4% dans la catégorie (1) à 28,9% pour la catégorie (4). La catégorie (5) est celle qui comporte la plus forte proportion de personnes âgées avec plus de 3 limitations fonctionnelles (67,9%).

Le nombre d'incapacités à effectuer des activités quotidiennes ou domestiques, pour lesquelles les personnes âgées requièrent de l'aide, a été évalué. Il est significatif pour toutes les catégories ( $p < 0,001$ ). L'alpha de Cronbach est de 0,823. Nous avons déterminé quatre niveaux pour chaque personne âgée, soit : aucune, une incapacité, deux puis trois et plus. La catégorie (2) est la moins touchée avec 5,0% des personnes âgées ayant trois incapacités ou plus. Par ailleurs, les catégories (3) (4) sont plus hypothéquées avec



respectivement 37,4% et 48,0% de personnes âgées avec trois incapacités ou plus. Les incapacités liées aux activités domestiques sont plus déterminantes que les autres.

Pour les difficultés liées aux activités quotidiennes (alpha de Cronbach = 0,707) toutes les catégories sont significatives ( $p < 0,001$ ). Par ailleurs, les catégories (1) (3) et (4) ont des taux respectifs relativement minime, pour trois incapacités ou plus, de 1,4%, 1,9% et 3,2%. La catégorie (5) ne contient pas de personnes âgées avec le niveau trois et plus.

Les difficultés dues aux activités domestiques sont présentes dans toutes les catégories (alpha de Cronbach = 0,816). Le taux de personnes âgées avec trois incapacités domestiques est plus important que pour les activités quotidiennes. Il passe de 4,9% à 42,9% selon les catégories. La catégorie (2) est la moins touchée avec 4,9%. Par ailleurs, nous constatons que le nombre de personnes âgées sans difficulté chute immédiatement, passant de 98,2% pour la catégorie (0) à 50,8% dès la catégorie (1).

Les difficultés liées à la vue, l'ouïe et la mastication ont été examinées et nous avons obtenu des « alpha de Cronbach » respectivement de 0,538, 0,776 et de 0,718. Nous ne considérerons donc pas les problèmes liés à la vue. Ceux dus à des difficultés d'audition sont significatifs dans trois catégories, les (3-4-5) ( $0,006 < p < 0,009$ ). Par ailleurs, les problèmes de mastication ne sont significatifs, par rapport à la catégorie de référence, que pour les catégories (3) et (4).

Le sentiment de dépression a été estimé (CES-D) et nous avons obtenu un alpha de Cronbach de 0,877. Le pourcentage de personnes âgées n'exprimant pas de symptômes dépressifs est significatif pour toutes les catégories ( $p < 0,040$ ). Il diminue progressivement et passe de 90,8% à 80,6% selon les catégories.

Les accidents et la condition physique n'ont pu être évalués à cause du taux élevé de données manquantes. Les analyses n'ont pas été effectuées.

### **Section Habitudes de vie**

Cette section n'a pu être correctement estimée à cause également du taux élevé de données manquantes dans l'ensemble des questions associées à la consommation d'alcool, à la cigarette et à l'activité physique. Les analyses n'ont pas été poursuivies.

### **Section Réseaux sociaux**

#### **Aspects objectifs**

L'entourage des personnes âgées a été mesuré en considérant les amis, les enfants, les frères et sœurs, les neveux et nièces, le conjoint et les petits enfants. Le nombre de personnes composant l'entourage est significatif pour toutes les catégories ( $0,000 < p < 0,046$ ) sauf pour la quatrième. Cette dernière a sensiblement la même répartition que la catégorie de référence ( $p = 0,764$ ). Les catégories (1) et (3) sont celles qui ont le taux le plus élevé pour un entourage de 13 personnes et plus (respectivement 71,1% et 72,9%). Ces deux catégories sont aussi celles qui font appel principalement à l'aide informelle. La catégorie (5) est celle ayant le plus petit réseau. Environ 71,5% des personnes âgées de cette catégorie ont un entourage plus petit ou égal à huit personnes. La catégorie (2) suit avec environ 28,1% pour ce même entourage.

La fréquence et la qualité des contacts ont aussi été estimées. Le nombre de personnes vues par mois est généralement plus faible que celui de l'entourage. Il est significatif pour toutes les catégories ( $0,000 < p < 0,157$ ) sauf pour la troisième. Ainsi, les personnes âgées des catégories (2) (4) et (5) voient moins de huit personnes par mois à un taux respectif de 55,0%, 51,0% et 85,7%. Les personnes âgées appartenant à la catégorie (1) sont celles qui voient le plus de monde. Elles sont 35,0% à voir plus de treize personnes par mois.

La qualité des contacts a été exprimée en fonction du nombre de très bonnes relations. Le nombre de très bonnes relations est significatif pour toutes les catégories ( $0,000 < p < 0,019$ ) sauf pour la quatrième. Les catégories (2) (4) et (5) ont le plus petit nombre de très bonnes relations. Pour huit très bonnes relations et moins, ces catégories ont un taux respectif de 26,5%, 22,3% et 60,8%.

L'utilisation des services institutionnels a été regardée en examinant le nombre de types de services formels<sup>43</sup> fréquentés (polyclinique, urgence d'un hôpital et clinique externe d'un hôpital). Ce nombre ne tient pas compte de tous les autres services formels payés ou non (infirmier(es) sur place, aide à domicile à partir des institutions...). Par rapport à la catégorie de référence, le nombre de services institutionnels utilisés est significatif pour nos cinq autres catégories ( $0,011 < p < 0,086$ ) sauf pour la catégorie (2). La majorité des personnes âgées utilisent un seul service institutionnel (>80%) dans les catégories (1), (3) et (5). Dans les catégories (2) et (4), les personnes âgées utilisent principalement de un à deux services.

Nous avons analysé l'endroit de résidence (dans leur maison, chez leur conjoint ou chez leur fils ou filles ou bien ailleurs). Il est significatif pour toutes les catégories ( $0,000 < p < 0,014$ ) sauf pour la troisième. Cette dernière est semblable à la catégorie de référence. Dans ce cas, environ 34% des personnes âgées habitent dans leur maison ou chez leur conjoint ou chez leur fils ou filles. Pour les catégories (2), (4) et (5), le pourcentage de personnes âgées habitant ailleurs augmente progressivement. Ce taux passe de 48,0% pour la catégorie (1) à 89,3% pour la catégorie (5).

---

<sup>43</sup> Les CLSC n'existent pas à Moncton.

Le fait d'habiter seul ou avec d'autres a été considéré. Les résultats sont significatifs pour toutes les catégories ( $0,000 < p < 0,027$ ) sauf pour la quatrième. Cette dernière a sensiblement la même répartition que la catégorie de référence (environ 32% habitent seules). Les catégories (2) et (5) sont celles ayant le plus de personnes âgées habitant seules (respectivement 62,0% et 92,9%). Les catégories (1) et (3) ont respectivement 16,5% et 22,4% de personnes âgées vivant seules. Ces deux dernières catégories sont celles qui utilisent l'aide informelle.

La proximité de l'entourage a été examinée à la fois dans son ensemble et selon la relation avec la personne âgée (amis, enfants,...). Nous avons dichotomisé la distance en séparant ceux qui sont à moins de 30 minutes des autres. Toutes les catégories sont significatives ( $0,002 < p < 0,067$ ) sauf la quatrième. Les catégories (1) et (3), faisant appel à l'aide informelle, correspondent à celles dont nous constatons le plus haut pourcentage d'entourage à moins de trente minutes. Si nous examinons plus en détails, ces dernières catégories ont respectivement 79% et 92,5% d'enfants à l'intérieur de cette distance. Dans la catégorie (2), non mariées, ce sont les amis et les frères et sœurs. Pour la catégorie (4), les amis se situent autour de 87,3% dans cette proximité. Dans le cas de la catégorie (5), les amis sont encore les plus proches suivis des frères et sœurs.

L'effet d'avoir un confident a été regardé, mais les résultats n'ont pas été significatifs en fonction de nos catégories. L'aide instrumentale reçue a été examinée et est semblable à l'analyse des incapacités selon nos cinq catégories.

#### **Aspect subjectif**

L'analyse de la satisfaction générale (alpha de Cronbach = 0,767) des personnes âgées et de leur satisfaction de la vie ne donnent pas de résultats probants. La catégorie (4) est

celle qui se démarque le plus de la catégorie de référence avec 10,2% des personnes âgées non satisfaites de la vie ( $p < 0,001$ ). Le contrôle de son sort (alpha de Cronbach = 0,829) est significatif pour les catégories (1) et (4) ( $0,003 < p < 0,217$ ). De 16% à 24% des personnes âgées expriment un non contrôle de leur sort<sup>44</sup> selon les catégories.

L'appartenance à une association est plus significative dans Moncton que dans Hochelaga-Maisonneuve. Environ le double (53% dans la catégorie de référence) de personnes âgées appartient à une association dans Moncton. Les catégories (2), (3) et (4) sont significatives avec  $0,006 < p < 0,018$  avec des niveaux d'appartenance respectifs de 61,2%, 38,3% et 46,6%. La catégorie (5) est semblable à la catégorie de référence avec 53,6% d'appartenance ( $p = 0,952$ ).

L'évaluation de la position sociale a été regardée. Le taux de valeurs manquantes a été trop élevé. L'analyse des données n'a pas été poursuivie.

### **Résumé**

Dans cette région (Moncton), plusieurs prédicteurs ressortent également et nous permettent de tracer un portrait particulier de chaque catégorie. De l'ensemble des blocs de variables prédictives considérées, celles qui semblent caractériser le plus nos catégories appartiennent encore aux blocs : démographique, fonctionnel (Nagi), maladies chroniques, entourage ou réseau social et incapacité de réaliser les activités de vie quotidienne ou domestique.

---

<sup>44</sup> Mesuré au point médian du score de l'échelle plus 4 points.

Tableau 3-VII-19 : - MCT - Description des variables prédictrices selon les cinq catégories définies par notre typologie et avec la catégorie de référence (0).

Variables prédictrices	Catégories					
	0 N = 603	1 N = 419	2 N = 121	3 N = 107	4 N = 221	5 N = 28
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes
<b>1<sup>e</sup> Bloc : Sociodémographique</b>						
# de répondants :	n = 591	n = 409	n = 119	n = 105	n = 220	n = 28
<b>Âge</b>						
Moyenne (ans)	72,0	72,5	76,3	75,9	77,8	79,4
Écart type	5,68	5,85	6,43	7,00	6,05	5,13
<b>Sexe</b>						
Masculin ♂	38,5 %	42,7 %	22,3 %	28,0 %	29,9 %	7,1 %
Féminin ♀	61,5 %	57,3 %	77,7 %	72,0 %	70,1 %	92,9 %
<b>État civil</b>						
Marié	54,8 %	72,1 %	29,8 %	32,7 %	59,3 %	7,1 %
Autre	45,2 %	27,9 %	70,2 %	67,3 %	40,7 %	92,9 %
# de répondants :	n = 602	n = 419	n = 120	n = 107	n = 221	n = 28
<b>Éducation :</b>						
Secondaire ou moins	80,1 %	83,1 %	67,5 %	91,6 %	79,6 %	53,6 %
Technique ou universitaire	19,9 %	16,9 %	32,5 %	8,4 %	20,4 %	46,4 %
# de répondants :	n = 543	n = 391	n = 115	n = 102	n = 210	n = 27
<b>Revenu individuel par mois :</b>						
<= 600 \$	11,8 %	19,4 %	13,0 %	22,5 %	20,0 %	0,0 %
Entre 601 \$ et 1500 \$	56,2 %	56,5 %	67,0 %	65,7 %	61,4 %	74,1 %
>= 1501 \$	32,0 %	24,0 %	20,0 %	11,8 %	18,6 %	25,9 %
<b>2<sup>e</sup> Bloc : État de Santé</b>						
# de répondants :	n = 598	n = 414	n = 119	n = 107	n = 218	n = 27
<b>État de santé perçue</b>						
Très Bon à régulier	97,0 %	93,3 %	95,8 %	80,4 %	83,5 %	81,4 %
Mauvais et moins	3,0 %	6,7 %	4,2 %	19,6 %	16,5 %	18,6 %
<b>Symptômes dépressifs</b>						
% PA n'exprimant pas de symptômes au point médian du score (10/20)	91,9 %	90,8 %	88,6 %	87,0 %	80,6 %	82,1 %
# de répondants :	n = 603	n = 419	n = 121	n = 107	n = 221	n = 28
<b>Fonctionnalité   Nagi</b>						
# de difficultés fonctionnelles						
0	65,2 %	43,9 %	21,5 %	32,7 %	10,9 %	17,9 %
1-2	24,5 %	32,2 %	42,1 %	31,8 %	29,9 %	14,2 %
3-4	8,0 %	14,5 %	24,0 %	21,4 %	30,3 %	46,5 %
5 et +	2,3 %	9,4 %	12,4 %	14,1 %	28,9 %	21,4 %

Tableau 3-VII-19 : SUITE - MCT- Description des variables prédictrices selon les cinq catégories définies par notre typologie et avec la catégorie de référence (0).

Variables prédictrices	Catégories					
	0 N = 603	1 N = 419	2 N = 121	3 N = 107	4 N = 221	5 N = 28
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes
<b>2<sup>e</sup> Bloc : État de santé (suite)</b>						
# de répondants :	n = 603	n = 418	n = 121	n = 106	n = 220	n = 28
<b>% PA exprimant de la difficulté</b>						
<b>Pour La Vue</b> au point median du score (5/10)	3,9 %	6,9 %	10,0 %	8,6 %	11,1 %	7,1 %
<b>Pour l'Ouïe</b> au point median du score +4 (15/22)	5,1 %	5,2 %	1,7 %	11,0 %	7,8 %	0,0 %
<b>Pour la Mastication</b> au point median du score (6/12)	38,3 %	44,1 %	41,3 %	53,3 %	58,3 %	42,9 %
# de répondants :	n = 603	n = 419	n = 121	n = 107	n = 221	n = 28
<b>Nombre de Maladies.Chroniques</b>						
0	21,4 %	15,5 %	13,2 %	7,5 %	3,6 %	3,6 %
1 à 2	46,3 %	39,4 %	30,6 %	27,1 %	24,4 %	17,8 %
3 à 4	23,7 %	30,5 %	34,7 %	36,4 %	33,5 %	39,3 %
5 et plus	8,6 %	14,6 %	21,5 %	29,0 %	38,5 %	39,3 %
# de répondants :	n = 603	n = 419	n = 121	n = 107	n = 221	n = 28
<b>% de PA par le # d'incapacités :</b>						
0	97,5 %	48,2 %	16,5 %	35,5 %	10,4 %	17,9 %
1	1,5 %	31,3 %	63,6 %	17,8 %	18,6 %	39,3 %
2	0,7 %	7,2 %	14,9 %	9,3 %	23,0 %	32,1 %
3 et +	0,3 %	13,3 %	5,0 %	37,4 %	48,0 %	10,7 %
# de répondants :	n = 603	n = 419	n = 121	n = 107	n = 221	n = 28
<b>% de PA par # d'AVQ,</b>						
0	99,2 %	93,1 %	86,0 %	86,0 %	61,5 %	60,7 %
1	0,7 %	5,0 %	12,4 %	11,2 %	31,7 %	35,7 %
2	0,0 %	0,5 %	0,8 %	0,9 %	3,6 %	3,6 %
3 et +	0,1 %	1,4 %	0,8 %	1,9 %	3,2 %	0,0 %
# de répondants :	n = 603	n = 419	n = 121	n = 107	n = 221	n = 28
<b>% de PA par # d'AVD</b>						
0	98,2 %	50,8 %	24,0 %	35,5 %	11,8 %	17,9 %
1	1,2 %	29,4 %	61,2 %	18,7 %	26,7 %	67,9 %
2	0,5 %	7,4 %	9,9 %	12,1 %	18,6 %	7,1 %
3 et +	0,1 %	12,4 %	4,9 %	33,7 %	42,9 %	7,1 %

Tableau 3-VII-19 : SUITE - MCT- Description des variables prédictrices selon les cinq catégories définies par notre typologie et avec la catégorie de référence (0).

Variables prédictrices	Catégories					
	0 N = 603	1 N = 419	2 N = 121	3 N = 107	4 N = 221	5 N = 28
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes
<b>3<sup>e</sup> Bloc : Habitude de vie : Données insuffisantes</b>						
<b>4<sup>e</sup> Bloc : Réseau social : Aspect Objectif</b>						
# de répondants :	n = 603	n = 419	n = 121	n = 107	n = 221	n = 28
<b>Nombre de personnes (Réseau) :</b>						
0	---- %	---- %	---- %	---- %	---- %	---- %
1 à 4	4,6 %	1,0 %	2,5 %	1,9 %	4,1 %	3,6 %
5 à 8	17,9 %	12,9 %	25,6 %	10,3 %	18,1 %	67,9 %
9 à 12	18,2 %	15,0 %	28,1 %	15,0 %	16,7 %	14,3 %
13 et +	59,2 %	71,1 %	43,8 %	72,9 %	61,1 %	14,3 %
# de répondants :	n = 600	n = 418	n = 120	n = 107	n = 220	n = 28
<b># de personnes vues/mois</b>						
1 à 4	12,2 %	7,2 %	15,0 %	8,4 %	19,1 %	21,4 %
5 à 8	26,1 %	29,2 %	40,0 %	22,4 %	31,9 %	64,3 %
9 à 12	28,4 %	28,6 %	27,5 %	42,1 %	19,7 %	14,3 %
13 et +	33,3 %	35,0 %	17,5 %	27,1 %	29,3 %	0,0 %
# de répondants :	n = 602	n = 419	n = 121	n = 107	n = 221	n = 28
<b># de très bonnes relations</b>						
1 à 4	6,4 %	1,9 %	3,4 %	1,9 %	7,8 %	10,8 %
5 à 8	15,4 %	13,1 %	23,1 %	11,1 %	14,5 %	50,0 %
9 à 12	24,8 %	22,5 %	33,1 %	21,5 %	24,4 %	28,6 %
13 et +	53,4 %	62,5 %	40,4 %	65,5 %	53,3 %	10,6 %
# de répondants :	n = 599	n = 413	n = 120	n = 105	n = 219	n = 26
<b>Utilisation des Services Institutionnels</b>						
# de services utilisés						
1	72,8 %	80,9 %	72,5 %	83,8 %	67,6 %	88,5 %
2	25,7 %	16,5 %	23,3 %	14,3 %	28,3 %	7,7 %
3	1,5 %	2,7 %	4,2 %	1,9 %	4,1 %	3,8 %



Tableau 3-VII-19 : SUITE - MCT- Description des variables prédictrices selon les cinq catégories définies par notre typologie et avec la catégorie de référence (0).

Variables prédictrices	Catégories					
	0 N = 603	1 N = 419	2 N = 121	3 N = 107	4 N = 221	5 N = 28
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes
<b>4<sup>e</sup> Bloc : Réseau social : Aspect Objectif (suite)</b>						
# de répondants :	n = 600	n = 415	n = 120	n = 106	n = 221	n = 28
<b>Endroit de résidences :</b>						
Chez : Soi, Conjoint, Fils-fille	65,8 %	73,1 %	34,2 %	65,1 %	52,0 %	10,7 %
Autres	34,2 %	26,9 %	65,8 %	34,9 %	48,0 %	89,3 %
# de répondants :	n = 603	n = 419	n = 121	n = 107	n = 221	n = 28
<b>Habite seul ou avec d'autres</b>						
Seul	33,3 %	16,5 %	62,0 %	22,4 %	31,2 %	92,9 %
Avec d'autres	66,7 %	83,5 %	38,0 %	77,6 %	68,8 %	7,1 %
# de répondants :	n = 603	n = 419	n = 121	n = 107	n = 221	n = 28
<b>Proximité de l'entourage</b>						
Moins de 30 minutes	36,0 %	45,6 %	27,3 %	49,5 %	37,1 %	7,1 %
Plus de 30 minutes	64,0 %	54,4 %	72,7 %	50,5 %	62,9 %	92,9 %
<b>4<sup>e</sup> Bloc : Réseau social : Aspect Subjectif</b>						
# de répondants :	n = 598	n = 414	n = 119	n = 107	n = 218	n = 27
<b>Satisfaction générale</b>						
<b>Satisfaction du Domicile</b>						
Très satisfait à Assez	96,4 %	94,2 %	95,8 %	95,1 %	94,4 %	100,0 %
Plus ou moins à Pas	3,6 %	5,8 %	4,2 %	4,9 %	5,6 %	0,0 %
<b>Satisfaction du Quartier</b>						
Très satisfait à Assez	97,4 %	96,3 %	95,9 %	100,0 %	97,6 %	100,0 %
Plus ou moins à Pas	2,6 %	3,7 %	4,1 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %
<b>Satisfaction de la Vie</b>						
Très satisfait à Assez	96,8 %	94,9 %	94,1 %	93,1 %	89,8 %	96,4 %
Plus ou moins à Pas	3,2 %	5,1 %	5,9 %	6,9 %	10,2 %	3,6 %
# de répondants :	n = 578	n = 408	n = 119	n = 100	n = 215	n = 28
<b>Contrôle de son sort</b>						
% PA exprimant un Non Contrôle						
Au point médian du score (14/28)	0,7 %	0,7 %	5,0 %	2,0 %	3,3 %	0,0 %
Au point médian du score + 4 (18/28)	17,1 %	16,2 %	18,4 %	19,0 %	24,2 %	14,3 %

Tableau 3-VII-20 : MCT- Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro).

Variables prédictrices	Catégories						Ajustement global & R2L McFadden	Alpha de Cronbach
	0 N = 603	1 N = 419	2 N = 121	3 N = 107	4 N = 221	5 N = 28		
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes		
<b>1<sup>e</sup> Bloc Sociodémographique</b>								
<b>Âge</b>								[0,000]   [0,049]
Coef. de rég.		[0,132]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) continue	1	1,017	1,123	1,113	1,164	1,205		
IC-95%		0,995-1,040	1,088-1,160	1,077-1,151	1,133-1,195	1,136-1,279		
<b>Sexe :</b>								[0,000]   [0,009]
<b>Masculin ♂/ féminin ♀</b>								
Coef. de rég.		[0,173]	[0,001]	[0,040]	[0,023]	[0,005]		
Rapport de cote (OR) - femme	1	0,838	2,177	1,605	1,469	8,129		
IC-95%		0,651-1,081	1,377-3,443	1,021-2,524	1,054-2,046	1,912-34,572		
<b>État civil :</b>								[0,000]   [0,025]
<b>(en Couple ou non)</b>								
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,872]	[0,254]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) – non mariée	1	0,470	2,865	0,966	0,834	15,772		
IC-95%		0,360-0,614	1,879-4,366	0,638-1,464	0,610-1,139	3,710-67,047		
<b>Éducation</b>								[0,000]   [0,008]
Coef. de rég.		[0,229]	[0,003]	[0,006]	[0,892]	[0,001]		
Rapport de cote (OR) - > secondaire	1	0,819	1,934	0,369	1,027	3,481		
IC-95%		0,593-1,133	1,257-2,976	0,181-0,751	0,700-1,507	1,613-7,512		
<b>Revenu individuel par mois</b>								[0,000]   [0,015]
Coef. de rég.		[0,000]	[0,038]	[0,000]	[0,000]	[0,643]		
Rapport de cote (OR) - > 901\$/mois	1	0,670	0,711	0,454	0,575	1,160		
IC-95%		0,544-0,826	0,516-0,981	0,322-0,639	0,445-0,744	0,619-2,173		

Tableau 3-VII-20 : SUITE; MCT- Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro).

Variables prédictrices	Catégories						Ajustement global & R2L McFadden	Alpha de Cronbach
	0	1	2	3	4	5		
	N = 603 Sous échantillon de Référence Sans Aide	N = 419 Aide Informelle unique, Tâche simple	N = 121 Aide Formelle unique, Tâche simple	N = 107 Aide Informelle multiple, Tâches complexes	N = 221 Aide Mixte, Tâches complexes	N = 28 Aide Formelle multiple, Tâches complexes		
<b>2<sup>e</sup> Bloc : État de santé</b>								
<b>État de santé perçue</b>							[0,000]   [0,022]	
Coef. de rég.		[0,000]	[0,497]	[0,000]	[0,000]	[0,001]		
Rapport de cote (OR) - mauvais	1	1,356	1,089	2,115	2,230	2,206		
IC-95%		1,161-1,584	0,852-1,392	1,652-2,708	1,841-2,701	1,405-3,464		
<b>Symptômes dépressifs</b>							[0,000]   [0,008]	<b>[0,877]</b>
Coef. de rég.		[0,003]	[0,040]	[0,000]	[0,000]	[0,024]		
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,036	1,036	1,061	1,070	1,064		
IC-95%		1,012-1,060	1,002-1,072	1,027-1,096	1,043-1,097	1,008-1,123		
<b>Fonctionnalité   Nagi</b>							[0,000]   [0,079]	<b>[0,814]</b>
# de difficultés fonctionnelles		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) - > 2 difficultés	1	2,246	4,697	3,671	9,039	8,516		
IC-95%		1,806-2,792	3,417-6,456	2,637-5,110	6,800-12,016	4,682-15,490		
<b>La Vue, difficulté ou non</b>							[0,000]   [0,006]	<b>[0,538]</b>
Coef. de rég.		[0,082]	[0,001]	[0,203]	[0,000]	[0,140]		
Rapport de cote (OR) – pas de diff.	1	0,902	0,775	0,894	0,778	0,809		
IC-95%		0,814-1,012	0,670-0,898	0,752-1,062	0,690-0,878	0,611-1,072		
<b>L’Ouïe, difficulté ou non</b>							[0,024]   [0,003]	<b>[0,776]</b>
Coef. de rég.		[0,738]	[0,885]	[0,009]	[0,006]	[0,008]		
Rapport de cote (OR) – pas de diff.	1	0,994	1,004	0,944	0,952	1,023		
IC-95%		0,960-1,029	0,948-1,064	0,904-0,986	0,919-0,986	0,902-1,160		
<b>Mastication, capable ou difficile</b>							[0,000]   [0,010]	<b>[0,718]</b>
Coef. de rég.		[0,336]	[0,938]	[0,015]	[0,000]	[0,304]		
Rapport de cote (OR) – difficile	1	1,053	1,007	1,210	1,431	1,162		
IC-95%		0,948-1,169	0,851-1,191	1,037-1,411	1,281-1,597	0,873-1,547		

Tableau 3-VII-20 : SUITE; MCT- Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro).

Variables prédictrices	Catégories						Ajustement global & R2L McFadden	Alpha de Cronbach
	0	1	2	3	4	5		
	N = 603 Sous échantillon de Référence Sans Aide	N = 419 Aide Informelle unique, Tâche simple	N = 121 Aide Formelle unique, Tâche simple	N = 107 Aide Informelle multiple, Tâches complexes	N = 221 Aide Mixte, Tâches complexes	N = 28 Aide Formelle multiple, Tâches complexes		
<b>2<sup>e</sup> Bloc : État de santé (suite)</b>								
<b># de Maladies.Chroniques</b>							[0,000]   [0,044]	<b>[0,564]</b>
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,352	1,716	2,240	2,877	3,183		
IC-95%		1,176-1,554	1,384-2,128	1,777-2,824	2,390-3,463	2,032-4,988		
<b># d'incapacités</b>							[0,000]   [0,208]	<b>[0,823]</b>
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) - > 2	1	18,779	23,233	32,090	51,634	29,066		
IC-95%		12,087-29,176	14,604-36,960	20,075-51,295	32,498-82,038	16,839-50,171		
<b># AVQ</b>							[0,000]   [0,042]	<b>[0,707]</b>
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) > 2	1	9,439	13,001	16,400	25,824	23,177		
IC-95%		4,277-20,830	5,573-30,332	7,191-37,402	11,809-56,469	9,909-54,212		
<b># AVD</b>							[0,000]   [0,193]	<b>[0,816]</b>
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]	[0,000]		
Rapport de cote (OR) > 2	1	28,198	28,869	39,757	45,831	29,205		
IC-95%		17,053-46,626	17,250-48,315	23,845-66,289	27,589-76,136	16,590-51,413		
<b>3<sup>e</sup> Bloc : Habitudes de vie ; Données insuffisantes ou non significatives</b>								

Tableau 3-VII-20 : SUITE; MCT- Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro).

Variables prédictrices	Catégories						Ajustement global & R2L McFadden	Alpha de Cronbach
	0 N = 603	1 N = 419	2 N = 121	3 N = 107	4 N = 221	5 N = 28		
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes		
<b>4<sup>e</sup> Bloc : Réseau social : Aspect Objectif</b>								
<b>Nombre de personnes (Réseau)</b>								
Coef. de rég.		[0,000]	[0,004]	[0,046]	[0,764]	[0,000]	[0,000]   [0,013]	
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,050	0,946	1,046	1,005	0,843		
IC-95%		1,023-1,078	0,910-0,983	1,001-1,093	0,974-1,037	0,782-0,908		
<b># de personnes vues/mois</b>								
Coef. de rég.		[0,157]	[0,000]	[0,422]	[0,016]	[0,000]	[0,000]   [0,011]	[0,254]
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,021	0,917	1,019	0,957	0,786		
IC-95%		0,992-1,051	0,875-0,961	0,973-1,069	0,923-0,992	0,705-0,875		
<b># de très bonnes relations</b>								
Coef. de rég.		[0,004]	[0,010]	[0,019]	[0,606]	[0,000]	[0,001]   [0,012]	[0,302]
Rapport de cote (OR) - continue	1	1,042	0,947	1,059	0,991	0,817		
IC-95%		1,013-1,071	0,908-0,987	1,010-1,110	0,958-1,025	0,750-0,890		
<b># de type de services institutionnels utilisés</b>								
Coef. de rég.		[0,026]	[0,564]	[0,045]	[0,060]	[0,195]	[0,002]   [0,004]	[0,142]
Rapport de cote (OR) - > 2	1	0,736	1,116	0,606	1,313	0,510		
IC-95%		0,566-0,965	0,769-1,620	0,371-0,989	0,989-1,744	0,184-1,412		
<b>Endroit de résidence : Chez soi, son conjoint, son fils/fille OU ailleurs</b>								
Coef. de rég.		[0,014]	[0,000]	[0,883]	[0,000]	[0,000]	[0,000]   [0,024]	
Rapport de cote (OR) - ailleurs	1	0,710	3,713	1,033	1,776	16,057		
IC-95%		0,539-0,934	2,456-5,613	0,670-1,594	1,298-2,429	4,791-53,813		
<b>Habite seul ou avec d'autres</b>								
Coef. de rég.		[0,000]	[0,000]	[0,027]	[0,567]	[0,002]	[0,000]   [0,034]	
Rapport de cote (OR) – avec d'autres	1	2,536	0,307	1,729	1,101	0,038		
IC-95%		1,863-3,454	0,205-0,459	1,065-2,808	0,791-1,534	0,009-0,164		
<b>Proximité de l'entourage</b>								
Coef. de rég.		[0,002]	[0,067]	[0,008]	[0,768]	[0,007]	[0,000]   [0,008]	
Rapport de cote (OR) - > 30 min.	1	0,671	1,499	0,573	0,953	7,308		
IC-95%		0,520-0,865	0,972-2,312	0,379-0,866	0,692-1,312	1,718-31,088		



Tableau 3-VII-20 : SUITE; MCT- Description des variables prédictrices selon les analyses de régression et de fidélité pour les cinq catégories définies par notre typologie avec le groupe de référence (catégorie zéro).

Variables prédictrices	Catégories						Ajustement global & R2L McFadden	Alpha de Cronbach
	0 N = 603	1 N = 419	2 N = 121	3 N = 107	4 N = 221	5 N = 28		
	Sous échantillon de Référence Sans Aide	Aide Informelle unique, Tâche simple	Aide Formelle unique, Tâche simple	Aide Informelle multiple, Tâches complexes	Aide Mixte, Tâches complexes	Aide Formelle multiple, Tâches complexes		
<b>5<sup>e</sup> Bloc : Réseau sociaux : Aspect Subjectif</b>								
<b>Satisfaction générale</b>								
Domicile - Quartier - Vie							[0,000   [0,008]]	[0,767]
Coef. de rég.		[0,000]	[0,612]	[0,000]	[0,000]	[0,279]		
Rapport de cote (OR) – pas satisfait	1	1,127	1,028	1,265	1,168	0,877		
IC-95%		1,054-1,205	0,923-1,143	1,144-1,400	1,078-1,265	0,690-1,113		
Satisfaction de la Vie							[0,180]   [0,011]	
Coef. de rég.		[0,049]	[0,358]	[0,000]	[0,000]	[0,452]		
Rapport de cote (OR) – pas satisfait	1	1,249	1,175	2,424	1,988	0,753		
IC-95%		1,001-1,557	0,833-1,657	1,738-3,381	1,537-2,571	0,359-1,579		
<b>Contrôle de son sort</b>								
Coef. de rég.		[0,117]	[0,989]	[0,304]	[0,003]	[0,861]	[0,004]   [0,004]	[0,829]
Rapport de cote (OR) – en contrôle	1	1,027	1,000	1,030	0,938	0,991		
IC-95%		0,993-1,062	0,949-1,053	0,974-1,089	0,900-0,979	0,897-1,096		

### **3- Conclusion**

Nous avons pu faire ressortir certains déterminants d'appartenance pour les personnes âgées recevant de l'aide dans chacune des catégories que nous avons déjà identifiées à l'aide de l'analyse des correspondances. Ainsi chaque catégorie est constituée, selon les blocs de notre modèle et en comparaison avec la population de référence, de personnes âgées ayant :

#### **Pour Hochelaga-Maisonneuve** **Catégorie (1)**

1. Bloc sociodémographique
  - une moyenne d'âge pratiquement identique à la population de référence et à la population âgée en général,
  - un rapport femmes/hommes de 2,36; c'est plus élevé que la population de référence (1,52) ou que la population âgée en générale (1,88),
  - une forte proportion de gens mariés (10,0% de plus),
  - un niveau d'éducation inférieur à celui de la catégorie de référence, deux fois moins (en pourcentage) de personnes âgées ont un niveau technique ou universitaire,
  - un revenu plus faible avec environ 2,5 fois plus de personnes âgées (en pourcentage) avec un revenu en dessous de six cent dollars par mois.
2. État de santé
  - Deux fois plus de personnes âgées (en pourcentage) exprimant avoir une mauvaise ou très mauvaise santé, par rapport à la population de référence,
  - huit pourcent de plus de personnes âgées avec des symptômes dépressifs,
  - deux fois et demi plus de gens (en pourcentage) indiquant avoir au-delà de deux difficultés fonctionnelles (Nagi),
  - dix pourcent de plus de personnes âgées avec trois maladies chroniques et plus,
  - dix fois plus, en pourcentage, de personnes âgées exprimant une ou des incapacités,
3. Réseau social
  - un réseau légèrement plus dense et étendu que la population de référence avec plus de la moitié des personnes âgées ayant au moins neuf personnes autour d'elles,
  - principalement des enfants dans un rayon de 30 minutes,
  - un nombre de personnes vues par mois et de très bonnes relations semblables à la population de référence,
  - deux fois plus de personnes âgées (en pourcentage) qui utilisent au moins deux services de santé institutionnels,
  - une grande majorité de personnes âgées ne vivent pas seules 64,0% (20,0% de plus que la population de référence).



Cette catégorie est la plus vaste. Elle est composée de personnes âgées généralement mariées et ayant un fort réseau informel. Elles ont quelques difficultés fonctionnelles et quelques maladies chroniques supplémentaires par rapport à la population de référence. 70,0% des gens déclarent avoir une incapacité ou plus (par rapport à 7,0% cat. (0)). Leur besoin d'aide se démarque de la catégorie de référence.

### Catégorie (2)

1. Bloc sociodémographique
  - une moyenne d'âge plus élevée que la population de référence,
  - un rapport femmes/hommes de 3,93; c'est plus élevé que la catégorie de référence (1,52),
  - une très forte proportion de gens non mariés 85,0% (15,0% de plus),
  - un niveau d'éducation semblable à la catégorie (0),
  - un revenu semblable à la population de référence.
2. État de santé
  - deux fois plus de personnes âgées (en pourcentage) exprimant avoir une mauvaise ou très mauvaise santé, que la population de référence,
  - dix pourcent de plus des personnes âgées avec des symptômes dépressifs,
  - trois fois plus (en pourcentage) de gens indiquant avoir au-delà de deux difficultés fonctionnelles (Nagi),
  - sept pourcent de plus de personnes âgées avec trois maladies chroniques (la moins hypothéquée de toutes les autres catégories),
  - une majorité de personnes âgées (73,0%) exprimant avoir au moins une seule incapacité,
3. Réseau social
  - un réseau légèrement moins dense et étendu que la population de référence avec 2,5 fois moins (en pourcentage) de personnes âgées ayant au moins treize personnes autour d'elles,
  - principalement des amis avec des frères et sœurs dans un rayon de 30 minutes,
  - un nombre de personnes vues par mois plus faible avec presque deux fois moins de personnes âgées voyant neuf personnes et plus par mois que la population de référence,
  - une fois et demi plus (en pourcentage) de personnes âgées utilisant au moins deux services de santé institutionnels,
  - une grande majorité de personnes âgées vivant seules 80,0% (20,0% de plus que la population de référence).

Il s'agit d'une catégorie de grandeur moyenne. Les personnes âgées de cette catégorie (1) sont majoritairement seules et féminines avec un réseau informel moins étendu (avec la catégorie-5) que les autres catégories. Elles utilisent plus de services de santé institutionnels que celles de la population de référence. Elles ont sensiblement la même

répartition de difficultés fonctionnelles et de maladies chroniques que celles de la catégorie (1). Elles ont un moins grand besoin d'aide que toutes les autres catégories, avec 73,0% des personnes âgées déclarant une seule incapacité.

### Catégorie (3)

1. Bloc sociodémographique
  - une moyenne d'âge plus élevée que la population de référence,
  - un rapport femmes/hommes de 2,31 semblable à la catégorie (1),
  - une proportion de gens mariés semblable à la population de référence,
  - un niveau d'éducation la plus faible de toutes les catégories avec trois fois moins (en pourcentage) de personnes âgées ayant un niveau technique ou universitaire,
  - un revenu plus faible que la catégorie (1).
2. État de santé
  - trois fois plus de personnes âgées (en pourcentage) exprimant avoir une mauvaise ou très mauvaise santé par rapport à la population de référence,
  - quatorze pourcent de plus des personnes âgées avec des symptômes dépressifs,
  - quatre fois plus (en pourcentage) de gens indiquant avoir au-delà de deux difficultés fonctionnelles (Nagi),
  - vingt trois pourcent de plus de personnes âgées avec au moins trois maladies chroniques mais dont presque deux fois et demi (en pourcentage) d'entre elles en ont plus de cinq,
  - au moins trente cinq fois plus (en pourcentage) de personnes âgées exprimant avoir au moins trois incapacités et plus,
3. Réseau social
  - un réseau très dense et étendu (de toutes les catégories) avec le double (en pourcentage) de personnes âgées ayant plus de treize personnes autour d'elles par rapport à la population de référence,
  - principalement des enfants dans un rayon de 30 minutes,
  - le plus grand pourcentage de personnes vues par mois ou de très bonnes relations de toutes les catégories,
  - deux fois plus (en pourcentage) de personnes âgées utilisant au moins deux services de santé institutionnels,
  - un pourcentage semblable à la catégorie (1) de personnes âgées vivant seules (20% de moins que la population de référence).

Il s'agit d'une catégorie de grandeur moyenne. Les personnes âgées de cette catégorie (3) sont majoritairement mariées avec un réseau informel très dense et étendu. Elles utilisent plus d'aide informelle que celles de la population de référence ou que les catégories précédentes et ont passablement plus de difficultés fonctionnelles et de maladies

chroniques que celles des catégories (1 et 2). Le nombre de personnes âgées avec plus de trois incapacités a grandement augmenté (56,0%) par rapport aux catégories précédentes.

#### Catégorie (4)

1. Bloc sociodémographique
  - une moyenne d'âge passablement plus élevée que la population de référence,
  - un rapport femmes/hommes de 4,15 comparable à la catégorie (2),
  - une proportion de gens mariés plus faible, huit pourcent de moins, que la population de référence,
  - un niveau d'éducation semblable à la catégorie (0),
  - un revenu légèrement plus faible que la catégorie (0).
2. État de santé
  - quatre fois plus de personnes âgées (en pourcentage) exprimant avoir une mauvaise ou très mauvaise santé, par rapport à la population de référence comme la catégorie (0),
  - vingt huit pourcent de plus des personnes âgées avec des symptômes dépressifs,
  - cinq fois plus (en pourcentage) de gens indiquant avoir au-delà de deux difficultés fonctionnelles (Nagi) (quatorze fois pour cinq difficultés et plus) par rapport à la catégorie de référence,
  - trois fois plus (en pourcentage) de personnes âgées avec au moins cinq maladies chroniques,
  - le plus haut taux (65,6%) de personnes âgées exprimant avoir au moins trois incapacités et plus,
3. Réseau social
  - un réseau semblable à la population de référence,
  - principalement des amis et des enfants dans un rayon de 30 minutes,
  - un plus faible pourcentage de personnes vues par mois (39% en voit moins de 4 / mois) ou de très bonnes relations que celui de la population de référence,
  - trois fois plus (en pourcentage) de personnes âgées qui utilisent au moins trois services de santé institutionnels que la catégorie de référence,
  - un pourcentage semblable à la catégorie (0) de personnes âgées vivant seules.

Il s'agit d'une grande catégorie. Les gens sont nettement plus âgés et principalement non mariés avec un réseau semblable à celui de la population de référence. Mais ces personnes âgées sont beaucoup plus hypothéquées avec un pourcentage de difficultés fonctionnelles et de maladies chroniques beaucoup plus élevé que celui de la catégorie (0). Leur besoin d'aide est complexe et très grand avec 65,6% ayant trois incapacités et plus.

## Catégorie (5)

1. Bloc sociodémographique
  - une moyenne d'âge la plus élevée de toutes les catégories et que la population de référence,
  - un rapport femmes/hommes de 3,2,
  - une proportion de gens mariés semblable à la catégorie (4) donc relativement faible,
  - un niveau d'éducation semblable à la catégorie (1),
  - un revenu légèrement plus faible que la catégorie (0).
2. État de santé
  - cinq fois plus de personnes âgées (en pourcentage) expriment avoir une mauvaise ou très mauvaise santé, par rapport à la population de référence comme la catégorie (0). C'est le plus haut taux parmi nos différentes catégories,
  - un pourcentage semblable à la catégorie (4) de personnes âgées avec des symptômes dépressifs,
  - cinq fois plus (en pourcentage) de gens indiquant avoir au-delà de deux difficultés fonctionnelles (Nagi) par rapport à la catégorie de référence,
  - vingt pourcent de plus de personnes âgées avec au moins trois maladies chroniques, toutes les personnes âgées de cette catégorie ont au moins une maladie chronique,
  - 94,7% des personnes âgées exprimant avoir une ou plusieurs incapacités, le plus fort pourcentage de toutes les catégories,
3. Réseau social
  - Le plus petit réseau (avec huit pourcent n'ayant personne autour d'elles) par rapport à toutes les catégories et à la population de référence,
  - Principalement des amis dans un rayon de 30 minutes,
  - un très faible pourcentage de personnes vues par mois (47,0% en voit moins de 4 / mois) ou de très bonnes relations que celui de la population de référence,
  - presque deux fois plus (en pourcentage) de personnes âgées qui utilisent au moins deux services de santé institutionnels,
  - le plus fort pourcentage de personnes âgées vivant seules (84,0%) de toutes les catégories.

Il s'agit d'une très petite catégorie. Les personnes sont très âgées, principalement non mariées et relativement isolées. Elles ont un pourcentage de difficultés fonctionnelles semblable à la catégorie (4) mais le pourcentage de maladies chroniques est le plus élevé de toutes les catégories. L'aide est formelle et ces personnes âgées déclarent avoir le plus haut taux d'incapacités parmi toutes les catégories.

## Pour Moncton

### Catégorie (1)

1. Bloc sociodémographique
  - une moyenne d'âge pratiquement identique à la population de référence et à la population âgée en général,
  - un rapport femmes/hommes de 1,3; c'est plus faible que la population de référence (1,60) et que la population âgée en générale (1,54), contrairement à Hochelaga-Maisonneuve,
  - une très forte proportion de gens mariés (18,0% de plus par rapport à la catégorie-0),
  - un niveau d'éducation légèrement inférieur (3,0%) à celui de la catégorie de référence,
  - un revenu légèrement plus faible avec environ 1,6 fois plus de personnes âgées (en pourcentage) avec un revenu en dessous de six cent dollars par mois.
  - vingt fois plus, en pourcentage, de personnes âgées exprimant avoir au moins une ou des incapacités,
2. État de santé
  - Deux fois plus de personnes âgées (en pourcentage) exprimant avoir une mauvaise ou très mauvaise santé, par rapport à la population de référence,
  - Approximativement le même pourcentage (9,0%) de personnes âgées indiquant des symptômes dépressifs,
  - Deux fois et demi plus de gens (en pourcentage) indiquant avoir au-delà de deux difficultés fonctionnelles (Nagi),
  - six pourcent de plus de personnes âgées avec trois maladies chroniques,
3. Réseau social
  - un réseau beaucoup plus dense et étendu que la population de référence avec 86% des personnes âgées ayant au moins neuf personnes autour d'elles,
  - principalement des amis et des enfants dans un rayon de 30 minutes,
  - un nombre de personnes vues par mois semblables à la population de référence mais passablement plus (7% de plus) de très bonnes relations (pour 9 et plus),
  - huit pourcent plus de personnes âgées (en pourcentage) qui utilisent un service de santé institutionnels et presque deux fois plus qui en utilisent trois,
  - une grande majorité de personnes âgées ne vivent pas seules 84,0% (17,0% de plus que la population de référence).

Il s'agit encore de la plus vaste catégorie. Elle est composée de personnes âgées majoritairement mariées et ayant un très fort réseau informel. Elles ont quelques difficultés fonctionnelles et quelques maladies chroniques supplémentaires par rapport à la population de référence. 52,0% des gens déclarent avoir une incapacité ou plus (par rapport à 3,0% cat. (0)). Leur besoin d'aide est plus important que la catégorie de référence.

## Catégorie (2)

1. Bloc sociodémographique
  - une moyenne d'âge plus élevée que la population de référence,
  - un rapport femmes/hommes de 2,2 fois plus élevé que pour la catégorie (0),
  - une très forte proportion de gens non mariés 70,0% (15,0% de plus),
  - un niveau d'éducation beaucoup plus élevé (1,6 fois) que la catégorie (0),
  - un revenu semblable à la population de référence.
2. État de santé
  - 1,4 fois plus de personnes âgées (en pourcentage) exprimant avoir une mauvaise ou très mauvaise santé, que la population de référence,
  - trois pourcent de plus de personnes âgées exprimant des symptômes dépressifs,
  - trois fois plus (en pourcentage) de gens indiquant avoir au-delà de deux difficultés fonctionnelles (Nagi),
  - treize pourcent de plus de personnes âgées avec trois maladies chroniques par rapport à la population de référence,
  - une majorité de personnes âgées (63,6%) exprimant avoir une seule incapacité,
3. Réseau social
  - un réseau légèrement moins dense et étendu que la population de référence avec 1,4 fois moins (en pourcentage) de personnes âgées ayant au moins treize personnes autour d'elles,
  - principalement des amis dans un rayon de 30 minutes,
  - un nombre de personnes vues par mois plus faible avec presque deux fois moins de personnes âgées voyant neuf personnes et plus par mois que la population de référence,
  - sensiblement le même pourcentage de personnes âgées utilisant au moins deux services de santé institutionnels mais presque trois fois plus qui en utilisent trois,
  - une grande majorité de personnes âgées vivant seules 62,0% (29,0% de plus que la population de référence).

Il s'agit d'une catégorie de grandeur moyenne. Les personnes âgées de cette catégorie (2) sont majoritairement seules et féminines avec un réseau informel moins étendu (comme la catégorie-5) que les autres catégories. Elles utilisent plus de services de santé institutionnels que celles de la population de référence et ont plus de difficultés fonctionnelles et de maladies chroniques que celles de la catégorie (1). Leur pourcentage d'incapacités (une et plus) est le plus faible de toutes les autres catégories.

### Catégorie (3)

1. Bloc sociodémographique
  - une moyenne d'âge plus élevée que la population de référence,
  - un rapport femmes/hommes de 1,6 fois plus élevé que la catégorie de référence,
  - une proportion de gens mariés relativement faible (33,0%),
  - un niveau d'éducation la plus faible de toutes les catégories avec presque 2,5 fois moins (en pourcentage) de personnes âgées ayant un niveau technique ou universitaire,
  - un niveau de revenu le plus faible avec 2 fois plus de personnes âgées en dessous de 600\$/mois par rapport à la population de référence.
2. État de santé
  - 6,5 fois plus de personnes âgées (en pourcentage) exprimant avoir une mauvaise ou très mauvaise santé par rapport à la population de référence,
  - cinq pourcent plus de personnes âgées exprimant des symptômes dépressifs,
  - trois fois et demi plus (en pourcentage) de gens indiquant avoir au-delà de deux difficultés fonctionnelles (Nagi),
  - trente cinq pourcent plus de personnes âgées avec au moins trois maladies chroniques mais dont presque trois fois (en pourcentage) d'entre elles en ont plus de cinq,
  - au moins quarante sept fois plus (en pourcentage) de personnes âgées exprimant avoir au moins deux incapacités et plus,
3. Réseau social
  - un réseau très dense et étendu (de toutes les catégories) avec 1,23 fois le pourcentage de personnes âgées ayant plus de treize personnes autour d'elles par rapport à la population de référence,
  - principalement des enfants dans un rayon de 30 minutes,
  - le plus grand pourcentage de personnes vues par mois ou de très bonnes relations de toutes les catégories (au-delà de 9 personnes),
  - onze pourcent de plus de personnes âgées utilisant un service de santé institutionnel mais 1,6 fois moins qui en utilisent trois,
  - un pourcentage similaire à la catégorie (1) de personnes âgées vivant seules (10,0% de moins que la population de référence).

Il s'agit d'une catégorie de grandeur moyenne. Les personnes âgées de cette catégorie (3) sont majoritairement mariées avec un réseau informel très dense et étendu. Elles utilisent plus d'aide informelle que celles de la population de référence ou que les catégories précédentes et ont passablement plus de difficultés fonctionnelles et de maladies chroniques que celles des catégories (1 et 2). Le nombre de personnes âgées déclarant deux incapacités et plus est en forte augmentation par rapport aux catégories précédentes.

## Catégorie (4)

1. Bloc sociodémographique
  - une moyenne d'âge passablement plus élevée que la population de référence,
  - un rapport femmes/hommes comparable à la catégorie (3) de 1,5 fois plus élevé que la population de référence,
  - une proportion de gens mariés légèrement plus élevé, cinq pourcent de moins, que la population de référence,
  - un niveau d'éducation semblable à la catégorie (0),
  - un revenu légèrement plus faible que la catégorie (0).
2. État de santé
  - 5,5 fois plus de personnes âgées (en pourcentage) exprimant avoir une mauvaise ou très mauvaise santé, par rapport à la population de référence comme la catégorie (0),
  - onze pourcent de plus des personnes âgées exprimant des symptômes dépressifs,
  - six fois plus (en pourcentage) de gens indiquant avoir au-delà de deux difficultés fonctionnelles (Nagi) (dix huit fois plus pour cinq difficultés et plus) par rapport à la catégorie de référence,
  - quatre fois (en pourcentage) plus de personnes âgées avec au moins cinq maladies chroniques,
  - le plus haut taux (48%) de personnes âgées déclarant avoir au moins trois incapacités,
3. Réseau social
  - un réseau semblable à la population de référence,
  - surtout des amis dans un rayon de 30 minutes,
  - un plus faible pourcentage de personnes vues par mois (19,0% en voit moins de 4 / mois) ou de très bonnes relations que celui de la population de référence,
  - un pourcentage semblable de personnes âgées qui utilisent au moins deux services de santé institutionnels mais trois fois plus qui en utilisent trois et plus que la catégorie de référence,
  - un pourcentage semblable à la catégorie (0) de personnes âgées vivant seules.

Il s'agit d'une grande catégorie. Les gens sont nettement plus âgés et principalement non mariés et ont un réseau semblable à celui de la population de référence. Mais ces personnes âgées sont plus hypothéquées avec un pourcentage de difficultés fonctionnelles et de maladies chroniques beaucoup plus élevé que celui de la catégorie (0). Leur besoin d'aide est important puisque 53,5% d'entre elles déclarent avoir au moins trois incapacités et plus.



## Catégorie (5)

1. Bloc sociodémographique
  - une moyenne d'âge la plus élevée de toutes les catégories et que la population de référence,
  - un rapport femmes/hommes huit fois plus élevé que la population de référence,
  - une proportion de gens mariés très faible, la plus basse de toutes les catégories,
  - un niveau d'éducation similaire à la catégorie (2),
  - un revenu plus élevé que la catégorie (0).
2. État de santé
  - Un peu plus de cinq fois plus de personnes âgées (en pourcentage) expriment avoir une mauvaise ou très mauvaise santé, par rapport à la population de référence comme la catégorie (0). C'est le plus haut taux parmi nos différentes catégories avec la catégorie (4),
  - un pourcentage semblable à la catégorie (4) de personnes âgées avec des symptômes dépressifs,
  - sept fois plus (en pourcentage) de gens indiquant avoir au-delà de deux difficultés fonctionnelles (Nagi) par rapport à la catégorie de référence,
  - quarante cinq pourcent de plus de personnes âgées avec au moins trois maladies chroniques,
  - 82,0% des personnes âgées déclarant avoir au moins une ou des incapacités,
3. Réseau social
  - Le plus petit réseau par rapport à toutes les catégories et à la population de référence,
  - Principalement des amis dans un rayon de 30 minutes,
  - un très faible pourcentage de personnes vues par mois (21,0% en voit moins de 4 / mois) ou de très bonnes relations que celui de la population de référence,
  - 89% de personnes âgées qui utilisent un service de santé institutionnel,
  - le plus fort pourcentage de personnes âgées vivant seules (93,0%) de toutes les catégories.

Il s'agit d'une très petite catégorie. Les personnes sont très âgées, principalement non mariées et relativement isolées. Elles ont un pourcentage de difficultés fonctionnelles semblable à la catégorie (4) mais le pourcentage de maladies chroniques (pour trois et plus) est le plus élevé de toutes les catégories. L'aide est formelle.

Que ce soit pour Hochelaga-Maisonneuve ou Moncton, les catégories ont les mêmes tendances lorsque nous examinons leurs caractéristiques. La catégorie (1) semble rassembler les personnes âgées majoritairement mariées qui commencent à avoir de la difficulté avec les activités de la vie quotidienne ou domestique. L'aide est informelle. La catégorie (2) regroupe les personnes âgées non mariées (seules) qui ont peu d'incapacités.

L'aide est formelle. La catégorie (3) réunit les personnes âgées mariées ou bien entourées qui ont plus de difficultés que dans les deux premières catégories et qui ont plus besoin d'aide. Encore là, l'aide est informelle mais multiple. La catégorie (4) est formée de personnes âgées peu entourées (mariées ou non) et dont l'état de santé est plus problématique que les trois premières catégories. Dans ces cas, l'aide est mixte, à la fois formelle et informelle. La catégorie (5) est composée de personnes âgées seules et très hypothéquées. L'aide est alors du type formel. Voyons maintenant si nous pouvons identifier l'ensemble des variables prédictrices à la base du modèle statistique et qui permettrait d'estimer la probabilité d'appartenance à chaque catégorie.

### **Modèle statistique**

Afin d'identifier les variables prédictrices servant de base à un modèle statistique, nous avons utilisé la régression logistique polynomiale tel que mentionné au préalable. Pour ce faire, nous y introduisons progressivement les blocs de variables prédictrices significatives que nous avons déjà identifiées précédemment. Les blocs correspondent à ceux de notre modèle théorique initial.

Nous allons garder la logique de notre modèle pour répondre aux critères de pertinence théorique que nous nous sommes fixés. Nous ne voulons pas simplement cumuler les variables pour accroître mathématiquement la variance expliquée. Il faut aussi être en mesure de justifier le choix des variables indépendantes. Nous appliquerons également le principe de parcimonie pour simplifier le modèle et faciliter la compréhension de l'appartenance aux différentes catégories. Ainsi, nous introduirons à tour de rôle : le bloc sociodémographique, puis le bloc santé, suivi du bloc réseau social avec l'aspect objectif et finalement l'aspect subjectif.

Par exemple, pour le bloc sociodémographique nous insérons en même temps toutes les variables : âge, sexe, état civil, éducation et revenu mensuel. Par la suite, en examinant le résultat de la régression, nous éliminons les variables qui ne sont plus significatives dû à l'introduction complète de ce bloc. Puis, nous continuons en introduisant le bloc suivant. Nous laissons les variables du bloc précédent tel quel même si leur niveau de signification change avec l'introduction du nouveau bloc. À ce moment, nous éliminons seulement les variables qui ne sont pas significatives dans ce nouveau bloc et ainsi de suite. Nous obtenons ainsi, l'ensemble des variables prédictrices qui ont été retenues par ce processus.

### ***1- Hochelaga-Maisonneuve***

Le tableau (3-VII-21) nous montre le résultat de la régression logistique polynomiale avec l'ensemble des variables prédictrices qui se sont avérées significatives au fur et à mesure de l'insertion de nos blocs. Ce résultat indique la contribution de chaque variable indépendante, à la capacité prédictive d'appartenance aux différentes catégories.

L'ajustement global du modèle doit avoir une  $\text{Sig} < 0,05$  pour pouvoir aller plus loin dans cette démarche. Dans ce cas-ci, nous avons un niveau de signification  $\text{Sig} < 0,001$ . Cela indique que l'ajustement du modèle est acceptable et nous autorise à procéder. Le ratio de vraisemblance  $R^2L$  de McFadden passe de 0,047 avec le premier bloc sociodémographique, à 0,297 en ajoutant le deuxième bloc santé, puis à 0,327 avec le bloc objectif des réseaux sociaux. Cette progression nous indique que l'apport de chacun des blocs contribue de façon non négligeable à la prédiction d'appartenance. Par ailleurs, le quatrième bloc (réseau social : l'aspect subjectif) ne s'est pas avéré significatif lorsque

nous avons ajouté les variables de satisfaction générale (domicile et quartier), de satisfaction de vie et de contrôle de son sort qui constituaient l'ensemble de ce bloc.

Tableau 3-VII-21: Contribution de chaque prédicteur retenu pour le modèle d'HM en fonction des différentes catégories.

Catégories (a) Variables prédictrices	Coéff. de régression. Non standardisés		Sig.	Rapport de cotes (OR)	Intervalles de confiance 95%	
	B	Erreur type			Limites Inf.	Limites sup.
<b>1</b>	Constante	-,426	1,813	,814		
	âge	-,031	,018	,079	,969	,936 1,004
	Sexe (femme)	,133	,226	,557	1,142	,733 1,778
	État civil (marié)	-,153	,281	,586	,858	,495 1,488
	Éduc. (Tech. ou Univ.)	-,592	,375	,114	,553	,266 1,153
	Revenu/mois (> 901\$)	-,485	,215	,024	,615	,404 ,938
	Symp. Dépressifs	-,015	,016	,321	,985	,955 1,015
	# Diff. fonct.	,171	,067	,011	1,186	1,040 1,353
	# Mal. Chron.	,046	,055	,405	1,047	,940 1,165
	# d'incapacités	2,926	,206	,000	18,651	12,446 27,949
	# Entourage	,063	,037	,085	1,065	,991 1,144
	Proximité (>30 min)	,377	,264	,153	1,458	,869 2,446
	# pers. Vues/mois	-,019	,036	,596	,981	,914 1,053
	# T. B. Relations	,016	,042	,705	1,016	,935 1,104
	Habite avec d'autres	,904	,270	,001	2,469	1,455 4,188
	Endroit de résid. ailleurs	-,120	,226	,595	,887	,570 1,381
<b>2</b>	Constante	-6,457	2,516	,010		
	âge	,040	,021	,054	1,040	,999 1,083
	Sexe (femme)	,583	,316	,065	1,791	,964 3,327
	État civil (marié)	-,097	,462	,834	,908	,367 2,245
	Éduc. (Tech. ou Univ.)	,010	,405	,980	1,010	,457 2,235
	Revenu/mois (> 901\$)	,117	,316	,711	1,124	,605 2,091
	Symp. Dépressifs.	-,008	,020	,684	,992	,954 1,031
	# Diff. fonct.	,185	,080	,021	1,204	1,028 1,409
	# Mal. Chron.	-,038	,072	,597	,963	,836 1,108
	# d'incapacités	2,567	,217	,000	13,021	8,505 19,934
	# Entourage	,013	,048	,787	1,013	,921 1,114
	Proximité (> 30 min)	,422	,400	,292	1,524	,696 3,339
	# pers. Vues/mois	-,122	,048	,011	,885	,806 ,972
	# T. B. Relations	,064	,057	,260	1,066	,954 1,192
	Habite avec d'autres	-,543	,388	,162	,581	,271 1,244
	Endroit de résid. ailleurs	-,010	,320	,976	,990	,528 1,856

Tableau 3-VII-21 (suite) : Contribution de chaque prédicteur retenu pour le modèle d'HM en fonction des différentes catégories.

Catégories (a) Variables prédictrices	Coéff. de régression. Non standardisés		Sig.	Rapport de cotes (OR)	Intervalles de confiance 95%		
	B	Erreur type			Limites Inf.	Limites sup.	
<b>3</b>	Constante	-5,900	2,594	,023			
	âge	,017	,024	,485	1,017	,971	1,065
	Sexe (femme)	,040	,343	,908	1,041	,531	2,039
	État civil (marié)	,019	,401	,962	1,019	,464	2,238
	Éduc. (Tech ou Univ.)	-1,113	,668	,096	,328	,089	1,217
	Revenu/mois (> 901\$)	-,306	,316	,332	,736	,396	1,367
	Symp. Dépressifs	-,018	,020	,355	,982	,944	1,021
	# Diff. fonct.	,184	,089	,040	1,202	1,009	1,432
	# Mal. Chron.	,165	,075	,028	1,179	1,018	1,366
	# d'incapacités	3,098	,212	,000	22,154	14,626	33,555
	# Entourage	,097	,051	,057	1,102	,997	1,218
	Proximité (> 30 min)	,705	,404	,081	2,024	,917	4,466
	# pers. Vues/mois	,041	,051	,413	1,042	,944	1,151
	# T. B. Relations	-,007	,059	,905	,993	,885	1,114
	Habite avec d'autres	,819	,367	,026	2,268	1,104	4,658
	Endroit de résid. ailleurs	-,636	,313	,042	,529	,287	,978
<b>4</b>	Constante	-7,468	2,350	,001			
	âge	,031	,021	,141	1,031	,990	1,074
	Sexe (femme)	,315	,309	,307	1,370	,749	2,509
	État civil (marié)	-,397	,382	,299	,672	,318	1,422
	Éduc. (Tech ou Univ.)	-,165	,446	,711	,848	,354	2,031
	Revenu/mois (> 901\$)	-,048	,297	,871	,953	,533	1,704
	Symp. Dépressifs	-,012	,018	,495	,988	,954	1,023
	# Diff. fonct.	,354	,078	,000	1,425	1,224	1,660
	# Mal. Chron.	,191	,066	,004	1,210	1,062	1,378
	# d'incapacités	3,226	,209	,000	25,176	16,723	37,900
	# Entourage	,006	,046	,894	1,006	,920	1,100
	Proximité (> 30 min)	,285	,356	,423	1,330	,662	2,674
	# pers. Vues/mois	-,054	,045	,234	,948	,867	1,036
	# T. B. Relations	,070	,053	,185	1,072	,967	1,189
	Habite avec d'autres	,131	,340	,699	1,140	,586	2,220
	Endroit de résid. ailleurs	,202	,315	,522	1,224	,660	2,268

Tableau 3-VII-21 (suite) : Contribution de chaque prédicteur retenu pour le modèle d'HM en fonction des différentes catégories.

Catégories (a) Variables prédictrices	Coéff. de régression. Non standardisés		Sig.	Rapport de cotes (OR)	Intervalles de confiance 95%	
	B	Erreur type			Limites Inf.	Limites sup.
<b>5</b> Constante	-6,548	4,562	,151			
âge	,058	,033	,078	1,059	,994	1,129
Sexe (femme)	-,012	,526	,981	,988	,353	2,767
État civil (marié)	-1,214	,832	,145	,297	,058	1,517
Éduc. (Tech ou Univ.)	-,742	,833	,373	,476	,093	2,437
Revenu/mois (> 901\$)	,078	,576	,892	1,081	,349	3,346
Symp. Dépressifs	-,009	,028	,746	,991	,939	1,046
# Diff. fonct.	,381	,126	,003	1,463	1,143	1,873
# Mal. Chron.	,101	,106	,341	1,106	,898	1,363
# d'incapacités	3,200	,223	,000	24,536	15,856	37,969
# Entourage	-,151	,086	,079	,859	,726	1,018
Proximité (> 30 min)	-,417	,598	,486	,659	,204	2,130
# pers. Vues/mois	-,115	,083	,163	,891	,758	1,048
# T. B. Relations	,163	,093	,081	1,177	,980	1,414
Habite avec d'autres	-1,361	,790	,085	,256	,055	1,206
Endroit de résid. ailleurs	1,231	,793	,120	3,426	,724	16,205

La catégorie de référence est: 0.

Aucune variable du bloc sociodémographique n'a été retirée. Elles étaient toutes significatives. Dans le bloc santé, les variables : état de santé perçue, difficultés de la vue, de l'ouïe et de mastication ont toutes été enlevées parce que non significatives dans ce processus global d'insertion d'un bloc au complet. Pour le bloc réseau social (aspect objectif), le nombre de types de services institutionnels formels a été également été soutiré pour les mêmes raisons.

Les variables prédictrices retenues, les mêmes pour les cinq catégories, contribuent toutes à la prédiction d'appartenance d'une personne âgée à une ou l'autre de ces catégories. C'est cet aspect de prédiction qu'il est important de retenir à partir de ces résultats. Examinons chaque catégorie.

Par exemple, dans la catégorie (1), chaque augmentation d'une unité d'âge, à partir de 65 ans, correspond à une faible diminution de la probabilité d'appartenance à cette catégorie ( $B = -0,031$  et  $OR = 0,936$ ). Mais ce n'est pas individuellement significatif puisque les limites à 95% de l'intervalle de confiance, de cette variable, sont à la fois inférieures et supérieures à un. Par contre pour la prédiction finale, cette variable a sa place dans l'établissement de la probabilité d'appartenance. Le fait d'être une femme (♀) a un effet positif ( $B = 0,133$  et  $OR = 1,142$ ). Être une femme favorise la personne âgée d'appartenir à cette catégorie de 14,2%.

Les autres variables qui ont un rapport de cote (OR) supérieur à un ( $>1$ ) sont : le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités, le nombre de personnes dans l'entourage, la proximité  $\pm 30$  minutes, le nombre de très bonnes relations et le fait d'habiter avec d'autres personnes.

Parmi ces variables, celles qui ont un rapport de cote  $>1$  (avec un effet positif) et les deux limites de l'IC  $>1$  sont : le nombre de difficultés fonctionnelles ( $OR = 1,186$  et  $IC95\% = 1,040 | 1,353$ ), le nombre d'incapacités ( $OR = 18,651$  et  $IC95\% = 12,446 | 27,949$ ) et le fait d'habiter avec d'autres personnes ( $OR = 2,268$  et  $IC95\% = 1,104 | 4,658$ ). Ces variables sont significatives. Elles sont la base de l'appartenance à cette catégorie.

Ce résultat est en accord avec ce que nous avons établi précédemment : 64,0% des gens habitent avec d'autres personnes favorisant l'aide informelle, 70% des gens avec au moins une incapacité, 75% des personnes âgées avec au moins une difficulté fonctionnelle.

Dans la catégorie (2), nous observons que les variables ayant un effet positifs ( $OR > 1$ ) sont : l'âge, le fait d'être une femme, un niveau d'éducation supérieur, un revenu élevé, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre d'incapacités, le nombre de personnes dans l'entourage, la proximité et le nombre de très bonnes relations. Parmi ces variables, nous pouvons considérer celles qui sont indépendamment significatives en examinant l'intervalle de confiance (les deux limites  $> 1$ ). Il s'agit de l'âge, être une femme, du nombre de difficultés fonctionnelles et du nombre d'incapacités.

Ces résultats recourent ce que nous avons déjà établi. 80,0% des personnes âgées sont des femmes, 74,0% ont au moins une difficulté fonctionnelle et 86,0% au moins une incapacité. La majorité des personnes âgées ne sont pas mariés à 85,0%.

Pour la catégorie (3), les variables ayant un effet positif, avec un  $OR > 1$ , sont : l'âge, le fait d'être une femme, être marié, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités, le nombre de personnes dans l'entourage, la proximité, le nombre de personnes vues par mois et le fait d'habiter avec d'autres personnes. Parmi ces variables, l'âge, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités, le nombre de personnes dans l'entourage et le fait d'habiter avec d'autres personnes sont toutes indépendamment significatives avec des limites inférieures ou supérieures à 1 pour l'IC.

Ces résultats correspondent à ceux déjà indiqués. Nous retrouvons des personnes âgées très bien entourées favorisant l'aide informelle (63,0% vivent avec d'autres personnes), 86,0% des gens ont au moins une difficulté fonctionnelle, le nombre de personnes âgées ayant au moins trois maladies chroniques ou trois incapacités devient important à 39,0% et 35,0% respectivement.



La catégorie (4) a les variables suivantes avec un effet positif sur l'appartenance : l'âge, le fait d'être une femme, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités, le nombre de personnes dans l'entourage, la proximité, le nombre de très bonnes relations, le fait d'habiter avec quelqu'un et d'être chez soi ou chez sa proche famille. Parmi ces variables, l'âge, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques et le nombre d'incapacités sont indépendamment significatives.

Encore là, ces résultats recourent ceux déjà exposés. La majorité des personnes âgées (93,0%) ont au moins une difficulté fonctionnelle et 90,0% avec au moins une incapacité, alors que 90,0% d'entre elles ont au moins trois maladies chroniques.

Pour la catégorie (5), les variables suivantes ont un effet positif sur l'appartenance : l'âge, le revenu élevé, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités et le nombre de très bonnes relations. Parmi ces variables, l'âge, le nombre de difficultés fonctionnelles et le nombre d'incapacités sont indépendamment significatives.

Nous retrouvons les résultats précédemment établis. Toutes les personnes âgées de cette catégorie ont au moins une maladie chronique, 90,0% avec au moins une difficulté fonctionnelle et 95,0% avec au moins une incapacité.

En conclusion, l'ensemble des variables prédictives retenues contribue adéquatement à établir la probabilité d'appartenance d'une personne âgée à l'une ou l'autre des cinq catégories.

## **2- Moncton**

Le tableau (3-VII-22) nous donne le résultat de la régression logistique polynomiale avec l'ensemble des variables prédictrices qui se sont avérées significatives au fur et à mesure de l'insertion de nos blocs pour Moncton. Ce résultat indique, tout comme pour HM, la contribution de chaque variable indépendante à la capacité prédictrice d'appartenance aux différentes catégories.

L'ajustement global du modèle a un niveau de signification  $\text{Sig} < 0,001$ . Cela indique que l'ajustement du modèle est acceptable et nous autorise à procéder. Le ratio de vraisemblance  $R^2L$  de McFadden passe de 0,096 avec le premier bloc sociodémographique, à 0,272 en ajoutant le deuxième bloc santé, puis à 0,299 avec le bloc objectif des réseaux sociaux. Contrairement à HM, le quatrième bloc (réseau social : l'aspect subjectif) s'est avéré significatif lorsque nous avons ajouté les variables de satisfaction générale, de satisfaction de vie et de contrôle de son sort qui constituaient l'ensemble de ce bloc. Le  $R^2L$  est alors passé à 0,315. Cette progression nous indique que l'apport de chacun des blocs contribue de façon non négligeable à la prédiction d'appartenance. L'indice de surdispersion est également inférieur à un. L'ajustement du modèle est donc jugé comme adéquat.

Aucune variable du bloc sociodémographique n'a été retirée. Elles étaient toutes significatives. Dans le bloc santé, les variables : état de santé perçue, difficultés de la vue, de l'ouïe et de mastication ont toutes été enlevées parce que non significatives tout comme HM. Par ailleurs, la variable « symptômes dépressifs » a également été retirée contrairement à HM. Pour le bloc réseau social (aspect objectif), le nombre de types de services institutionnels formels a été également retiré pour les mêmes raisons.

Tableau 3-VII-22 : Contribution de chaque prédicteur retenu pour le modèle de MCT en fonction des différentes catégories.

Catégories (a) Variables prédictrices	Coéff. de régression. Non standardisés		Sig.	Rapport de cotes (OR)	Intervalles de confiance 95%		
	B	Erreur type			Limites Inf.	Limites sup.	
<b>1</b>	Constante	-3,755	1,899	,048			
	âge	,003	,016	,873	1,003	,971	1,035
	Sexe (femme)	-,267	,214	,213	,766	,504	1,165
	État civil (marié)	-,660	,277	,017	,517	,300	,889
	Éduc. (Tech ou Univ.)	-,041	,224	,854	,960	,619	1,488
	Revenu/mois (> 901\$)	-,180	,156	,249	,835	,615	1,134
	# Diff. fonct.	,133	,066	,043	1,143	1,004	1,300
	# Mal. Chron.	,086	,051	,093	1,090	,986	1,205
	# d'incapacités	2,934	,252	,000	18,802	11,464	30,838
	# Entourage	,073	,041	,074	1,075	,993	1,165
	Proximité (> 30 min)	-,515	,207	,013	,597	,398	,896
	# pers. Vues/mois	-,074	,030	,014	,928	,875	,985
	# T. B. Relations	-,004	,045	,936	,996	,912	1,089
	Habite avec d'autres	,600	,295	,042	1,823	1,022	3,253
	Satisf. Générale	,237	,074	,001	1,267	1,095	1,466
	Contrôle de son sort	,109	,025	,000	1,115	1,061	1,171
	Satisf. de la Vie (non)	-,323	,252	,199	,724	,442	1,186
<b>2</b>	Constante	-9,137	2,632	,001			
	âge	,077	,021	,000	1,080	1,036	1,127
	Sexe (femme)	-,059	,326	,856	,942	,497	1,787
	État civil (marié)	,028	,429	,948	1,028	,443	2,385
	Éduc. (Tech ou Univ.)	1,255	,301	,000	3,506	1,944	6,324
	Revenu/mois (> 901\$)	-,434	,242	,073	,648	,403	1,042
	# Diff. fonct.	,275	,082	,001	1,317	1,121	1,547
	# Mal. Chron.	,092	,070	,189	1,097	,956	1,258
	# d'incapacités	2,850	,260	,000	17,288	10,379	28,796
	# Entourage	-,029	,062	,638	,971	,859	1,097
	Proximité (> 30 min)	-,099	,327	,763	,906	,477	1,719
	# pers. Vues/mois	-,046	,046	,308	,955	,873	1,044
	# T. B. Relations	,047	,069	,499	1,048	,915	1,199
	Habite avec d'autres	-,605	,398	,129	,546	,250	1,192
	Satisf. Générale	-,034	,116	,771	,967	,771	1,213
	Contrôle de son sort	,053	,036	,134	1,055	,984	1,131
	Satisf. de la Vie (non)	,223	,353	,528	1,250	,625	2,498

Tableau 3-VII-22 (suite) : Contribution de chaque prédicteur retenu pour le modèle de MCT en fonction des différentes catégories.

Catégories (a) Variables prédictrices	Coéff. de régression. Non standardisés		Sig.	Rapport de cotes (OR)	Intervalles de confiance 95%		
	B	Erreur type			Limites Inf.	Limites sup.	
<b>3</b>	Constante	-14,212	2,868	,000			
	âge	,057	,024	,018	1,058	1,010	1,109
	Sexe (femme)	,266	,361	,462	1,304	,643	2,647
	État civil (marié)	,045	,394	,908	1,046	,484	2,264
	Éduc. (Tech ou Univ.)	-,485	,454	,285	,616	,253	1,499
	Revenu/mois (> 901\$)	-,343	,268	,201	,710	,420	1,200
	# Diff. fonct.	,009	,092	,923	1,009	,842	1,209
	# Mal. Chron.	,320	,073	,000	1,376	1,194	1,587
	# d'incapacités	3,210	,259	,000	24,768	14,913	41,136
	# Entourage	-,031	,068	,647	,969	,848	1,108
	Proximité (> 30 min)	-,710	,321	,027	,492	,262	,922
	# pers. Vues/mois	-,054	,046	,246	,948	,866	1,038
	# T. B. Relations	,106	,076	,162	1,112	,958	1,290
	Habite avec d'autres	1,088	,407	,007	2,969	1,337	6,589
	Satisf. Générale	,158	,112	,158	1,172	,941	1,459
	Contrôle de son sort	,186	,038	,000	1,204	1,118	1,297
	Satisf. de la Vie (non)	,618	,351	,079	1,854	,932	3,691
<b>4</b>	Constante	-13,928	2,581	,000			
	âge	,111	,021	,000	1,117	1,072	1,164
	Sexe (femme)	,365	,312	,242	1,441	,781	2,658
	État civil (marié)	-1,368	,407	,001	,255	,115	,566
	Éduc. (Tech ou Univ.)	,981	,304	,001	2,667	1,470	4,836
	Revenu/mois (> 901\$)	-,028	,225	,899	,972	,626	1,510
	# Diff. fonct.	,303	,078	,000	1,354	1,161	1,579
	# Mal. Chron.	,286	,065	,000	1,332	1,173	1,511
	# d'incapacités	3,305	,256	,000	27,250	16,508	44,983
	# Entourage	,085	,056	,132	1,089	,975	1,216
	Proximité (> 30 min)	-,653	,287	,023	,521	,297	,914
	# pers. Vues/mois	-,087	,041	,033	,917	,846	,993
	# T. B. Relations	-,016	,061	,797	,984	,873	1,110
	Habite avec d'autres	-,229	,405	,571	,795	,360	1,759
	Satisf. Générale	,144	,102	,158	1,155	,945	1,412
	Contrôle de son sort	,096	,034	,004	1,101	1,030	1,176
	Satisf. de la Vie (non)	,133	,321	,678	1,142	,609	2,141

Tableau 3-VII-22 (suite) : Contribution de chaque prédicteur retenu pour le modèle de MCT en fonction des différentes catégories.

Catégories (a) Variables prédictrices	Coéff. de régression. Non standardisés		Sig.	Rapport de cotes (OR)	Intervalles de confiance 95%	
	B	Erreur type			Limites Inf.	Limites sup.
<b>5</b> Constante	-16,824	6,687	,012			
âge	,153	,043	,000	1,165	1,071	1,267
Sexe (femme)	1,706	1,101	,121	5,505	,636	47,646
État civil (marié)	-1,228	1,589	,440	,293	,013	6,594
Éduc. (Tech ou Univ.)	2,192	,572	,000	8,957	2,919	27,485
Revenu/mois (> 901\$)	,165	,537	,758	1,180	,412	3,380
# Diff. fonct.	,503	,149	,001	1,654	1,234	2,217
# Mal. Chron.	,285	,121	,018	1,330	1,050	1,684
# d'incapacités	2,708	,311	,000	15,000	8,159	27,577
# Entourage	,039	,121	,749	1,039	,821	1,316
Proximité (> 30 min)	,501	,910	,582	1,650	,277	9,821
# pers. Vues/mois	-,068	,104	,514	,935	,763	1,145
# T. B. Relations	-,114	,130	,378	,892	,692	1,150
Habite avec d'autres	-3,491	1,534	,023	,030	,002	,617
Satisf. Générale	-,133	,259	,608	,876	,527	1,454
Contrôle de son sort	,021	,070	,763	1,021	,891	1,170
Satisf. de la Vie (non)	,224	,736	,761	1,251	,295	5,294

(a) La catégorie de référence est : 0.

Les variables prédictrices retenues, les mêmes pour les cinq catégories, contribuent toutes à la prédiction d'appartenance d'une personne âgée à une ou l'autre de ces catégories. Examinons chaque catégorie.

Par exemple, dans la catégorie (1), chaque augmentation d'une unité d'âge, à partir de 65 ans, correspond à une légère augmentation de la probabilité d'appartenance à cette catégorie (B= 0,003 et OR=1,003). Mais ce n'est pas individuellement significatif puisque les limites à 95% de l'intervalle de confiance, de cette variable, sont à la fois inférieures et supérieures à un. Par contre pour la prédiction finale, cette variable a sa place dans l'établissement de la probabilité d'appartenance. Le fait d'être une femme (♀) a un effet négatif (B=-0,267 et OR=0,766). Être une femme défavorise la personne âgée

d'appartenir à cette catégorie de 23,4%. D'ailleurs, en examinant la distribution homme/femme illustrée précédemment, nous constatons que le pourcentage de femme de la catégorie (1) est plus bas que celui de la catégorie de référence (passe de 62% à 57%). Les autres variables de cette catégorie (1) avec un rapport de cote (OR) supérieur à un sont : le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités, le nombre de personnes dans l'entourage, le nombre de très bonnes relations et le fait d'habiter avec d'autres personnes. Ces variables sont les mêmes que pour HM, sauf la proximité. De plus, l'aspect subjectif des réseaux sociaux s'est avéré significatif. Les variables de satisfaction générale du domicile et du quartier, de satisfaction de la vie et du contrôle de son sort s'ajoutent à cette liste de prédictors dans le cas de Moncton.

Parmi ces variables, celles qui ont un rapport de cote  $>1$  (avec un effet positif) et les deux limites de l'IC  $>1$ , sont : le nombre de difficultés fonctionnelles (OR= 1,143 et IC95% = 1,004 | 1,300), le nombre d'incapacités (OR= 18,802 et IC95% = 11,464 | 30,838), le fait d'habiter avec d'autres personnes (OR= 1,823 et IC95% = 1,022 | 3,253), la satisfaction générale (OR= 1,267 et IC95% = 1,095 | 1,466) et le contrôle de son sort (OR= 1,115 IC95% = 1,061 | 1,171). Elles sont la base de l'appartenance à cette catégorie.

Ce résultat est en accord avec ce que nous avons établi précédemment : 84% des gens habitent avec d'autres personnes favorisant l'aide informelle, 52% de gens avec au moins une incapacité, 56% des personnes âgées avec au moins une difficulté fonctionnelle.

Dans la catégorie (2), nous observons que les variables ayant un effet positifs ( $OR > 1$ ) sont : l'âge, le fait de ne pas être marié, un niveau d'éducation supérieur, un revenu élevé, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités, le nombre de personnes dans l'entourage et le nombre de très bonnes relations. Parmi ces variables, nous pouvons considérer celles qui sont indépendamment significatives en examinant l'intervalle de confiance (les deux limites  $> 1$ ). Il s'agit de l'âge, de l'éducation supérieure, du nombre de difficultés fonctionnelles, du nombre de maladies chroniques et du nombre d'incapacités.

Ces résultats recourent ce que nous avons déjà établi : 32,0% des personnes âgées ont une éducation supérieure, 78,0% ont au moins une difficulté fonctionnelle, 87,0% ont au moins une maladie chronique et 83,0% au moins une incapacité. La majorité (70,0%) des personnes âgées ne sont pas mariées.

Pour la catégorie (3), les variables ayant un effet positif, avec un  $OR > 1$ , sont toutes les variables prédictrices sauf : le niveau d'éducation et de revenu ainsi que la proximité. Parmi ces variables, l'âge, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités, le fait d'habiter avec d'autres personnes et le contrôle de son sort sont toutes indépendamment significatives avec des limites inférieures et supérieures  $> 1$  pour l'IC.

Ces résultats correspondent à ceux déjà indiqués. Nous retrouvons des personnes âgées très bien entourées favorisant l'aide informelle (78,0% vivent avec d'autres personnes), 67,0% des gens ont au moins une difficulté fonctionnelle, le nombre de personnes âgées ayant au moins trois maladies chroniques ou trois incapacités devient important à 29,0% et 37,0% respectivement.

La catégorie (4) a les variables suivantes avec un effet positif sur l'appartenance : l'âge, le fait d'être une femme, le niveau d'éducation, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités, le nombre de personnes dans l'entourage, la satisfaction générale, le contrôle de son sort et la satisfaction de la vie. Parmi ces variables, l'âge, le niveau d'éducation, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités et le contrôle de son sort sont indépendamment significatives.

Encore là, ces résultats recourent ceux déjà exposés. La majorité des personnes âgées (89,0%) ont au moins une difficulté fonctionnelle et 90,0% avec au moins une incapacité, alors que 72,0% d'entre elles ont au moins trois maladies chroniques.

Pour la catégorie (5), les variables suivantes ont un effet positif sur l'appartenance : l'âge, le fait d'être une femme, le niveau d'éducation et de revenu, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités, l'entourage, la proximité, le contrôle de son sort et la satisfaction de la vie. Parmi ces variables, l'âge, le fait d'être une femme, le niveau d'éducation, le nombre de difficultés fonctionnelles, le nombre de maladies chroniques et le nombre d'incapacités sont indépendamment significatives.

Nous retrouvons les résultats précédemment établis. La majorité sont des femmes à 93,0%, 96,0% ont au moins une maladie chronique, 82,0% avec au moins une difficulté fonctionnelle et 82,0% avec au moins une incapacité.

En conclusion, tout comme pour HM, l'ensemble des variables prédictrices retenues, contribue adéquatement à établir la probabilité d'appartenance d'une personne âgée à l'une ou l'autre des cinq catégories.



### 3- Conclusion

Dans un premier temps, nous avons identifiés les déterminants d'appartenance des personnes âgées aux différentes catégories pour HM et MCT. Puis nous avons établi l'ensemble des variables prédictrices pour estimer la probabilité d'appartenance à nos catégories.

Nous obtenons essentiellement la même liste de variables indépendantes, à partir des blocs définis par notre modèle, comme prédicteurs dans nos deux environnements (Tableau : 3-VII-23). L'ensemble des variables constituant le bloc sociodémographique fait parti des prédicteurs. Dans le bloc santé et dans la partie objective du bloc réseaux sociaux, les mêmes variables ont été soutirées dans HM et MCT parce qu'elles n'étaient pas significatives dans ces deux échantillons.

Tableau 3-VII-23 : Liste des prédicteurs d'appartenance pour HM et MCT.

BLOCS	PRÉDICTEURS	HM	MCT
Sociodémographique	âge	√	√
	Sexe (femme)	√	√
	État civil (marié)	√	√
	Éducation (Tech ou Univ.)	√	√
	Revenu / mois (> 901\$)	√	√
État de Santé	# Difficultés fonctionnelles.	√	√
	# Maladies Chroniques	√	√
	# d'incapacités	√	√
Réseaux sociaux : aspect objectif	# Entourage	√	√
	Proximité (> 30 min)	√	√
	# Personnes Vues / mois	√	√
	# Très bonnes Relations	√	√
Réseaux sociaux : aspect subjectif	Habite avec d'autres personnes	√	√
	Satisfaction Générale		√
	Contrôle de son sort		√
	Satisfaction de la Vie (non)		√

Par ailleurs, l'aspect subjectif du bloc réseaux sociaux a été conservé pour MCT alors qu'il n'était pas significatif dans HM. Ce bloc fait essentiellement appel à la culture des

personnes âgées dans chaque environnement.

Parmi les variables prédictrices qui ont le plus de poids dans la prédiction d'appartenance, nous retrouvons (pour HM et MCT) : l'âge, le nombre de difficultés fonctionnelles (échelle de Nagi), le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités et le fait d'habiter avec d'autres personnes. Ces paramètres conditionnent

fortement le type d'aide fournie (informel ou formel ou mixte) et l'appartenance aux différentes catégories.

## **CHAPITRE 4 : DISCUSSION**

Nous nous sommes intéressés dans cette thèse à vérifier si nous pouvions établir une typologie des réseaux d'aide et définir les prédicteurs d'appartenance pour nos deux échantillons d'Hochelaga-Maisonneuve et de Moncton. Nos deux objectifs ont été atteints.

Une typologie comprenant cinq catégories avec des caractéristiques distinctes, a été mise à jour. Bien que plusieurs travaux (Litwin 1996, Wenger 1996, Keating 2002) aient démontré l'existence de réseaux particuliers concernant les personnes âgées, très peu d'auteurs (Béland, 1992) avaient considéré de mettre en relation l'aide reçue par les personnes âgées vivant à domicile et les ressources qui fournissaient cette aide. L'établissement des profils d'aide reçue et des profils de ressources d'aide utilisées a permis d'établir cette typologie.

Les combinaisons des trois premières sources d'aide nous ont menés à l'établissement des profils des ressources utilisées pour chaque personne âgée et à distinguer le rôle de chacune d'elles. Cette approche nous a conduit à mettre en relief non seulement ce que nous retrouvons régulièrement dans la littérature à savoir que les époux(ses) et les filles sont en premières lignes lorsqu'il s'agit d'aide informelle aux proches, mais que les fils jouent un rôle primordial comme aidant secondaire. L'importance des fils dans les réseaux sociaux est très peu soulignée sauf dans des cas particuliers comme le soutien du fils envers son père vétéran (Abbott et coll. 2007). Dans notre étude, le fils est la

troisième plus importante ressource informelle après l'époux et la fille. Nous retrouvons la présence des fils comme intervenant principal pour les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ressources, dans nos deux échantillons malgré la différence de culture. L'aide qu'ils apportent est surtout en rapport avec les activités de vie domestique comme le transport et les travaux lourds.

Par ailleurs, le fait d'habiter seul a été identifié comme un prédicteur important d'appartenance à une ou l'autre de nos catégories. Ce résultat confirme ce qui a déjà été souligné dans la littérature, entre autres par Béland et col (1998). De plus, les types de réseaux d'aide décrits dans notre typologie changent avec l'avancement en âge des membres de ces réseaux. Cette constatation avait déjà été vérifiée entre autres par Wenger (1997) et Van Tilburg et coll. (2004). Cette évolution de nos réseaux d'aide nous amène à nous interroger sur la diminution progressive des ressources informelles. Par exemple, la catégorie (5) est-elle le reflet de l'attrition (décès, maladies, incapacités, éloignement...) des membres du réseau d'aide avec l'avancement en âge de ces derniers et des personnes âgées aidées (Pescosolido et Levy, 2002) ? Une étude longitudinale nous permettrait de mieux répondre à cette interrogation.

Un résultat intéressant, quant à l'aide reçue, a trait à l'activité de vie quotidienne de se couper les ongles d'orteils. Une grande diversité de ressources (formelles et informelles) est utilisée par les personnes âgées des deux échantillons pour les aider à réaliser cette activité. Cette aide est parmi les premières à être réclamée pour les activités de vie quotidienne. Dans ce sens, nos résultats sont en accord avec les études récentes (Gottschalk, 2004 ; Havens, 2002 ; Natl. Stat. UK, 2001) et confirment l'importance de la capacité à réaliser cette activité. La difficulté à la faire, peut être considérée comme un des premiers prédicteurs d'incapacité.

Le modèle de Verbrugge et Jette (1994) et celui de Naggi (1964-1976), sur le processus d'incapacité et de limitations fonctionnelles, a été à la base d'une partie du questionnaire utilisé pour les sections sur les incapacités, les maladies chroniques et les limitations fonctionnelles. Nos résultats montrent une grande corrélation entre notre typologie de l'aide reçue et ces paramètres. Ainsi, le nombre de maladies chroniques s'avère un prédicteur incontournable d'appartenance à l'une ou l'autre des cinq catégories identifiées de même que le nombre de difficultés fonctionnelles et le nombre d'incapacités. Par ailleurs, il faut souligner qu'au sein de la catégorie de référence (sans aide), le nombre de personnes âgées avec des maladies chroniques n'est pas négligeable alors qu'il y en a très peu avec des incapacités ou des limitations fonctionnelles. Le bloc santé nous a permis de vérifier la séquence d'événements reliés à l'apparition de pathologies, de déficiences, de limitations fonctionnelles et finalement d'incapacités. Ces résultats confortent le modèle de Verbrugge et Jette (1994).

Nous constatons également la prédominance des difficultés reliées aux activités de vie domestiques par rapport aux activités de vie quotidiennes pour les trois premières catégories. Très peu de personnes âgées ont dès le début de leur épisode d'incapacité des problèmes avec les activités quotidiennes. Dès l'instant où les difficultés à réaliser à la fois les activités domestiques et quotidiennes deviennent importantes, les personnes âgées se retrouvent dans la quatrième ou cinquième catégorie. Par ailleurs, l'augmentation et l'ampleur des incapacités changent le type et la multiplicité de l'aide reçue. Cette aide passe de l'informelle (catégorie 1 et 3) à un mélange d'aide formelle et informelle (catégorie 4) puis à de l'aide strictement formelle dans la catégorie (5) composée de personnes âgées isolées et très hypothéquées. La catégorie (2) comprend un ensemble

particulier de personnes âgées. Elles sont très peu entourées et n'ont pas beaucoup d'incapacités. Ces dernières font appel à de l'aide formelle. Avec une étude longitudinale, il aurait été intéressant de vérifier si pour ces deux catégories (2 et 5), l'isolement des personnes âgées aurait été associé à des taux plus élevés de mortalité et de morbidité ainsi qu'à un taux de survie moins élevé.

Cette progression confirme les études stipulant que plus les incapacités fonctionnelles sont lourdes, plus les services formels sont utilisés (Lafrenière et coll., 2003 ; Fassbender, 2001-1999). Nous constatons l'effet de l'état de santé sur la composition de nos différents réseaux. Plus l'état de santé des personnes âgées est hypothéqué, plus ces dernières risquent d'appartenir à une catégorie plus élevée dans notre typologie et d'avoir un réseau comportant moins de ressources d'aide informelles. Ainsi, plus la santé des personnes âgées est compromise, plus leur réseau est petit (Keating, 2003 ; Litwin, 1997 ; Wenger, 1997). Ceci étant, nous constatons également que dans ce cas, le réseau d'aide est soit formel (catégorie (5)) ou mixte (catégorie (4)) et non pas exclusivement composé de proches parents. Les personnes âgées appartenant à ces catégories vont continuer à utiliser les services publics pour leurs besoins d'aide (Litwin H., 2003). Notre catégorisation nous permet également d'examiner le rôle du soutien selon les catégories en termes de complémentarité, superposition, substitution ou d'indépendance.

Les catégories (1) et (3) regroupent des réseaux d'aide strictement et semblent plus de nature « complémentaire » (Litwak, 1985 ; Fast et coll., 2001), bien que la compétence des aidants n'est pas été vérifiée ni la satisfaction des personnes âgées vis-à-vis l'aide reçue. La catégorie (4), composée de réseaux d'aide mixtes peut être interprétée à la fois comme « complémentaire » et « supplémentaire ». Elle est complémentaire si l'aide

informelle ne réduit pas l'aide formelle (Logan et Spitze, 2003). Elle est supplémentaire si les services formels peuvent se substituer à l'aide informelle lors de maladie ou décès de ressources informelles (Davey et al, 2005 ; Edelman, 1986). Nous n'avons pas été en mesure de vérifier l'une ou l'autre de ces options. Les catégories (2) et (5), ensembles de réseaux d'aide formels, semble plus du type « substitution » où les services d'aide formels remplacent l'aide que les familles auraient donnée (Cantor et Brennan, 2000 ; Greene, 1983). Notre typologie a le mérite de clarifier, dans le cadre de l'aide pour les activités quotidiennes et domestiques, la frontière entre le secteur informel (catégories 1 et 3) et le secteur formel (catégories 2 et 5) et ce dans deux environnements différents. Ces deux secteurs représentent respectivement 29% et 10% des personnes âgées d'HM et de 35% et 10% pour MCT. La charge du secteur informel est au moins trois fois plus lourde proportionnellement que pour le secteur strictement formel. Cette différence est importante quand nous savons que les aidants pour le secteur informel ne sont pas rémunérés et n'ont que peu d'aide de la part des gouvernements fédéral et provincial (Dosman et Keating, 2005). La catégorie (4) regroupe un ensemble de personnes âgées où la frontière entre l'aide informelle et formelle reste floue. Cette catégorie rassemble un faible pourcentage de personnes âgées dans chacun des échantillons examinés (17% et 15% pour HM et MCT respectivement).

Par ailleurs, notre utilisation du concept de réseaux sociaux (Pescosolido, 1994-89) nous a permis de mieux encadrer nos résultats dans une approche théorique reconnue (Antonucci, 2001 ; Berkman, 2001 ; Pescosolido, 1994) et de considérer à la fois les aspects relationnels et environnementaux qui influencent l'aide reçue par les personnes âgées. Nous nous sommes inspirés du modèle de Pescosolido (1994) parce que ce modèle

a comme base l'influence de la santé sur les réseaux entourant les personnes âgées. C'est notre cas et non l'inverse où le modèle de Berkman (2000b) aurait été plus approprié. Mais au lieu de décrire nos réseaux de façon traditionnelle avec les trois éléments structure – fonction – contenu, nous les avons caractérisés en fonction de leurs aspects objectif et subjectif (Seeman et coll., 1988). Le contenu objectif comprend la description des relations sociales avec l'appartenance à des associations, le nombre de visites, le nombre de proches et d'amis, la présence d'un époux(se) et/ou d'un confident, les relations entretenues, la fréquence des contacts, l'endroit de résidence et les variables socio-économiques concernant le domicile. Le contenu subjectif nous indique le rôle de la personne âgée dans son environnement avec l'aide aux autres, la qualité de l'écoute avec son entourage, le contrôle de soi et de son rôle, la satisfaction de sa vie et de sa place. Ceci nous a permis de faire ressortir, sous la nomination « objectif », la structure des réseaux et la fonction d'aide instrumentale reçue par les personnes âgées. Cette fonction est au cœur de cette étude.

Dans nos résultats, en identifiant les déterminants d'appartenance des personnes âgées aux différents réseaux d'aide, nous n'avons pas remarqué de différences importantes quant aux prédicteurs reliés à l'aspect objectif en fonction de nos deux environnements. Par contre, les paramètres décrivant l'aspect subjectif ressortent de façon significative dans Moncton et non dans Hochelaga-Maisonneuve. Ce résultat semble nous indiquer l'importance de la culture du milieu dans la description de nos réseaux. Les résultats similaires obtenus dans les deux milieux étudiés indiquent une certaine robustesse (validité externe) de notre modèle.

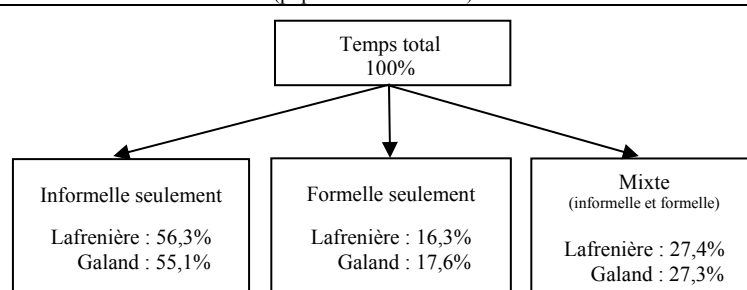
Si nous résumons les résultats typologiques obtenus, nous pouvons considérer la catégorie (1), que nous pourrions appelée « transitoire », comme le groupe le plus vaste de jeunes personnes âgées, principalement mariées, pour qui le processus d'incapacité débute et que la famille, les amis ou les voisins commencent à aider. Cette catégorie rassemblent les personnes âgées, dont les réseaux strictement informels, font appel à une quantité moyenne d'aidant informels (au minimum neuf aidants). La catégorie (2) « personnes âgées seules », de grandeur moyenne et majoritairement féminin, rassemble les personnes âgées non mariées peu hypothéquées mais dont l'entourage familial fait défaut. Leurs réseaux d'aide sont formels et leur entourage est majoritairement en dessous de huit personnes. La catégorie (3) « familiale », de grandeur moyenne, semble être la suite de la catégorie (1) avec un niveau d'incapacité plus important et une charge sur le secteur informel très grande puisque les réseaux d'aide sont exclusivement informels. Ces réseaux ont une grande quantité d'aidant disponibles (plus de treize aidants). La catégorie (4) « très fragiles », relativement grande, rassemble les personnes âgées pour qui la famille ou les amis ne peuvent plus entièrement assurer l'aide parce que les personnes âgées sont fortement hypothéquées ou parce que les aidants informels sont épuisée ou les soins dépassent leur compétence ou leur nombre a diminué. Les réseaux d'aide de cette catégorie sont mixtes avec un nombre d'aidants moyen (entre cinq et douze). La catégorie (5) « pré institutionnel », très petite, regroupe des personnes âgées très fragiles ne pouvant pas compter sur le soutien familial. Leurs réseaux sont les plus petits de tous et sont strictement formels. L'absence d'aidants informels, dans cette catégorie, prédispose ces personnes âgées à être des candidats à des établissements de soins de longue durée tout comme le suggère également Shapiro et Tate (1988).



La répartition de l'aide reçue peut être représentée tout comme l'a illustré Lafrenière et coll. (2003). Ces auteurs avaient obtenus leurs résultats à partir d'une enquête sociale générale pan-canadienne. Il est remarquable, comme l'indique le tableau de comparaison ci-dessous, que la répartition entre l'aide informelle, formelle ou mixte reçue par les personnes âgées d'HM et

de MCT, que nous avons obtenue, est tout à fait comparable à celle des personnes âgées au Canada obtenue par Lafrenière et

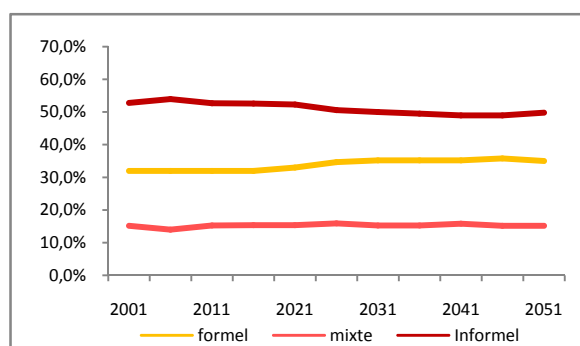
Comparaison des résultats Lafrenière – Galand : Pourcentage du temps total d'aide déclaré par les personnes âgées en perte d'autonomie selon la source d'aide. (population à domicile).



ses collègues. De plus, Légaré et coll. (2006), dans un travail de projection concernant les besoins futurs pour les services de

maintient à domicile, obtient des pourcentages semblables. À la suite de leur simulation, ces auteurs montrent que la proportion d'aînés selon la source d'aide reste à peu près stable entre 2001 et 2031 (voir graphique ci-

Distribution de la population âgée de 65 ans et plus vivant en ménage privé selon le type d'aide reçue



contre). Ces résultats renforcent la validité externe de notre modèle.

Cette typologie reliée à l'aide reçue et aux ressources utilisées par les personnes âgées vivant à domicile, est tout à fait originale et n'a pas d'équivalent dans la littérature, à part celle de Noeker et Bass (1989) mais dont l'échantillon était restreint et les aidants composés uniquement du conjoint ou de l'enfant vivant avec la personne âgée. Notre

catégorisation est unique parce qu'elle se base à la fois sur dix sept types de ressources (informelles ou formelles) et sur dix sept tâches à effectuer (uniques ou multiples). Contrairement à notre approche, la plupart des typologies rencontrées dans la littérature sont basées sur la structure des réseaux aidants (grandeur, proximité de la famille, fréquence des contacts) pour étayer l'influence des relations parents enfants ou pour confirmer les variations de pratique des généralistes (Wenger et coll., 2002-2000) ou en association avec le niveau d'incapacité (Litwin, 2003).

Un certain nombre de limites concerne cette étude. D'abord, il s'agit d'une étude secondaire de nature transversale dont les données ont été recueillies en 1996. Elles représentent une tranche de vie à cette époque et non en 2008. Une étude longitudinale aurait été nécessaire pour éviter ce biais. La représentativité des échantillons est sujette à interprétation et cause un biais de sélection (Béland, 1997). L'échantillon d'Hochelaga-Maisonneuve est représentatif des ménages de personnes âgées et non de la population des personnes âgées de ce quartier. Ainsi, les personnes âgées qui vivent seules ou celles qui partagent leur domicile avec d'autres groupes d'âge sont surreprésentés 44% au lieu de 40% attendu. Pour Moncton, cette surreprésentation est plus importante avec 31,8% de personnes seules dans l'échantillon alors qu'elles représentaient 22,5% des personnes âgées de cette ville (Béland, 1997). Mais en général, la représentativité des échantillons a été jugée adéquate par les auteurs de l'étude « Vieillir dans la communauté : Santé et autonomie » (Béland et coll., 1998). Par ailleurs, le peu de données disponibles dans certains cas, comme pour les habitudes de vie, ne nous ont pas permis de compléter nos analyses pour pouvoir les prendre en compte dans la détermination des déterminants

d'appartenance. Également, le nombre de membres de la 5<sup>e</sup> catégorie (38 et 28 selon le milieu) est en dessous du minimum de 50 souhaité pour nos analyses statistiques.

Par ailleurs, les forces de cette étude résident dans le grand nombre de personnes âgées par échantillon (environ 1500 pour chaque milieu) avec des différences significatives dans leur environnement social respectif. Notre modèle, inspiré de celui de Pescosolido, s'est avéré valide pour mettre en relation l'aide reçue et les ressources d'aide utilisées, au travers de notre typologie, et identifier les déterminants d'appartenances aux différentes catégories.

Plusieurs questions restent en suspend et peuvent faire l'objet de recherches subséquentes. Ainsi, bien que notre typologie soit vérifiée dans deux milieux distincts, nous ne savons pas si elle peut résister à l'épreuve du temps. D'abord, les conditions sociales en 1996 et en 2008 sont très différentes : apparition d'une multiethnicité (nouvelles valeurs), d'un nouvel esprit de famille, d'une diminution ou d'une nouvelle forme de capital social, d'un changement dans la distribution des services de soins et dans leur organisation (aide à domicile, intégration des services...). Une étude longitudinale permettrait de vérifier la robustesse de notre typologie et de tenir compte des facteurs de changement culturels, sociaux et organisationnels.

Nous pourrions également examiner le passage des personnes âgées d'une catégorie à l'autre et déterminer les conditions ou les seuils de transition. L'évolution des réseaux pourrait être examinée et la proposition de Kahn et Antonucci (1980) sur leur modèle de « Convoi social » vérifiée. Le passage d'une catégorie à l'autre est-il inexorable ou peut-il être prévu et des facteurs de risques identifiés ? Cette étude permettrait de mieux prédire l'évolution d'une personne âgée dans ses besoins d'aide informelle et de services

d'aide formels. Les réseaux ne sont pas statiques et une compréhension des changements impliqués est essentielle pour prévoir le rôle des familles à long terme. Les processus décisionnel et de négociation d'aide, que nous n'avons pu regarder, pourraient être examinés. De plus, les modèles de substitution et de complémentarité n'ont pas été formellement vérifiés. Le fait que l'aide formelle augmente, allège-t-elle la quantité d'aide informelle dispensée? Les coûts de l'aide dispensée (formelle – informelle) dans chacune des catégories n'ont pas été examinés, ni les économies faites par le système ou les coûts sociaux liés à l'aide.

L'évolution de la notion de fragilité (Bergman H. et Coll., 2007) des personnes âgées nous ouvre aussi un champ de recherche intéressant en conjonction avec cette typologie. Existe-t-il une catégorie, entre celle de référence et la catégorie (1) ou ailleurs, qui mettrait en relief les personnes âgées au début du processus de fragilité ? Notre typologie pourrait être repensée en termes de degrés de fragilité dans une étude longitudinale et éclairer différemment le lien entre les concepts d'incapacité et de fragilité (Fried L.P. et Coll., 2004 ; Verbrugge L.M., 2005). Pourrions-nous intervenir à un stade primaire de fragilité en connaissant les caractéristiques réseaux de ces personnes âgées ?

L'organisation des soins pour les personnes âgées et la distribution des services pourraient être exploré à partir de cette typologie. Notre typologie va-t-elle résister à l'évolution de l'aide à domicile ? Comment tirer profit de cette typologie pour faciliter l'intégration des services aux personnes âgées fragiles ? Cette typologie peut-elle nous guider pour minimiser la charge de soutien des aidants informels, mettre en place des mesures de soutien aux aidants et mieux coordonner l'aide avec l'apport du secteur

formel afin d'optimiser l'autonomie de ces personnes âgées (Béland et Coll., 2006 ; Dandurant R.B., Sailland F., 2005 ; Dosman D. et Keating N., 2005).

Un autre thème de recherches concerne un lien potentiel entre le niveau de capital social<sup>45</sup> acquis par les personnes âgées et chacune de nos catégories. L'état de santé des personnes âgées appartenant à nos catégories a-t-il un lien avec leur niveau de capital social (Kunitz S.J., 2004 ; Berkman et al, 200a ; Kawashi et al, 1999) ? Le niveau de capital social détenu par les personnes âgées des différentes catégories peut-il moduler l'intégration des services de soin et de l'aide informelle qu'elles reçoivent ? Dans le contexte actuel de privatisation et de problèmes d'accessibilité, autant pour l'aide que pour les services de soins, les catégories de notre typologie peuvent être re-examinées selon le niveau de capital social et le capital économique des personnes âgées et des aidants. Cette approche peut aider à déterminer quels sont les facteurs<sup>46</sup> qui sont à la base de l'aide et qui servent de déclencheur (Aye, 2000).

---

<sup>45</sup> Une des multiples définitions du capital social : « Réseaux, ainsi que normes, valeurs et convictions communes qui facilitent la coopération au sein de groupes ou entre ceux-ci »

<sup>46</sup> Trois facteurs ont été identifiés selon la perspective de la solidarité incluse dans le capital social, à savoir : les facteurs qui décrivent les caractéristiques sociodémographiques de la personne âgée et de l'aidant, les facteurs de capacité qui mesurent le niveau de capital social de la personne âgée et de sa famille puis les facteurs de déclenchement de l'aide.

## CONCLUSION

Le vieillissement de la population canadienne nous oblige à mieux comprendre les mécanismes reliés à l'aide, formelle ou informelle, afin que les personnes âgées restent le plus longtemps possible autonome et à domicile. Cette thèse a la prétention de contribuer modestement à l'amélioration de cette compréhension qui correspond à la quatrième priorité stratégique de l'Institut du Vieillissement des IRSC (2007-2012). Les résultats de cette étude feront l'objet d'articles scientifiques et de conférences afin les de diffuser auprès d'un large auditoire autant de chercheurs que de décideurs.

L'intégration des services est maintenant reconnue comme un objectif non plus à atteindre mais à diffuser dans l'ensemble du système de santé. Notre catégorisation des personnes âgées dans cette typologie permet de comprendre une partie des facteurs liés à leur évolution vers la fragilité et à leurs habitudes d'utilisation de l'aide. Cette typologie peut nous aider à améliorer le continuum des services de soins de santé et d'aide aux personnes âgées afin de concevoir des services intégrés mieux adaptés. Elle nous donne l'opportunité de cibler des groupes auprès desquels des actions collectives de préventions et d'interventions peuvent être menées pour une efficacité plus grande que si les programmes visaient la personne âgée seulement. Nos résultats peuvent aider à mieux orienter les programmes de prévention et d'intervention auprès des personnes âgées requérant de l'aide selon leur condition sociale et de santé.

Des politiques provinciales et fédérales peuvent être élaborées pour faciliter le travail des aidants et pour développer des pratiques d'aide et de soins novatrices. L'apport des familles n'est pas réellement pris en compte dans un système encore trop institutionnel et qui rend un suivi difficile pour les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile.

Un premier enjeu pour les aidants, maintes fois exprimé par ceux-ci, est la reconnaissance sociale, par des politiques concrètes, de leur contribution réelle d'aide et de soins auprès des personnes âgées. Cette reconnaissance sociale doit inclure une compréhension de tout ce que l'aide et les soins comportent de tâches spécialisées, de coûts et de conditions pour les effectuer adéquatement avec qualité, attention et compétence. Elle doit inclure surtout le contexte dans lequel se réalise la prise en charge. Le contexte de la vie quotidienne, où les tâches viennent s'ajouter aux autres tâches de la vie familiale, de la vie personnelle et sociale et du travail salarié. Cette reconnaissance doit poser les balises et les limites de la responsabilité familiale et celles de la responsabilité sociale à l'égard de l'aide.

Un deuxième enjeu capital pour les aidants face aux nouvelles politiques est le partage des responsabilités entre l'État et la famille. La discontinuité entre les ressources formelles et informelles appelle une meilleure communication et une meilleure coordination de l'aide entre ces deux entités. Le secteur des ressources formelles devrait améliorer la formation des aidants informels et les incorporer dans les plans de développement de soins et d'aide aux personnes âgées. Un continuum plus fluide entre le secteur informel et formel associé à une meilleure compréhension et communication entre les deux secteurs pourraient contribuer à diminuer la surmédication des personnes âgées et les maintenir à domicile plus longtemps.

Nous espérons avoir contribué, par cette thèse de doctorat, à l'enrichissement des connaissances par rapport à l'aide reçue par les personnes âgées et avoir apporté des pistes de réflexion pour maintenir le dialogue, entre décideurs et chercheurs, sur la place et le rôle des services d'aide formels ou informels afin que les politiques de maintien des personnes âgées dans la communauté se traduisent par des actions qui soient plus proches

de leurs réalités. L'essence de ces réflexions se trouve dans la motivation de maintenir l'universalité d'un système de santé et de services sociaux pour tous en alimentant le processus de recherche de solutions novatrices que les décideurs peuvent s'approprier et appliquer.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Aartsen M.J., Van Tilburg T., Smits C.H.M., Knipscheer K.C.P.M., 2004. A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21 (2), 249-266.
- 2) Abbott K.H., Stoller E.P., Rose J.H., 2007. The structure and function of frail male veterans' informal networks. *Journal of Aging and Health*, 19, 5, 757-777.
- 3) Adams R.G., 1987. Patterns of network change: A longitudinal study of friendships of elderly women. *The Gerontologist*, 27, 222-227.
- 4) Adler N.E., Boyce W.T., Chesney M.A., Cohen S., Folkman S., Kahn R.L., & Syme L., 1994. Socioeconomic inequalities in health: No easy solution. *Journal of the American Medical Association*, 269, 3140-3145.
- 5) Akiyama H., Antonucci T.C., & Campbell R., 1997. Exchange and reciprocity among two generations of Japanese and American women. In J. Sokolovsky (Ed.), *The cultural context of aging: Worldwide perspectives*, Westport, CT: Bergin & Garvey (pp. 163-178).
- 6) Allen S.M., & Ciambone D., 2003. Community care for people with disability: Blurring boundaries between formal and informal caregivers. *Qualitative Health Research*, 13 (2), 207-226.
- 7) Andersen R., 1968. *A behavioural Model of Families' Use of Health Services*. Chicago: Chicago Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- 8) Andersen R. & Newman J.F., 1973. Societal and individual determinants of medical care utilisation in the United-States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 51, 1, 95-124.
- 9) Anderson R.T., et al.. 2000. Caregivers' unmet needs for support in caring for functionally impaired elderly persons: A community sample. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 11 (4), 412-429.
- 10) Ankri J. et Mormiche P., 2002. Incapacités et dépendance de la population âgée française : apport de l'enquête « Handicap – Incapacité – Dépendance » (HID). *Santé, Société et Solidarité, Vieillesse et Santé*, 25-38.
- 11) Ansello EF et Rosenthal C, 2007. Éditorial: Les coûts occultes et l'apport invisible de la prestation de soins familiaux : Un tour d'horizon. *La Revue Canadienne du Vieillesse (CJA)*, 26(suppl. 1), 7-14.
- 12) Antonucci T.C., 1985. Social support: Theoretical advances, recent findings and pressing issues. In, I.G. Sarason and B.R. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory Research and Applications*, Martinus Nijhoff: Dordrecht, (pp.21-57).

- 13) Antonucci T.C. et Formelle H., 1987. Social networks in adult life and preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42 (5), 519-527.
- 14) Antonucci T.C., & Jackson J.S., 1990. The role of reciprocity in social support. In, Sarason B.R., Sarason I.G., & Pierce G.R. (Eds.), *Social Support: An interactional view*. John Wiley & Sons, Toronto, New York, 174-198
- 15) Antonucci T.C., 1990. Social Support and Social Relationships. In R.H. Binstock & L.K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 3<sup>rd</sup> Ed., San Diego & Toronto, Academic Press, p. 186-226.
- 16) Antonucci T.C., & Akiyama, H., 1991. Convoys of social support: Generational issues. *Marriage and Family Review*, 16, 103-123.
- 17) Antonucci T.C., Sherman A.M., & Akiyama H., 1996. Social networks, Support and Integration. In, Birren J. (Ed.), *Encyclopedia of gerontology: age, aging and the aged*. San Diego: Academic Press, 505-515.
- 18) Antonucci T.C., Ajrouch K.J., & Janevic M., 1999. Socioeconomic Status (SES), Social Support, Age, and Health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 390-392.
- 19) Antonucci T.C., 2001. Social Relations: An Examination of Social Networks, Social Support, and Sense of Control. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, 5<sup>th</sup> Ed., San Diego & New York, Academic Press, p. 427-453.
- 20) Antonucci T.C., et al, 2001. Widowhood and Illness: A comparison of Social network Characteristics in France, Germany, Japan, and the United States. *Psychology and Aging*, 16 (4), 655-665.
- 21) Aquilino W.S., 1994. Later-life parental divorce and widow-hood: Impact on young adults' assessment of parent-child relations. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 908-922.
- 22) Arber S.E., & Gilbert N., 1989. Men: The forgotten carers. *Sociology*, 23, 111-118.
- 23) Arber S.E. et Ginn J., 1992. *Gender and Later Life: A Sociological Analysis of Resources and Constraints*. London and Newbury Park, CA: Sage Publications.
- 24) Argyle M., 1992. Benefits produced by supportive social relationships. In, H.O.F. Veiel and U. Baumann (Eds.), *The Meaning and Measurement of Social Support*, New York: Hemisphere, (pp. 13-32)
- 25) Arveux I., 2002. Le sujet âgé fragile. *La Revue de Gériatrie*, 27, 7, 569-581.
- 26) Arweiler D., 1997. Puzzling Issue #2: International comparisons of health expenditures. M.J. Hollander Ed., Report on five puzzling issues, and fact sheets, on Canadian health services in an international context. Rapport préparé pour le Forum national sur la santé. Ottawa: Ministère des travaux publics et des Services gouvernementaux.

- 27) Attias-Donfut C., Lapiere N. et Segalen M., 2002. *Le nouvel esprit de famille*. Éditions Odile Jacob, Paris.
- 28) Attias-Donfut C., Rozenkier A., 1996. Les échanges intergénérationnels, une autre approche du vieillissement. *Gérontologie et Société*, 79, 186 - 194.
- 29) Auslander G.K., & Litwin H., 1990. Social support networks and formal help seeking: Differences between applicants to social services and a nonapplicant sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45 (3): S112-S119
- 30) Auslander G.K., & Litwin H., 1991. Social networks, social support, and self ratings of health among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 3 (4), 493-510.
- 31) Auslander G., 1996. The interpersonal milieu of elderly people in Jerusalem. In, *The Social Networks of Older People: A cross-National Analysis*. Praeger: London. pp. 183-203.
- 32) Avlund K.M., et al., 1998. Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70 years-old men and women in Denmark. *Soc. Sci. Med.*, 47, 635-643.
- 33) Aye M., 2000. Capital social, logique de solidarité et accès aux soins de santé modernes en Afrique subsaharienne. *Thèse de doctorat Université de Montréal*.
- 34) Aymard M., 1995. Les familles, encore et toujours. Dans, Attias-Donfut C. (Éd.), *Les solidarités entre générations – Vieillesse, familles, État*, Paris : Nathan, pp 145-154
- 35) Backman K., & Hentinen M., 1999. Model for the self-care home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (3), 564-572.
- 36) Bardos M., 2001. *Analyse Discriminante - Application au risque et scoring financier*, Dunod, (chapitre 3)
- 37) Balfour J.L., Masaki K., & Launer L.J., 2001. The effect of social engagement and productive activity on incident dementia: The Honolulu Asia Aging Study. *Neurology*, 56.
- 38) Baltes M.M., & Carstensen L.L., 1996. The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- 39) Bantuelle M., Morel J., Dario Y., 2000. *Santé communautaire et promotion de la santé : des concepts et une éthique*. Trefois P. (Éd.), Bruxelles.
- 40) Barnes J., 1954. Class and committees in a Norwegian island parish. *Human Relations*, 7, 39-58.
- 41) Barnes, J. A. 1972. *Social networks*. Module in Anthropology, Addison-Wesley. 26, 1-29.
- 42) Barrera M., & Ainlay S.L., 1983. The structure of social support. *Journal of Community Psychology*, 11, 133-143.
- 43) Barrett A.E. & Lynch S.M., 1999. Caregiving networks of elderly persons: Variation by marital status. *Gerontologist*, 39 (6), 695-704.

- 44) Barudy J., 1992. Migration politique, migration économique : une lecture systémique du processus d'intégration des familles migrantes. *Santé mentale au Québec*, XVII (2), 47-70.
- 45) Bassuk S.S., Glass T.A., & Berkman L.F., 1999. Social disengagement and incident cognitive decline in community dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 131, 165-173.
- 46) Becker G., Beyene Y., Newsom E., & Mayen N., 2003. Creating continuity through mutual assistance: Intergenerational reciprocity in four ethnic groups. *Journal of Gerontology*, 58B (3), S151-S159.
- 47) Beckett L.A., Brock D.B., Lemke J.H., Mendes de Leon C.F., Guralnik J.M., Fillenbaum G.G., Branch L.G., Wetle T.T., & Evans D.A., 1996. Analysis of change in self-reported physical function among older persons in four populations' studies. *American Journal of Epidemiology*, 143, 766-778.
- 48) Béland F., 1987. Identifying profiles of service requirements in a non-institutionalised elderly population. *J. of Chron. Dis.*, 40, 1: 51-64.
- 49) Béland F., 1992. Les hommes et les femmes âgés et leurs sources d'aide. *Sciences Sociales et Santé*, Vol. X (2), 63-77.
- 50) Béland F. et Shapiro E., 1993. Dix provinces appellent de leurs vœux la même politique de services de longue durée. *Revue d'études canadiennes*, 28 : 166-190.
- 51) Béland F. et Coll., 1997. Rapport interne
- 52) Béland F. et Coll., 1998. *Vieillir dans la communauté : Santé et autonomie*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS), document R98-05, Université de Montréal, Montréal.
- 53) Béland F., Zunzunegui M.V., 1999. Predictors of functional status in older people living at home. *Age Ageing*. 28, 153-159.
- 54) Béland F., Birch S., & Stoddart G., 1999. *Health and Individual and Community Characteristics: A Research Protocol*. SEDAP No. 7, McMaster University.
- 55) Béland F., Bergman H., 2000. Home care, continuing care and medicare: A Canadian model or innovative models for Canadians? *HealthcarePapers*, 1, 4, 38-45.
- 56) Béland F., Bergman H., et coll., 2001a. Évaluation d'un système de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA). Dans, *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec : Qualité de vie, pratiques et politiques*. J.C. Henrard, O. Firbank, S. Clément et al, (Éds.). Paris : INSERM, questions en santé publique, p.237-258.
- 57) Béland F., Birch S., Stoddart G.L., 2001b. *Unemployment and health: contextual level influences on the production of health in populations*. Research Paper, SEDAP; 54.

- 58) Béland F., 2006. Les dépenses de santé au Québec : La bataille des chiffres. Groupe de Recherche Indisciplinaire en Santé, GRIS, Université de Montréal, Qc. <http://mdas.umontreal.ca/pdf/memoirebeland.pdf>
- 59) Bell D. et al, 2002. Substitution between informal and formal care: the impact on personal care. Chapter four in Scottish Economic Report January 2002. <http://www.scotland.gov.uk/library3/finance/ser5-10.asp>
- 60) Bell D. et Coll., 2003. Substitution between Informal and Formal Care: The Impact on Personal Care. Scottish Economic Report January 2002, chap. 4. Scotland Government. <http://www.scotland.gov.uk/library3/finance/ser5-10.asp>.
- 61) Bengtson C.V., Rosenthal C.J., & Burton C., 1996. Paradoxes of families and aging. In, Binstock RH, George LK. (Eds), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 4<sup>th</sup> edition, San Diego, CA: Academic Press, (pp. 253-282).
- 62) Bengtson V.L., Dowd J.J., 1980. Sociological functionalism, exchange theory and life cycle analysis: A call for more explicit theoretical bridges. *Int'l. J. Aging and human development*, 12, 1, 55-73.
- 63) Bennett K.M., 2002. Low level social engagement as a precursor of mortality among people in later life. *Age and Aging*, 31: 165-168
- 64) Benzécri J.P., 1997. *Analyse des correspondances, représentations graphiques et interprétations*. Séminaire d'économétrie avancée de Ramsès Abul Naga à l'école des Hautes Études Commerciales à Lausanne, <http://www.micheloud.com/FXM/COR/index.htm>.
- 65) Bergman H., Béland F. et coll., 1997a. Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration? *CMAJ*, 157, 1116-21.
- 66) Bergman H., Béland F. et coll., 1997b. *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*. Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS, Québec.
- 67) Bergman H., Béland, F., Perrault A., 2002. The global challenge of understanding and meeting the needs of the frail older population. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14 (4), 223-225.
- 68) Bergman H., 2003. The Canadian Initiative on Frailty and Aging. *Aging Clin. Exp. Res.*, 15, suppl. No. 3, 1-2.
- 69) Bergman H., Béland F., Karunanathan S., Hummel S., Hogan D., Wolfson C., 2004. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gerontologie et Société*, 109, 15-29.
- 70) Bergman H., Ferrucci L., et al, (2007). Frailty: An emerging research and clinical paradigm – Issues and controversies. *Journal of Gerontology Medical Science*, 62A, 7, 731-737.

- 71) Berkman L.F., & Syme S.L., 1979. Social Networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- 72) Berkman L.F., 1984. Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.
- 73) Berkman L.F., & Syme S.L., 1979. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109 (2), 186-204.
- 74) Berkman L.F., 1984. Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Ann. Rev. Public health*, 5, 413-432.
- 75) Berkman L.F., 1985. The relationship of social network and social support to morbidity and mortality. In, S. Cohen & L.S. Syme (Eds.), *Social Support and Health*. New York: Academic Press (pp. 241-262).
- 76) Berkman L.F., 1986. Social networks, support, and health: Taking the next step forward. *Am. J. Epidemiol.*, 123, 559-562.
- 77) Berkman L.F., 1988. The changing and heterogeneous nature of aging and longevity: A social and biomedical perspective. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 8, 37-88.
- 78) Berkman L.F., Oxman T.E., & Seeman T.E., 1992. Social networks and social support among the elderly: Assessment issues. In, R.B. Wallace and R.F. Woolson (Eds.), *The Epidemiologic Study of the Elderly*, New York: Oxford University Press, (pp. 196-212).
- 79) Berkman L.F., 1995. The role of social relations in health promotion. *Psychosom. Med.*, 57, 245-254.
- 80) Berkman L.F., 2000a. Social Support, Social networks, Social Cohesion and Health. *Social Work in health Care*, 31 (2), 3-14.
- 81) Berkman L.F., Glass T., Brissette I., & Seeman T.E., 2000b. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 51, 843-857.
- 82) Berkman L.F., & Glass T., 2000c. Social integration, social networks, social support and health. In, Lisa Berkman and Ichiro Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*, New York: Oxford University Press, pp. 137-173.
- 83) Berkman L.F., Cabot T.D., et Abuabara K., 2001. *De la compréhension des risques sanitaires vers l'amélioration de la santé des populations : une perspective internationale sur le rôle de la santé publique*. Conférence : être à la hauteur, OCDE, Ottawa, Canada.  
[http://www1.oecd.org/els/health/canconf\\_fr/berkman.pdf](http://www1.oecd.org/els/health/canconf_fr/berkman.pdf)
- 84) Berkman L.F., 2002a. Commentary: psychological distress: a matter of hearts and minds. *Int. J. Epidemiol.*, 31 (1), 256.

- 85) Berkman et al., 2002b. Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: a prospective study. *J Psychosom Res.*, 52 (5), 285-293.
- 86) Berman R.L.H., & Iris M.A., 1998. Approaches to self-care in later life. *Qualitative Health Research*, 8, 224-236
- 87) Bess Irwin, 1999. Les veuves qui vivent seules. *Tendances sociales canadiennes*, 53, 2-5.
- 88) Birren J.E. et Birren B.A., 1990. The concepts, models and history of the psychology of aging. In J.E. Birren & K.W. Schaie, Eds., *Handbook of the psychology of aging*. (3<sup>rd</sup>. Ed.), 3-20. San Diego, CA: Academic Press.
- 89) Birren J.E. et Schroots J.J.F., 1996. History, concepts, and theory in the psychology of aging. In, J. E. Birren and K. Warner Schaie, Eds., *Handbook of the psychology of aging*, (4<sup>th</sup>. Ed.), San Diego, CA: Academic Press.
- 90) Birren, J. E., & Schaie, K. W., 2001. *Handbook of the psychology of aging* (5<sup>th</sup>. Ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- 91) Blackwell D.L., Hayward M.D., & Crimmins E.M., 2001. Does childhood health affect chronic morbidity in later life? *Social Science and Medicine*, 52:1269-1284.
- 92) Blanchard-Fields F. et Abeles R.P., 1996. Social cognition and aging. In, J. E. Birren and K. Warner Schaie, Eds., *Handbook of the psychology of aging*. 4<sup>th</sup>. Ed., San Diego CA.: Academic Press.
- 93) Blazer D.G., 1982. Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.
- 94) Bocquet H., Grand A., Clément S., 1997. L'aide informelle aux personnes âgées vivant à domicile. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 20, p. xxvii-xxxii.
- 95) Boerner K., 2004. Adaptation to disability among middle-aged and older adults: the role of assimilative and accommodative coping. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, S35-S42.
- 96) Boisubain EV et al, 2007. Perceptions of long-term care, autonomy, and dignity, by residents, family and care-givers, the Houston experience. *Journal of Medicine & Philosophy*, 32(5), 447-64.
- 97) Boissevain J., 1974. *Friends of Friends*. New York: St. Martin's Press.
- 98) Bookwala J., Zdaniuk B., Burton L., Lind B., Jackson S., Schulz R., 2004. Concurrent and long term predictors of older adult's use of community-based long term care services: The caregiver health effects study. *Journal of Aging and Health*, 16 (1), 88-115.

- 99) Bosworth H.B., & Schaie K.W., 1997. The relationship of social environment, social network and health outcomes in the Seattle longitudinal study: Two analytical approaches. *American Journal of Epidemiology*, 115, 18-204.
- 100) Bott E., 1955. Urban Families: Conjugal roles and social networks. *Human Relations*, 8: 345-383.
- 101) Bott E., 1957. *Family and social network*. London, Tavistock Publications
- 102) Boudon R. et coll., 1999. *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Larousse-Bordas, Les Référents.
- 103) Boulton C., Kane R.L., Louis T.A., Boulton L., & McCaffrey D., 1994. Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 49, M28-M36.
- 104) Bowers, B.J., 1987. Intergenerational Caregiving: Adult Caregivers and Their Aging Parents. *Advanced Nursing Science*. 9, 20-31.
- 105) Bowlby J., 1971. *Attachment and loss: I: Attachment*. Harmondsworth: Penguin.
- 106) Bowling A. & Browne P.D., 1991. Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*, 46(1): S20-32.
- 107) Bowling A., et al., 2003. Let's ask them: A national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int'l. J. Aging and Human Development*, 56 (4) 269-306.
- 108) Bradley L.C., ET AL., 2002. Social Support and Social Networks in the Last Year of Life (LYOL). *J. of Mental Health and Aging*, Spring 2002.
- 109) Broadhead W.E., et al., 1983. The epidemiological evidence for a relationship between social support and health. *Am. J. Epidemiol.*, 117, 521-537.
- 110) Brock K.L., 2001. La promotion du bénévolat et de la société civile : Le rôle de l'État. *ISUMA revue canadienne de recherche sur les politiques*, 2, 2, 59-68.
- 111) Broese van Groenou M.I., & Van Tilburg T., 1996. Network analysis. In, J.E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged*, San Diego: Academic Press, vol. 2 (pp. 197-210).
- 112) Broese van Groenou M.I., & Van Tilburg T., 1997. Changes in support networks of older adults in the Netherlands. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12, 23-44.
- 113) Broese van Groenou M.I., & Van Tilburg T., 2003. Network size and support in old age: differentials by socioeconomic status in childhood and adulthood. *Ageing & Society*, 23, 625-645.



- 114) Brousselle A., 1997. Fact sheets. M.J. Hollander Ed., *Report on five puzzling issues, and fact sheets, on Canadian health services in an international context*. Rapport préparé pour le Forum national sur la santé. Ottawa: Ministère des travaux publics et des Services gouvernementaux.
- 115) Brown R.L., & Prus S.G., 2003. *Social Transfers and Income Inequality in Old-Age: A Multi-National Perspective*. SEDAP No. 109.
- 116) Browne C.V., 1998. *Women, feminism, and aging*. New York: Springer.
- 117) Bruce M.L., 2001. Depression and disability in late life: directions for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 102-112.
- 118) Buchner D.M. et Wagner E.H., 1992. Preventing Frail Health. *Clinics in Geriatric Medicine*. 8, 1, 1-17.
- 119) Burt R.S., 1982. *Toward a Structural Theory of Action: Network Models of Social Structure, Perception, and Action*. New York & London: Academic Press.
- 120) CCNTA, 1990. *La Position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés*. Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge. Gouvernement du Canada.
- 121) CCNTA, 1997. *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé*. Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge. Gouvernement du Canada.
- 122) CCNTA, 1999. *Les défis d'une société canadienne vieillissante*. Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge. Gouvernement du Canada.
- 123) CCNTA, 2000. *La position du CCNTA sur l'élargissement du régime de soins de santé du Canada*. Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge. Gouvernement du Canada.
- 124) CESAF, 1999. *L'impact des transformations du système de santé sur les femmes aidantes*. Centre d'excellence pour la santé des femmes (Cesaf), Université de Montréal, Canada.
- 125) CHIH, 2000. *National health expenditure trends: 1976-2000*. Canadian Institute for Health Information, Ottawa, Canada.
- 126) CLSC Hochelaga-Maisonneuve, 2001. *Rapport annuel*. Centre Local de Services Communautaires Hochelaga Maisonneuve, Montréal.
- 127) Cairney J., 2000. Socio-economic status and self-rated health among older Canadians. *Canadian Journal on Aging*, 19, 456-478.
- 128) Calasandi T., 2003. Theorizing Age Relations. In, S. Biggs, A. Lowenstein, & J. Hendricks (Eds.), *The Need for Theory: Critical Approaches to Social Gerontology*, Society and Aging Series, Amityville, New York: Baywood Publishing Company, (pp. 199-218).

- 129) Camirand J., Massé R. et Tousignant M., 1995. *Milieu social, Aspects sociaux reliés à la santé*. Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2, 125-141.
- 130) Campbell L.D., Connidis I.A., & Davies L., 1999. Sibling ties in later life: A social network analysis. *Journal of family issues*, 20, 114-148.
- 131) Cantor M.H., 1979. Neighbours and Friends: An Overlooked Resource in the Informal Support System. *Research on Aging*, 1, 434-463.
- 132) Cantor M.H., & Brennan M., 2000. *Social care of the elderly: The effects of ethnicity, class and culture*. New York: Springer.
- 133) Carrière Y. et Martel L., 2003. L'aide apportée aux personnes âgées veuves ou divorcées au Canada : peut-on compter sur les enfants ? *Cahiers québécois de démographie*, 32 (1), 139-153.
- 134) Carpentier N., 1999. *L'influence des réseaux familiaux sur les trajectoires de personnes présentant des troubles psychiatriques sévères*. Thèse de doctorat, département de sociologie, Université de Montréal.
- 135) Carpentier N. et Ducharme F., 2003. Care-giver network transformations: the need for an integrated perspective. *Aging & Society*, 23, 507-525.
- 136) Carstensen L.L., 1992. Social and emotional patterns in adulthood: Support for socio-emotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- 137) Cassel J., 1976. The contribution of the social environment to host resistance. *The American Journal of Epidemiology*, 104, 107.
- 138) Cassi L., 2003. *Information, knowledge and social networks: is a new buzzword coming up?* DRUID PhD Conference, Aalborg, Denmark.
- 139) Chapman N.J., & Pancoast D.L., 1985. Working with the informal helping networks of the elderly: The experiences of three programs. *Journal of Social Issues*, 41 (1), 47-63.
- 140) Chappell N., 1987. The interface among Three Systems of Care: Self, Informal, and Formal. In, R. Ward and S. Tobin (Eds.), *Health and Aging: Sociological Issues and Policy Directions*. New York: Springer.
- 141) Chappell N.L., 1989. *Formal programs for informal caregivers to elders*. Report prepared for the Policy, Communications and Information Branch, Health and Welfare Canada.
- 142) Chappell N.L., & Penning M.J., 1990. Self care in relation to informal and formal care. *Ageing and Society*, 10, 41-59.
- 143) Chappell N.L., 1991. Informal and formal care: Exploring the complementarity. *Aging and Society*, 11, 299-317.
- 144) Chappell N. L., 1992. *Informal Support and Aging*. Butterworth's, Toronto, Canada.

- 145) Chappell, N.L., 1993. Implications of Shifting Health Care Policy for Caregiving in Canada. *Journal of Aging and Social Policy*, 5, 1-2, 39-55.
- 146) Chappell N., 2003. Un modèle de promotion de la santé pour les aînés. *Vie et vieillissement*, 2 (4), 18-20.
- 147) Chatters L.M., Taylor R.J., & Jackson J.S., 1986. Aged Blacks' choices for an informal helper network. *Journal of Gerontology*, 41, 94-100.
- 148) Choi N.G., 1996. The never married and divorced elderly: Comparison of economic and health status, social support, and living arrangement. *Journal of Gerontological Social Work*, 26, 3-25.
- 149) Cicirelli V.G., 1988. A measure of filial anxiety regarding anticipated care of elderly parents. *The Gerontologist*, 28, 478-482.
- 150) Cicirelli V.G., Coward R.T., & Dwyer J.W., 1992. Siblings as caregivers for impaired elders. *Research on Aging*, 14, 331-350.
- 151) Clair M., 2000. *Les solutions émergentes*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Ministère de la santé et des services sociaux, gouvernement du Québec, Québec.
- 152) Clarke P.J., Ryff C.D., & Rosenthal C.J., 2000. Well-being in Canadian seniors: findings from the Canadian Study of Health an Aging. *Can. J. Aging*, 9, 139-159.
- 153) Cleary P.D., Mechanic D., & Greenley J.R., 1982. Sex differences in medical care utilization: An empirical investigation. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 106-119.
- 154) Clément S., Grand A. et Grand-Filaire A., 1996. Aide aux personnes vieillissantes. Dans, Henrard J.C., Clément S., et Derriennic F. (Eds.), *Vieillesse, santé, société*. Paris : Les Éditions INSERM. (pp. 163-189).
- 155) Cobb S., 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- 156) Coburn D., 2000. Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism. *Social Science and Medicine*, 51 (1), 139-150.
- 157) Cockerham, W.C., 1992. *Medical Sociology*, 5<sup>th</sup> Ed., Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- 158) Coe R.M., et al., 1984. Complementary and Compensatory Functions in Social Network Relationships among the Elderly. *The Gerontologist*, 24, 396-400.
- 159) Cohen S., & McKay G., 1984. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In, A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health: Social Psychological Aspects of Health*, Hillside New Jersey: Lawrence Erlbaum, Vol. 4, (pp. 253-267).

- 160) Cohen S., & Syme L.S. (Eds.), 1985. *Social Support and Health*. San Diego & Toronto: Academic Press.
- 161) Cohen S., 1988. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7 (3), 269-297
- 162) Cohen M.A., 1997. Future directions. In, Boyd (Ed.), p. 147-165.
- 163) Cohen B.Z., 1999. Measuring the willingness to seek help. *Journal of Social Service Research*, 26 (1), 67-82.
- 164) Coleman James S., 1990. *The Foundations of Social Theory*. Cambridge: Belknap.
- 165) Connidis I.A., & Rempel J., 1983. The living arrangements of older residents: The role of gender, marital status, age and family size. *Canadian journal on Aging*, 2, 91-106.
- 166) Connidis I.A. & Davies L., 1990. Confidants and companions in later life: the place of family and friends. *Journal of Gerontology*, 45, S141-S149.
- 167) Connidis I.A., 1994. Sibling support in older age. *Journal of Gerontology*, 49, S309-S317.
- 168) Connidis I.A., & McMullin J.A., 1994. Social support in older age: Assessing the impact of marital and parental status. *Canadian journal on Aging*, 13, 510-527.
- 169) Connidis I.A., 1997. Liens familiaux et vieillissement au Canada : Constantes et changements des trois dernières décennies. *Lien social et Politiques*, 38, 133-143.
- 170) Connidis I.A., 2003. Répercussion des tendances démographiques et sociales sur le soutien volontaire aux personnes âgées. Dans, *Vieillesse et évolution démographique au Canada*, (Cheal D., Éd.). Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal (Canada).
- 171) Contandriopoulos A-P. et coll., 1990. *Savoir Préparer une Recherche : La définir la structurer la financer*.
- 172) Contandriopoulos A.P. et coll., 2001. Intégration des soins : dimensions et mises en œuvre. *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, 8 (2), 38-52.
- 173) Cooley C.H., 1909. *Social Organization: A Study of the Large Mind*. New York: Scribner.
- 174) Corak M., 1998. *Government Finances and Generational Equity*. Statistique Canada et Développement des ressources humaines, Ottawa, Canada.
- 175) Corin E., 1987. The relationship between formal and informal social support networks in rural and urban contexts. In V.W. Marshall (Ed.), *Aging in Canada: Social perspectives* (2<sup>nd</sup> ed.). Markham, ON: Fitzhenry & Whiteside, pp 367-394.

- 176) Cott C.A., Gignac A.M., & Badley E.M., 1999. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J. Epidemiol. Community Health*, 53, 731-736.
- 177) Cranswick K., 1999. *Les Fournisseurs de soins au Canada*. Santé Canada Statistique Canada.  
<http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/unsorted/surveyf.htm>
- 178) Crimmins E.M., & Saito Y., 1993. Getting better and getting worse: Transitions in functional status among older Americans. *Journal of Aging and Health*, 5, 3-36.
- 179) Crimmins E.M., & Saito Y., 2001. Trends in disability-free life expectancy in the United States, 1970-1990: gender, racial, and educational differences. *Social Science and Medicine*, 52, 1629-1641.
- 180) Crompton, S. et Kemeny, A., 1999. Le bien-être des personnes âgées mariées, malades ou en santé. *Tendances sociales canadiennes* 22.
- 181) Cullen M., Kawachi I., Marmot M., Roux A.D., & Williams D., 2003. *Notebook on the social and physical environment*. MacArthur Network on SES and Health.  
<http://www.macses.ucsf.edu/Default.htm>
- 182) Cullum S., Huppert F.A., McGee M., Dening T., Ahmed A., Paykel E.S., & Brayne C., 2000. Decline across different domains of cognitive function in normal aging: Results of a longitudinal population-based study using CAMCOG. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 853-862.
- 183) DSP, 1996. *Indicateurs socio-économiques*. Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre, Statistiques, Montréal.
- 184) DSP, 1999. *Rapport annuel 1999 sur la santé de la population montréalaise*. Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre, Montréal.
- 185) DSP, 2002. *Statistiques du recensement 1996*. Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre, Statistique, Montréal.
- 186) Dalziel W.B., 1996. Demographics, aging and health care: is there a crisis? *Can Med Assoc J*, 155, .1584-6.
- 187) Dandurand R.B. et Sailland F., 2005. Le réseau familial dans le soin aux proches dépendants. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(2), 199-219.
- 188) Dannefer D., 1987. Aging as Intracohort Differentiation: Accentuation, the Matthew Effect, and the Life Course. *Sociological Forum*, 2, 211-236.
- 189) Davey A. et al, 2005. Life on the Edge: Patterns of Formal and Informal Help to Older Adults in the United States and Sweden. *J. of Gerontology, Social Sciences*, 60B(5), S281-S288.
- 190) Degenne, A., et Fossé M., 1994. *Les réseaux sociaux*. Paris : Armand Colin.

- 191) Delisle MA., 1996. *Aspects démographiques, économiques et sociologiques du vieillissement*. Les Éditions La Liberté, Québec, Canada.
- 192) Delisle MA. et Ouellet H., 2002a. *Les « Vieux copains » ... et leur santé : Participation sociale, entraide et recours aux services chez les aînés*. Les Presses de l'Université Laval, Distribution de livres Univers, Saint-Nicolas, PQ, Canada.
- 193) Delisle MA. et Ouellet H., 2002b. Les orientations de recherche d'aide chez les aînés regroupés. *Service social*, 49, 1-33.
- 194) Denton F.T., Pineo P.C., & Spencer B.G., 1988. The Utilization of Adult Education Facilities by the Elderly: A Multivariable Analysis and Some Implications for the Future. *Canadian Journal on Aging / Revue canadienne du vieillissement*, 7 (1), 4-16.
- 195) Denton F.T., & Spencer B.G., 1999. *Population Aging and its Economic Costs: A Survey of the Issues and Evidence*. Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers, McMaster University.
- 196) Desrosiers J., Hébert R., 1997. Principaux outils d'évaluation en clinique et en recherche. Dans : *Précis Pratique de Gériatrie*. Arcand-Hébert Éd., Edisem, Sherbrooke, Canada.
- 197) Dill P., Brown P., Ciambrone D., Rakowski W., 1995. The meaning and practice of self-care by older adults: A qualitative assessment. *Research on Ageing*, 17, 8-14.
- 198) Dosman D. & Keating N., 2005. Cheaper for Whom? Cost Experienced by Formal Caregivers in Adult Family Living Programs. *J. of Aging & Social Policy*, 17(2), 67-83.
- 199) Doty P., Stone R.I., Jackson M.E., & Alder M., 1996. Informal caregiving. In, C. Evashwick (Ed.), *The continuum of long term care: An integrated systems approach*. Albany, NY: Delmar Publishers, (pp. 125-141).
- 200) Doty P., 1999. *A descriptive analysis of patterns of informal and formal care giving among privately insured and non insured disabled elders living in the community*. Report to the US dept. of Health and Human Services.
- 201) Dowd J.J., 1975. Aging as exchange: A preface to theory. *J. of Gerontology*, 30 (5), 584-594.
- 202) Dowd J.J., 1980. Exchange rates and old people. *J. of Gerontology*, 35 (4), 596-602.
- 203) Dowd J.J., 1984. Beneficence and the aged. *Journals of Gerontology*, 39, 102-108.
- 204) Due P., et al., 1999. Social relations: network, support and relational strain. *Social Science & Medicine*, 48, 661-673.
- 205) Dulac G., 1997. Plaidoyer pour une minorité oubliée : les hommes âgés. *Le Gérontophile*, 19 (4), 3-9.

- 206) Dupont M.A., Pampalon R. et Hamel D., 2004. Inégalités sociales et mortalité des femmes et des hommes atteints de cancer au Québec, 1994-1998. *Institut National de Santé Publique du Québec*
- 207) Durand, P.J., et coll., 2000. *Évaluation de l'efficacité du projet des Bois-Francs*. Rapport interne.
- 208) Durkheim E., 2002. *Le Suicide*. Quadrige, 11<sup>e</sup> éd., Presses Universitaire de France, Paris.
- 209) Dykstra P., 1995. Network composition. In, C.P.M. Knipscheer, J. de Jong Gierveld, T.G. van Tilburg, P.A. Dykstra (Eds.), *Living Arrangements and Social Networks of Older Adults*. VU University Press, Amsterdam, (pp. 97-114).
- 210) EPESE, 1986. *Establishment of Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*. National Institute of Aging. Washington, Bethesda.
- 211) ENDBP, 2000. *Enquête Nationale sur le Don, le Bénévolat et la Participation*. Santé Canada. Gouvernement du Canada.
- 212) Edelman P., 1986. The impact of community care to the home bound elderly on provision of informal care. *The Gerontologist*, 26, 263
- 213) Elo I.T., & Preston S.H., 1992. Effects of early-life conditions on adult mortality: A review. *Population Index*, 58, 186-212.
- 214) Elstad J.I., 1998. The psychosocial perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health and Illness*, 20 (3), 598-617.
- 215) Emerson R.M., 1972. Exchange theory, part II: Exchange relations and networks. In J. Berger, M. Zelditch, & B. Anderson Eds., *Sociological theories in progress*. Houghton Mifflin: Boston. 2, 58-87
- 216) Emerson R.M., 1991. Case processing and interorganizational knowledge: Detecting the "real Reasons" for referrals. *Social Problems*, 38, 2, 198-212.
- 217) Emirbayer M., 1997. Manifesto for a relational sociology. *American Journal of Sociology*, 103 (2), 281-317.
- 218) Eales J., Keating N., & Damsma A., 2001. Seniors' experiences of client-centred residential care. *Ageing and Society*, 21, 279-296.
- 219) Espinasse M.T. et Lefebvre B., 1992. Gestion de la dépendance et stratégies des personnes âgées. *Vieillir dans la ville, MIRE*. Édition l'Harmatan, 105-125.
- 220) Espinasse M.T., 1992. Les logiques des systèmes d'offre et le cheminement social de la demande. *Vieillir dans la ville, MIRE*. Édition l'Harmatan, 215-259.
- 221) Estes C.L. et Binney L.A., 1989. The biomedicalization of aging. *The Gerontologist*, 29, 587-596.
- 222) Evans R.G., & Stoddart G., 1990. Producing health, consuming health care. *Social Science and Medecinee*, 31, 1347-1363.

- 223) Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R., 1994. *Why Are Some People Healthy and others not? The determinants of Health of Population*. Aldine de Gruyter, New York.
- 224) Evans R.G., McGrail K.M., Morgan S.G., Barer M.L., & Hertzman C., 2001. *Apocalypse No: Population Aging and the Future of Health Care Systems*. SEDAP Research Paper No. 59.
- 225) Evans G.W., & Kantrowitz E., 2001. *Socioeconomic status and health: The potential role of suboptimal physical environments*. MacArthur Network on SES and Health.  
<http://www.macses.ucsf.edu/Default.htm>
- 226) Faber A.D., & Wasserman S., 2002. Social Support and Social Networks: Synthesis and Review. *Social Networks and Health*, 8, 29072.
- 227) Fassbender K., 2001. Cost Implications of Informal Supports. In Final Report NA101-03 for the Health Transition Fund, Health Canada.
- 228) Fast J.E., 1999. The hidden costs of informal elder care. *Journal of Family and Economic Issues*, 20, 3, 301-326.
- 229) Fast J., Eales J., & Keating N., 2001. *Economic impact of health, income security and labour policies on informal caregivers of frail seniors*. Status of Women, Canada.
- 230) Fast J., Derksen L., Keating N., & Otfinowski P., (In review). Characteristics of informal care networks of frail seniors. *Canadian Journal on Aging*.
- 231) Felton B.J., & Berry C., 1992. Groups as social network members: Overlooked sources of social support. *Am. J. Commun. Psychol.*, 20, 253-261.
- 232) Ferrucci L., Guralnik J.M., Simonsick E., Salive M.E., Corti C., & Langlois J., 1996. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 51A, M123-M130.
- 233) Field E.M., Walker M.H., & Orrell M.W., 2002. Social networks and health of older people living in sheltered housing. *Aging & Mental Health*, 6 (4), 372-386.
- 234) Finch J., 1986. Community care and the invisible welfare state. *Radical Community Medicine*, summer 1986, 15-22.
- 235) Fisher C., 1982. *To Dwell Among Friends: Personal Networks in Town and City*. Chicago: University of Chicago Press.
- 236) Folstein M.F., Elstein S.E., & McHugh P.R., 1975. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr.*, 12, 189-198.



- 237) Fougeyrollas P., Cloutier R., Bergeron H., Côté J., St Michel G., 1998. *Classification québécoise Processus de production du handicap*, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap, p. 102.
- 238) Fournier M.A., 1997. Puzzling Issue #1: International comparisons of health expenditures. M.J. Hollander Ed., *Report on five puzzling issues, and fact sheets, on Canadian health services in an international context*. Rapport préparé pour le Forum national sur la santé. Ottawa: Ministère des travaux publics et des Services gouvernementaux.
- 239) Fratiglioni L., Wang H.X., Ericson K., Maylan M., & Winbland B., 2000. Influence of social network on occurrence of dementia: A community based longitudinal study. *Lancet*, 355, 1315-1319.
- 240) Frederick J.A. et Fast J.E., 1999. Le profil des personnes qui prodiguent des soins aux aînés. *Tendances sociales canadiennes*, 54, 29-33.
- 241) Fried L.P., et al., 1994. Physical disability in older adults: a physiologic approach. *J Clin. Epidemiol.*, 42, 895-904.
- 242) Fried L.P., Waltson J., 1998. Frailty and frailure to thrive. In: Hazzard WR. Blass JP, Ettinger WH. Halter JB, Ouslander JG. Eds. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 4th Ed. New York: McGraw Hill; p. 1387-1402.
- 243) Freid L.P. et al, 2004. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *J. of Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, 59:M255-M263.
- 244) Freidson E., 1970. *Profession of Medicine*. New York: Dodd Mead.
- 245) Fry C.L., 1996. Age, Aging, and Culture. In R.H. Binstock & L.K. George, Eds., *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 117-136. San Diego: Academic Press.
- 246) Gallagher E.M., Hunter M., & Scott V.J., 1999. The nature of failing among community dwelling seniors. *Canadian Journal on Aging*, 18, 3, 348-362.
- 247) Gallo L.C., & Matthews K.A., 1999. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10-51.
- 248) Gamzeboom B.G., Graaf P.M., Treiman D., 1992. A standard International Socio-Economic Index of Occupational Status. *Social Science Research*, 21, 1-56.
- 249) Garant L., Bolduc M., 1990. *L'aide par les proches : mythes et réalité*. MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux), Direction de la Planification et de l'évaluation. Québec.
- 250) Gee E.M., 1995. Families in later life. In, R. Beaujot, E.M. Gee, F. Rajulton & Z.R. Ravanera, *Family over the life Course: Current Demographic Analysis*, Statistic Canada, p. 77-113.

- 251) Gee E.M., & McDonald L., 1998. The CAG Position Paper on Pensions. *Canadian Journal on Aging*, 7 (3).
- 252) Gignac M.A., Cott C., & Badley E.M., 2000. Adaptation to chronic illness and disability and its relationship to perceptions of independence and dependence. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B. P362-P372.
- 253) Giles L.C., Metcalf P.A., Anderson C.S., & Andrews G.R., 2003. Social networks among older Australians: a validation of Glass's model. *Journal of Cancer Epidemiology and Prevention*, 7 (4), 195-204.
- 254) Giles L.C., et al., 2004. The Effects of Social networks on Disability in Older Australians. *Journal of Aging and Health*, 16 (4), 517-538.
- 255) Giles L.C., et al., 2007. Do social networks affect the use of residential aged care among older Australians? *BMC Geriatrics*, 7:24  
<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/24>
- 256) Gill T.M., & Kurland B., 2003. The burden and patterns of disability in activities of Daily living among community-living older persons. *Journal of Gerontology*, 58A (1), 70-75.
- 257) Glass T.A., Matchar D.B., Belyea M., & Feussner J.R., 1993. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke*, 24, 64-70.
- 258) Glass T.A., Mendes de Leon C.F., Seeman T.E., & Berkman L.F., 1997. Beyond single indicators of social networks: A LISREL analysis of social ties among elderly. *Social Sciences in Medicine*, 44 (10), 1503-1517.
- 259) Glass T.A., Mendes de Leon C.F., Marottoli R.A., & Berkman L.F., 1999. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal*, 319, 478-483.
- 260) Good A.G., 2001. Un accord entre le Gouvernement et le secteur bénévole. *ISUMA revue canadienne de recherche sur les politiques*, 2, 2, 52-58.
- 261) Gottlieb B.H., 1978. Development and application of a classification scheme of informal helping behaviour. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 10, 105-115.
- 262) Gottlieb B.H., 1981. Social networks and social support. Gottlieb, Ed., Beverley Hills: Sage.
- 263) Gottlieb B.H., 1983. Social Support as a Focus for Integrative Research in Psychology. *American Psychologist*, 38, 278-287.
- 264) Gottlieb B.H., & Green L.W., 1984. Life events, social network, lifestyle, and health: An analysis of the 1979 National Survey of Health Practices and Consequences. *Health Educ. Q.*, 11, 91-105.
- 265) Gottlieb B.H., & Kelloway E.K. 1995. Eldercare and Employment. In M. Novak, (Ed.) *Aging and Society*, (pp. 336-341). Toronto: Nelson.

- 266) Gottschalk G., 2004. *Criteria for services*. Final report. Elderathome, Pirkko Kasanen (Ed.)
- 267) Gouvernement du Canada, 1996. *Le nouveau système de pension alimentaire pour enfants*.
- 268) Granovetter M., 1973. The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380.
- 269) Granovetter M., 1985. Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal Sociology*, 91, 481-510
- 270) Gravelle H., 1999. How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact? In, I. Kawachi, B.P. Kennedy, & R.G. Wilkinson (Eds.), *The Society and Population Health Reader: Volume I, Income Inequality and Health*. New York: The New Press, (pp. 99-111).
- 271) Gray G.R., Ventis D.G., Hayslip B., 1992. Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. *International Journal of Ageing and human Development*, 35, 205-218.
- 272) Greenacre, Michael J., 1984. *Theory and Applications of Correspondence Analysis*. London: Academic Press,
- 273) Guberman N., 2001. *Restructuration du système de santé : Lancement d'outils de dépistage et d'évaluation des «aidants » naturels*. Département de travail social de l'UQÀM.
- 274) Guberman N. et Maheu P., 2001. Les soignantes familiales vues par le réseau formel : co-clientes, ressources, co-intervenantes ou partenaires. Dans, *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec : Qualité de vie, pratiques et politiques*. Questions en Santé Publique, Inserm. J.C. Henrard et coll., (Éds.), 45-62.
- 275) Guérin D., Lavoie M., Crête J., 2003. L'environnement social et l'état de santé : un modèle d'équation structurales. *Cahiers du Centre d'Analyse des Politiques Publiques (CAPP)*. Université Laval.
- 276) Guralnik J.M., Fried L.P., Simonsick E.M., Kasper J.D., & Lafferty M.E., 1995. *The Women's Health and Aging Study: Health and Social Characteristics of Older Women with Disability*. NIH Publication No. 95-4009. Bethesda, MD: National Institute on Aging.
- 277) Guralnik J.M., 2001. Qui sont les personnes âgées ? Comprendre les besoins actuels et les besoins futurs. *Présentation au symposium : Les soins de santé pour les personnes âgées : qui s'en occupe ?* Solidage, Montréal.
- 278) Guralnik J.M., & Ferrucci L., 2002. Underestimation of disability occurrence in epidemiological studies of the elderly: is research on disability still alive? *J. Am. Geriatr. Soc.*, 50, 1599-1601.

- 279) Haggerty et coll., 2004. Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants. Groupe de Recherche interdisciplinaire en Santé.
- 280) Haldemann V. et Lessard D., 2000. Vieillir chez soi à Moncton. Dans *L'Acadie au féminin : Un regard multidisciplinaire sur les Acadiennes et les Cadiennes*. Chaire d'études acadiennes, Université de Moncton, Collection Mouvange.
- 281) Haines V.A., & Henderson L.J., 2001. Targeting Social Support: A Network Assessment of the Convoy Model of Social Support. *Canadian journal on Aging*, 21 (2), 243-256.
- 282) Hales C., 2004. *Carers in Australia: Assisting frail older people and people with a disability*. Aged Care Series, No. 8, Cat. No AGE 41, AIHW (Australian Institute of Health and Welfare), Canberra.
- 283) Hall A., & Wellman B., 1985. Social networks and social support. In, S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*, Orlando: Academic Press, (pp. 23-42).
- 284) Hall G.S., 1922. *Senescence: The second half of life*. New York: Appleton.
- 285) Harlton S.V., 1997. *Ecological perspectives of eldercare*. Masters Thesis. Edmonton, A.B, Canada: University of Alberta, 67pp.
- 286) Harlton S.V., Keating N. et Fast J., 1998. Defining Eldercare for Policy and Practice: Perspectives Matter. *Family Relations*, 47, 281-288.
- 287) Harris T., Cook D.G., Victor C., Rink E., Mann A.H. Shah S., Dewilde S., Beighton C., 2003. Predictors of depressive symptoms in older people – a survey of two general practice populations. *Age and Ageing*, 32 (5), 510-518.
- 288) Haug M.R., Wykle M.L., Namazi K.H., 1989. Self-care among older adults. *Social Science and Medecine*, 29, 171-183.
- 289) Haug M.R. et coll., 1999. Effect of Giving Care on Caregivers' Health. *Research on Aging*, 21(4), 515-538.
- 290) Havens Betty, 2002. Aging in Manitoba (AIM).
- 291) Hays J.C., Saunders W.B., Flint E.P., Kaplan B.H., & Blazer D.G., 1997. Social support and depression as risk factors for loss of physical function in late life. *Aging and Mental Health*, 1, 209-220.
- 292) Hayward, M.D., Crimmins E.M., Miles T.P., and Yu Y., 2000. The Significance of Socioeconomic Status in Explaining the Racial Gap in Chronic Health Conditions. *American Sociological Review*, 65, 910–930.
- 293) Hayward M.D., & Gorman B.K., 2004. The long arm of childhood: the influence of early-life social conditions on men's mortality. *Demography*, 41 (1), 87-107.

- 294) Hébert G et Landry JF, 2008. Le Québec bénéficierait-il d'une présence accrue du privé en santé ? *Note socio-économique IRIS*.  
[http://www.iris-recherche.qc.ca/publications/le\\_privé\\_en\\_sante.pdf](http://www.iris-recherche.qc.ca/publications/le_privé_en_sante.pdf)
- 295) Hébert R., Carrier F., Bilodeau A., 1988. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de gériatrie*, 4, 161-167.
- 296) Hébert R., 2001. Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité des services. *Le Médecin du Québec*, 36, 8, 77-82.
- 297) Hébert R., 2002. La recherche sur le vieillissement : Un apport de données à la rescousse du système de santé canadien. *Présentation à la Commission Romanow*.  
[http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/ia/news/romanow\\_f.shtml](http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/ia/news/romanow_f.shtml)
- 298) Hickson L.M.H., Worrall L.E., Barnett H.M., Yiu E.M.L., 1995. The relationship between communication skills, social networks and decision-making strategies: an exploratory study. *Australian Journal on Ageing*, 14 (2), 89-94.
- 299) Hinde R.A., 1979. *Towards Understanding Relationships*. London: Academic Press.
- 300) Hirsch B.J., Engel-Levy A., DuBois D.L., & Hardesty P.H., 1990. The Role of Social Environments in Social Support. In, Sarason B.R., Sarason I.G., & Pierce G.R. (Eds.), *Social Support: An interactional view*. John Wiley & Sons, Toronto, New York, 367-393.
- 301) Hogan D.B., MacKnight C., Bergman H., 2003. Models, definitions and criteria of frailty. *Aging Clin. Exp. Res.*, 15, suppl. 3, 3-29.
- 302) Hollander M.J. & Chappell N.L., 2001. *Final report of the study on the comparative cost analysis of home care and residential care services*. National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Victoria (BC).
- 303) Home Care Nova Scotia, 1997. Policy and procedures manual (2<sup>nd</sup> Ed.). Halifax, N.S.: Author.
- 304) Holmén K., & Furukawa H., 2002. Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 35, 261-274.
- 305) Holmes A.M. & Deb P., 1998. Factors Influencing Informal Care-giving. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 1: 77-87.
- 306) Hooyman N.R., & Gonyea J.G., 1995. *Feminist perspectives on family care: Policies for gender justice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 307) Horowitz A., & Dobrof R., 1982. The role of families in providing long-term care to the frail and chronically ill elderly living in the community. Report to Health Care Financing Administration, USA.

- 308) Horwitz A.V. & Reinhard S., 1995. *Study of informal caregiving to the seriously mentally ill*. Rutgers, The State University, Institute for Health Care Policy, and Aging Research, New Brunswick, NJ.
- 309) Hosmer, D. W., & Lemeshow, S.L. (2000). *Applied logistic regression*. 2<sup>nd</sup> ed., New York, NY: Wiley.
- 310) House J.S., 1981. *Work stress and social support*. Reading M.A.: Addison-Wesley.
- 311) House J.S., & Kahn R.L., 1985. Measures and concepts of social support. In S. Cohen and S.L. Syme, Eds., *Social support and health* (pp. 83-108). Orlando, FL.: Academic Press.
- 312) House J.S., Landis K.R., Umberson D., 1988. Social relationships and health. *Science*, 241, 540.
- 313) House J., Lepkowski J., Kinney A., Mero R., Kessler R., & Herzog R., 1994. The social Stratification of Aging and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 213-234.
- 314) Hupcey J.E., 1998. Clarifying the social support theory research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-4121.
- 315) Hurlbert J.S., & Acock A.C., 1990. The effects of marital status on the form and composition of social networks. *Soc. Sci. Quart.*, 71, 163-174.
- 316) Huyck M.H., 1995. Marriage and Close Relationships of the marital Kind. In R. Blieszner & V.H. Bedford, *Handbook of Aging and the Family*. Westport (CT), Greenwood Press, 181-200.
- 317) Inkeles A., 1969. Social Structure and Socialisation. In, D. Goslin Eds., *Handbook of Socialisation Theory and Research*. Chicago: Rand McNally and Company. 615-632.
- 318) ISQ, 2000. *Enquête de la santé 1998*. Institut de la statistique du Québec, santé et bien-être.
- 319) Jackson J.S. & Antonucci T.C., 1992. Social support processes in the health and effective functioning of the elderly. In M.L. Wykle, E. Kahana, & J. Kowal (Eds.), *Stress and health among the elderly*. New York: Springer, p. 72-95.
- 320) Jacobs A., 1998. Seeing difference: market health reform in Europe. *J Health Polit Policy Law*, 23, 1-33.
- 321) James N., 1992. Care = Organisation + Physical labour + Emotional labour. *Sociology of Health and Illness*, 14, 488-509.
- 322) Jang Y., Haley W.E., Small B.J., & Mortimer J.A., 2002. The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *The Gerontologist*, 42, 807-813.
- 323) Javeau C., 1994. Les enjeux d'une société vieillissante. *Gérontologie*, 3, 17-22.

- 324) Jiménez-Martin et al., 2008. *Trade-off between formal and informal care in Spain*. Serie Economica de la Salud y Habitros de Vida. Universitat Pompeu Fabra and FEDEA.
- 325) Johnson R.J., Wolinski F.D., 1993. The structure of health status am older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 105-121.
- 326) Johnson C.H., 1999. Family life in older black men. *Journal of Aging Studies*, 13, 145-160.
- 327) Jutras S., & Lavoie J.P., 1995. Living with an impaired elderly person. *Journal of Aging and Health*, 7 (1), 46-73.
- 328) Kammerman S.B., 1976. Community Services for the Aged. A View from Eight Countries. *The Gerontologist*, 16: 529-537.
- 329) Kahn R.L., 1979. Aging and social support. In M.W. Riley (Ed.). *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*, Boulder, CO: Westview Press, (pp. 77-91)
- 330) Kahn R.L., & Antonucci T., 1980. Convoys over the life-course: Attachment, roles and social support. In P.B. Baltes & O. Brim, (Eds.). *Life-span development and behaviour*, 3 (pp. 252-286). Lexington, M.A.: Lexington.
- 331) Kahn R.L., & Antonucci T.C., 1986. *Cancer symptoms in the elderly: Support and responses*. Final report to the National Cancer Institute.
- 332) Kane R. A., & Kane R. L., 1985. Feasibility of universal long-term-care benefits: ideas from Canada. *New England Journal of Medicine*, 312 (21), 1357-1364.
- 333) Kaplan G.A., Gamacho T., 1983. Perceived health and mortality. *American Journal of Epidemiology*, 117, 292-304.
- 334) Kaplan G.A., Salomen J., Cohen R. Brand R., Syme S., & Puska P., 1988. Social connections and mortality from all causes and cardiovascular disease: Prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128, 370-380.
- 335) Kaplan G.A., Strawbridge W.J., Camacho T., & Cohen R.D., 19993. Factors associated with change in physical functioning in the elderly: A six year prospective study. *Journal of Aging and Health*, 5, 140-153.
- 336) Kaplan G.A., & Keil J.E., 1993. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 88, 1973-1998.
- 337) Kaplan G.A., Pamuk E.R., Lynch J.W., Cohen R.D., & Balfour J.L., 1996. Inequality in income and mortality in the United States: Analysis of mortality and potential pathways. *British Medical Journal*, 312, 999-1003.

- 338) Katz S.C. et coll., 1963. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biologic Psychosocial Function. *Journal of American Medical Association*, 185, 914-919.
- 339) Katz S.J., Kabeto, M., Langa K.M., 2000. Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA*, 284, (23), 3022-3027.
- 340) Kaufman, G., & Uhlenberg, P., 1998. Effects of life course transitions on the quality of relationships between adult children and their parents. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 924-938.
- 341) Kawachi I, Kennedy B P., Glass R., 1999. Social capital and self rated health: a contextual analysis. *Am. J. Public Health*, 89(8), 1187-1193.
- 342) Keating N., Fast J., Connidis I., Penning M., & Keefe J., 1997. Bridging policy and research in eldercare. *Canadian Journal on Aging/Canadian Public Policy*, supplement, 22-41.
- 343) Keating N., Douziech I., Fast J., Dosman D., & Eales J., 1998. *Partners in caring: Services provided by formal and informal caregivers to seniors in residential continuing care*. Final report to the National Health Research and Development Program. Ottawa. Canada.
- 344) Keating N., & Hopper Cook L., 1999. Current thinking in Gerontology in Canada. *Ageing and Society*, 21, 131-138.
- 345) Keating N., Fast J., Frederick J., Cranswick K., & Perrier C., 1999. *Eldercare in Canada: Context, Content and Consequences*. Minister of Industry, Ottawa: / *Soins aux personnes âgées au Canada: contexte, contenu et conséquences*. Statistiques Canada, Ottawa.
- 346) Keating N., & Cook L.H., 2001. Current thinking in gerontology in Canada. *Ageing and Society*, 21, 131-138.
- 347) Keating N., Fast J., Dosman D., & Eales J., 2001. Services Provided by Informal and Formal Caregivers to Seniors in Residential Continuing Care. *Canadian Journal on Aging*, 20 (1), 23-45.
- 348) Keating N., et al, 2002. *Informal Care networks of Canadian Seniors with Long-Term Health Problems*. Final Report, National health Research and Development Program (NHRDP), Canada.
- 349) Keating N., et al, 2003. Understanding the caring capacity of informal networks of frail seniors: A case for care networks. *Ageing and Society* (in press).
- 350) Keith J., Fry C.L., et Ikels C., 1990. Community as context for successful aging. In, J. Soikolovsky (Ed.). *The Cultural Context of Aging*. New York: Bergin & Garvey Publishers.
- 351) Keller B.K., et al, 2003. The significance of social network in a geriatric assessment population. *Aging Clinical and Experimental Research*, 145 (6), 512-517.



- 352) Kemp C.L. et Rosenthal C.J., 2001. The consequences of caregiving: Does employment make a difference? In *Social and Economic Dimensions of an Aging Population*. SEDAP Research Paper No. 36.
- 353) Kemper P. et coll., 1987. Community care demonstrations: what have we learned? *Health Care Financing Review*. 8, 4, 87-100.
- 354) Kendig H.L., 1986. Perspectives on ageing and families. In, H.L. Kendig (Ed.), *Ageing and Families: A Support Networks Perspective*. Allen & Unwin, Sydney – London – Boston, pp. 3-16.
- 355) Kergoat M.J. et Lebel P., 1997. Aspects démographiques et épidémiologiques. Dans, M. Arcand Hébert, Ed., *Précis de gériatrie*, 2<sup>e</sup>. Ed., Montréal : Edisem Inc.
- 356) Kizito N.B., 1998. *Comprendre le secteur informel de la Santé (SIS) : Concepts, technique de collecte des données et structure pour l'analyse*. OMS, Série Macroéconomie, santé et développement, Numéro 31.
- 357) Klein R., 1998. Why Britain is reorganising its national health service yet again. *Health Affairs*; 17, 4, 111-25.
- 358) Kleinman A., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press.
- 359) Kulis S.S., 1992. Social class and the locus of reciprocity in relationships with adult children. *Journal of Family Issues*, 13 (4), 482-504.
- 360) Kunitz S.J., 2004. Social Capital and Health. *British Medical Bulletin*, 89, 61-73.
- 361) Lafrenière S.A., Carrière Y., Martel L., Bélanger A., 2003. Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide. *Rapport sur la santé*, 14 (4), 33-43.
- 362) Langa KM et al, 2006. Quantity and cost of informal caregiving for elderly with dementia. *J. Of General Internal Medicine*, Vol 16(11), 770-778.
- 363) Lansford J.E., Sherman A.M., & Antonucci T.C., 1998. Satisfaction with social networks: An examination of socioemotional selectivity theory across cohorts. *Psychology and Aging*, 13, 544-552.
- 364) Larsson K., & Thorslund M., 2002. Does Gender Matter? Differences in Patterns of Informal Support and Formal Services in a Swedish Urban Elderly Population. *Research on Aging*, 24 (3), 308-336.
- 365) Larsson K., & Silverstein M., 2004. The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: A study of older Swedes living alone
- 366) Lavoie J.P. et coll., 1998. *Les services publics et communautaires de longues durées aux aidantes naturelles : analyse des services offerts et de leurs déterminants*, Montréal. Rapport final soumis au Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal.

- 367) Lavoie J.P. et coll., 1998. *Les modèles de relations entre les services formels et les aidantes naturelles : Une politique de soutien à domicile du Québec*. Rapport de recherche, Direction de la santé publique de Montréal Centre.
- 368) Lavoie J.P., 1999. *La structuration familiale de la prise en charge des parents âgés : Définitions profanes et rapports affectifs*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- 369) Lavoie J.P., 2000. *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*. L'Hartmann (Ed.), Collection Technologie de l'Action Sociale, Montréal (Qc), Canada.
- 370) Lavoie J.P. et coll., 2007. *Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités : Quel partage de responsabilité entre les familles et l'état ?* Informations Sociales, 7 (143), 76-86. CAIRN.
- 371) Lawton M.P., Brody E.M., 1969. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- 372) Lawton M.P., & Nahemow L., 1973. Ecology and the aging process. In, C. Eisdorfer & M.P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging*. Washington DC: American Psychology Association (pp. 132-160).
- 373) Lawton M.P., 2001. Quality of Life and the End of Life. In, J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego & New York: Academic Press, p. 592-616.
- 374) Leatt P., Pink G.H., & Guerriere M., 2000. In a country as large and diverse as Canada, it is appropriate and probably inevitable that integrated healthcare will be achieved in different ways. *Healthcare Papers*, 1 (2), 104-107.
- 375) Leavy R.L., 1983. Social support and psychological disorder: A review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- 376) Lebel P. et coll., 1999. Un modèle dynamique de la fragilité. *L'année gérontologique*, 13, 84-94.
- 377) Leibovich E, Bergman H, Béland F, 1997. Health Care expenditures and the aging population in Canada. *International Comparison Series Papers. Striking a Balance – Health Care Systems in Canada and Elsewhere*, Papers Commissioned by the National Forum on Health. Ottawa, Volume 4, 288-306
- 378) Leduc N. et coll., 2001. *L'étude des déterminants de la fragilité chez les personnes âgées*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS). Université de Montréal, Montréal.
- 379) Lefebvre C., 2003. *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*. Institut national de santé publique, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS)
- 380) Lefrançois R. et al, 1998. *Actualisation du potentiel et développement de la personne âgée*. Institut Universitaire Gériatrique de Sherbrooke.

- 381) Légaré et coll., 2006. *Le soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie : jusqu'où les baby boomers pourront-ils compter sur leur famille pour répondre à leurs besoins ?* SEDAP Research Paper No. 157, McMaster University, Ontario, Canada.
- 382) LeGrand J, Mays N, Mulligan J-A, 1999. *Learning from the NHS internal market*. LeGrand J, Mays N, Mulligan J-A Eds. London, King's Fund.
- 383) Lemieux V., 2000. *À quoi servent les réseaux sociaux ?* Les Éditions de l'IQRC, Québec, 109 p.
- 384) Lennartsson C., 1999. Social ties and health among the very old in Sweden. *Research on Aging*, 21 (5), 657-681.
- 385) Lesemann F. et Martin C., 1993. *Les personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*. Paris : La Documentation française.
- 386) Létourneau E., 2001. En 2021, 100 000 aînés de plus à Montréal et 200 000 de plus en banlieue. *Données démographiques en bref*. Vol 5, no 2, p 3-5
- 387) Leventhal H., Rabin C., Leventhal E.A. et Burns E., 2001. Health Risk Behaviors and Aging. In, J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego & New York: Academic Press, p. 186-214
- 388) Lin N., et al., 1986. Modeling the effects of social support. In, N. Lin, A. Dean, & W.M. Ensel, (Eds.), *Social support, life events, and depression*. New York: Academic Press.
- 389) Lin N., 1999. Social networks and status attainment. *Annu. Rev. Sociol.*, 25, 467-487.
- 390) Linn B.S., Linn M.W., & Gurel L., 1968. Cumulative illness rating scale. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 16, 622-626
- 391) Lind C., et al, 2003. Hearing and vision impairment and the social networks of older Australians. *Australian Journal on Ageing*, 22 (1).
- 392) Lindsay C., 1999. Les aînés : un groupe diversifié qui vieillit bien. *Tendances sociales canadiennes*, 52, 27-31. Statistique Canada.
- 393) Litwak E., 1985. *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press.
- 394) Litwin H., & Auslander G.K., 1993. Involvement of informal elderly-care networks in contacts with public social services. *Journal of Social Work and Policy in Israel*, 7 (8), 7-20.
- 395) Litwin H., 1994. Filial responsibility and informal support among family caregivers of the elderly in Jerusalem: a path analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 38 (2).
- 396) Litwin H., 1995. The Social Networks of Elderly Immigrants: An Analytic Typology. *Journal of Aging Studies*, 9 (2), 155-174.

- 397) Litwin H., 1996. A Cross-National Social Network Analysis. In, *The Social Networks of Older People: A cross-National Analysis*. Praeger: London. pp. 205-221.
- 398) Litwin H., 1997. Support network Type and Health Service Utilization. *Research on Aging*, 19 (3), 274-299.
- 399) Litwin H., 1999. Support network type and patterns of help-giving and receiving among older people. *Journal of Social Service Research*, 24, 83-101.
- 400) Litwin H., & Landau R., 2000. Social network type and Social Support among the Old-Old. *Journal of Aging Studies*, 14 (2), 213-228.
- 401) Litwin H., 2000. Activity, Social Network and Well-Being: An Empirical Examination. *Canadian Journal on Aging*, 19 (3), 343-362.
- 402) Litwin H., 2001. Social Network Type and Morale in Old Age. *The Gerontologist*, 41 (4), 516-524.
- 403) Litwin H., 2003a. Social Predictors of Physical Activity in Later Life: The Contribution of Social-Network Type. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 389-406.
- 404) Litwin H., 2003b. The Association of Disability, Sociodemographic Background, and Social Network Type in Later Life. *Journal of Aging and Health*, 15 (2), 391-408.
- 405) Litwin H., & Greenberger H., 2003. Caregiver Resources and Facilitation of Elderly Care Recipient Adherence to Health Regimens. *Canadian journal on Aging*, 22 (4), 395-405.
- 406) LLacer A., Zunzunegui M.V., Gutierrez-Cuadra P., Béland F., Zarit S.H., 2002. Correlates of wellbeing of spousal and children carers of disabled people over 65 in Spain. *European Journal of Public Health*, 12, 3-9.
- 407) Logan J.R., & Spitze G., 1994. Informal Support and the Use of Formal Services by Older Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49 (1), S25-S34.
- 408) Lubben J.E., 1988. Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health*, 11 (3), 42-53.
- 409) Lubben J., Gironde M., 1996. Assessing Social Support Networks among Older People in the United States. In *The Social Networks of Older People: A Cross-National Analysis*. Litwin H. Ed., London: Praeger.
- 410) Lynch J.W., Kaplan G.A., Salomen J.T., 1997. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviors and psychosocial characteristics by stages of socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine*, 44, 809-819.
- 411) Lynch J.W., Kaplan G.A., Pamuk E.R., Cohen R.D., Heck K.E., Balfour J.L., & Yen I.H., 1998. Income inequality and mortality in metropolitan areas in the united States. *American Journal of Public Health*, 88, 1074-1080.

- 412) Lyons K.S., & Zarit S.H., 1999. Formal and informal support: the great divide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 183-196.
- 413) Lyons K.S., Zarit S.H., Sayer A.G., & Whitlatch C.J., 2002. Caregiving as a Dyadic Process: Perspectives from Caregiver and Receiver. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B (3), 195-204.
- 414) MJC, 1985. Loi canadienne sur la Santé (L.R. 1985, ch. C-6). Ministère de la justice, Gouvernement du Canada, Canada.
- 415) MSSS, 1998. Plan d'action 1997-2000 : Santé, bien-être et condition de vie des femmes. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 416) MSSS, 2000. *Les Solutions Émergentes*, Rapport de la Commission Clair, MSSS. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 417) MSSS, 2001. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 418) MSSS, 2002. *Plan de la santé et des services sociaux : Pour faire les bons choix (document technique)*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 419) MSSS, 2003. *Pour un réseau en quête de cohérence*. Conférence de clôture du Ministre Philippe Couillard au XXXIXe Congrès de l'Association des hôpitaux du Québec, Montréal. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 420) MSSS, 2003. *Engagé dans l'action pour les aînés du Québec*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 421) MSSS, 2004. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 422) MSSS, 2005. *Un défi de solidarité : Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 423) MSSS, 2007. *Plan d'action pour les personnes âgées*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 424) Macintyre S., 1997. The black report and beyond: What are the issues? *Social Science and Medicine*, 44, 723-745.
- 425) McAuley W.J., Travis S.S., & Safewright M.' 1990. The relationship between formal and informal health care services for the elderly. In, *The Legacy of Longevity: Health and Health Care in Later Life*. S.M. Stahl (Ed.), Sage, Newbury Park, CA.

- 426) McDaniel S.A. & Gee E., 1993. Social policies regarding caregiving to elders: Canadian contradictions. *Journal of Aging and Social Policy*, 5, 57-72.
- 427) McDaniel S.A., 1997. Intergenerational Transfers, Social Solidarity, and Social Policy: Unanswered Questions and Policy Changes. *Canadian Public Policy / Canadian Journal of Aging, Supplement*, 1-21.
- 428) McDonald L., 1997. The link between social research and social policy options: Reverse retirement as case in point. *Canadian Journal on Aging*, suppl., 90-113
- 429) McDonald L. & Warner R.A., 1987. Retirement in a Dual Economy: The Canadian Case. In V.W. Marshall, Ed., *Aging in Canada: Social Perspectives*, 2<sup>nd</sup> Ed., Fitzhenry & Whiteside, 245-261.
- 430) McKinlay J.B., & Tennstedt S.L., 1986. Social networks and the care of frail elders. Report to the National Institute on Aging, Boston University, USA.
- 431) McPherson B.D., 1998. Social support in later life. In, *Aging as a Social Process: An introduction to individual and population aging*. Harbourt Brace Canada, Toronto & Montreal.
- 432) MacLean D., & Gould S., 1988. *The helping process*. New York: Croom Helm Press.
- 433) Maheu L. et David H., 1994. Pourquoi se préoccuper du vieillissement au travail ? *Actes du colloque sur le vieillissement au travail, une question de jugement*, Montréal, 9-10.
- 434) Markides K. & Black S., 1996. Race, Ethnicity, and Aging: The Impact of Inequality. In R.H. Binstock and L.K. George, Eds., *Handbook of Aging and the Social Sciences*. San Diego: Academic Press. 153-170.
- 435) Marmot M.G., Rose G., Shipley M., & Hamilton P.J.S., 1978. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 3, 244-249.
- 436) Marois P., 2000. *Allocution a l'occasion de la création de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- 437) Marsden P.V., 1987. Core discussion networks of Americans. *American Sociological Review*, 52 (1), 122-131.
- 438) Marshall V.W., 1997. *The Generations: Contributions, Conflict, Equity*. Division du Vieillissement et des Aînés, Santé Canada, Ottawa, Canada.
- 439) Martel L. et Légaré J., 2001. Avec ou sans famille proche à la vieillesse : une description du réseau de soutien informel des personnes âgées selon la présence du conjoint et des enfants. *Cahiers québécois de démographie*, 30 (1), 89-114.

- 440) Martel L. et Carrière Y., 2004. *Formal and informal networks of care for aging Canadians*. Conference, Institut de Gériatrie de Sherbrooke, Statistiques Canada.
- 441) Martin J.C., 1997. Les personnes âgées, la famille et les autres, ou la communauté locale comme milieu de vie. *Lien social et Politiques – RIAC*, 38, 159-164.
- 442) Martin Matthews A., 2007. *Family Caregiving or Caregiving Alone: Who Helps the Helper?* *Canadian Journal on Aging*, vol 26 (1).
- 443) Marzouk M.S., 1991. Aging, age specific health care costs and the future health care burden in Canada. *Canadian Public Policy*, 17, 4, 490-506.
- 444) Massé R., 1995. *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Gaëtan Morin ed., Montréal, 92-95.
- 445) Matthews S.H. & Heidorn J. 1998. Meeting Filial Responsibilities in Brothers Only Sibling Groups. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B (5), S278-S286.
- 446) Meire P. et Neiryck I., 1997. *Le paradoxe de la vieillesse : L'autonomie dans la dépendance*. Collection Savoirs et Santé : Questions. De Boeck Université, Bruxelles.
- 447) Mellor J.M., & Milyo J, 2003. Is exposure to income inequality a public health concern? Lagged effects of income inequality on individual and population health. *Health Services Research*, 38, 137-151.
- 448) Mendes de Leon C.F., Seeman T.E., Baker D.I., Richardson E.D., & Tinetti M.E., 1996. Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living elders: A prospective study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S183-S190.
- 449) Mendes de Leon C.F., Glass T.A., Beckett L.A., Seeman T.E., Evans D.A., & Berkman L.F., 1999. Social networks and disability transition across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54B, S162-S171.
- 450) Mendes de Leon C.F., Gold D.T., Kaplan L., & George L.K., 2001. Disability as a function of social networks and support in elderly African and Whites: the Duke EPESE 1986-1992. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56B (3), S179-S190.
- 451) Mendes de Leon C.F., Guralnik J.M., & Bandeen-Roche K., 2002. Short-term change in physical function and disability: the women's health and aging study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57B (6), S355-S365.
- 452) Mehta K.M., Yaffe K., & Covinsky K.E., 2002. Cognitive impairment, depressive symptoms, and functional decline in older people. *Journal of the American Geriatric Society*, 50, 1045-1050.

- 453) Messeri P., Silverstein M., & Litwak E., 1993. Choosing optimal support groups: A review and reformulation. *J. Health Soc. Behav.*, 34, 122-137.
- 454) Michael Y.L., Berkman L.F., Colditz G.A., & Kawachi I., 2001. Living arrangements, social integration, and change in functional health status. *American Journal of Epidemiology*, 153 (2), 123-131.
- 455) Miedema B. & Tatemichi S., 2003. Gender, Marital Status, Social Networks and Health: Their Impact on Loneliness in the Very Old. *Geriatrics Today*, 6, 95-99.
- 456) Millar W., 1996. Reaching smokers with lower educational attainment. *Health Reports*, Statistics Canada, Catalogue No. 82-003, 8, 11-19.
- 457) Millar W., & Stephens T., 1993. Social Status and Health Risks in Canadian Adults: 1985-1991. *Health Reports*, Statistics Canada, Catalogue No. 82-003, 8, 143-156.
- 458) Miller B., et al, 2001. Social Support and Caregiver Distress: A Replication Analysis. *The Journals of Gerontology*, %?B, S249-S256.
- 459) Ministère de la famille et de l'enfance, 2001. *Le Québec et ses aînés : engagés dans l'action, Liste des actions sectorielles : Engagements et perspectives 2001-04*. Gouv. du Québec.
- 460) Mitchell J.C., 1969. The Concept and Use of Social Networks. In, J.C. Mitchell Eds., *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: Manchester University Press. 1-50.
- 461) Moen P., 1996. Gender, Age, and the Life Course. In, R.H. Binstock, & L.K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Toronto: Academic Press, (pp. 171-187).
- 462) Moore, G., 1990. Structural determinants of Men's and Women's personal networks. *American Sociological Review*, 55 (5), 726-735.
- 463) Moorer P., & Suurmeijer P.B.M., 2001. The effects of neighbourhoods on size of social network of the elderly and loneliness: A multilevel approach. *Urban Studies*, 38 (1), 105-118.
- 464) Mor V., Wilcox V., Rakowski W., & Hiris J., 1994 Functional transitions among the elderly: Patterns, predictors, and related hospital use. *American Journal of Public Health*, 84, 1274-1280.
- 465) Moran L., White E., Eales J., Fast J., & Keating N., 2002. Evaluating Consumer Satisfaction in Residential Continuing Care Settings. *Journal of Aging & Social Policy*, 14 (2), 85-109.
- 466) Morgan D.L., & March S.J., 1992. The impact of life style events on networks of personal relationships: A comparison of widowhood and caring for a spouse with Alzheimer's disease. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 562-584.



- 467) Moscovice I., et al., 1988. Substitution of formal and informal care for the community based elderly. *Medical Care*. 26, 10, 971-981.
- 468) Mugford S., & Kendig H.L., 1987. Social relations: Networks and ties. In, Kendig H.L. (Ed.), *Ageing and Families: A Social Network Perspective*. Sydney: Allen & Unwin, pp 38-59.
- 469) Mullins L.C., Elston C.H., Gutkowski S.M., 1996. Social determinants of loneliness among older Americans. *Gen. Soc. Gen. Psychol. Monogr.*, 122, 453-473.
- 470) Murtagh K.N., & Hubert H.B., 2004. Gender differences in physical disability among elderly cohort. *American Journal of Public Health*, 94 (8), 1406-1411.
- 471) Mustard C., Derksen S., Berthelot J., Wolfson M., & Roos L., 1997. Age specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province. *Social Science & Medicine*, 45, 383-397.
- 472) Mutchler J.E., & Bullers S., 1994. Gender differences in formal care use in later life. *Research on Aging*, 16, 235-250.
- 473) Nagi, S.Z., 1964. A Study in the Evaluation of Disability and Rehabilitation Potential: Concepts, Methods, and Procedures. *Am J Public Health Nations Health*. 54, 1568-79.
- 474) Nagi, S. Z., 1976. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 54(4):439-67.
- 475) Nagi, S. Z., and Marsh, J., 1980. Disability, health status, and utilization of health services. *Int J Health Serv*, 10(4):657-76.
- 476) Robine, J., Jagger, C., Clavel, A., et al. Disability-Free Life Expectancy (DFLE) in EU Countries from 1991 to 2003  
<http://www.hs.le.ac.uk/reves/ehemutest/pubs.html>
- 477) Nakache J.P., Confais J., 2003. *Statistique Explicative Appliquée*, Technip, (Partie 2)
- 478) National Statistics UK, 2001. *Living in Britain; Supplementary report: People aged 65 and over, self care and domestic tasks*. Lib2001,Section 3744
- 479) Neal M.B. et coll., (1997). Gender and Relationship Differences in Caregiving Patterns and Consequences Among Employed Caregivers. *The Gerontologist*, 27: 804-816.
- 480) Neufeld A., & Harrison M.J., 2000. Family caregiving: issues in gaining access to support. In, Stewart M.J. (Ed.), *Chronic Conditions and Caregiving in Canada: Social Support Strategies*. University of Toronto Press, Toronto, 247-273.
- 481) Neufeld A., & Harrison M.J., 2003. Unfulfilled expectations and negative interactions: non-support in relationships of women caregivers. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 41 (4), 323-331.

- 482) Nicholas P.K., 1993. Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1085-1094.
- 483) Noelker L.S., & Bass D.M., 1989. Home care for elderly persons: Linkages between formal and informal caregivers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44, s63-s70.
- 484) Norbeck J.S., Lindsey A.M., & Carrieri V.L., 1981. The development of an instrument to measure social support. *Nursing research*, 30, 264-269.
- 485) Norbeck J.S., Lindsey A.M., & Carrieri V.L., 1983. Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative data and validity testing. *Nursing research*, 32, 4-9.
- 486) Novak M., & Campbell L., 2001. *Aging Society: A Canadian Perspective*. 4th Edition, M. Nelson: Thomson Learning (pp. 239-274)
- 487) OMS, 2004; Les déterminants sociaux de la santé « *Les Faits* », 2<sup>e</sup> éd., Sous la direction de Richard Wilkinson et Michael Marmot.
- 488) OMS-WHO, 1980. *International Classification of impairments, disabilities and handicaps*. World Health Organisation, Geneva.
- 489) OMS, 1988. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, Paris, INSERM.
- 490) ONU, 2002. *Une société pour tous les âges*. Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement. Madrid
- 491) O'Brien J.E., Wagner D.L., 1980. Help seeking by the frail elderly: Problems in network analysis. *The Gerontologist*, 20, 78-83.
- 492) O'Reilly P., 1988. Methodological Issues in Social Support and Social Network Research. *Social Science and Medicine*, 26, 8, 863-873.
- 493) Ory M.G., DeFriesse G.H., & Duncker A.P., 1998. Introduction: The nature, extent and modifiability of self care behaviors in later life. In, M.G. Ory & G.H. DeFriesse (Eds.), *Self-care in later life*, New York: Springer (pp. xv-xxvi).
- 494) Otero A., Garcia de Yébenes M.J., Rodriguez-Laso A., & Zunzunegui M.V., 2002. Unmet home care needs among community-dwelling elderly people in Spain. *Aging Clin. Exp. Res.*, 15 (3), 234-242.
- 495) Oxman T.E., & Berkman L.F., 1990. Assessment of social relationships in elderly patients. *Int. J. Psychiatry Med.*, 20, 65-84.
- 496) Oxman T.E., & Hull J.G., 1997. Social support, depression, and activities of daily living in older heart surgery patients. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52B, P1-P14.
- 497) Parker G., 1990. *With due care and attention: A review of research on informal care*. London, U.K., Family Policy Center.

- 498) Patrick L., & Howell K., 1998. Mental status and self-medication ability in the hospitalized elderly. *Canadian Journal on Aging*, 17, 4, 425-439.
- 499) Patriquin, H., 1999. *National conference on home care: Proceedings*. Ottawa, ON: Health Canada.
- 500) Parson T., 1968. *The Structure of Social Action*, Vols 1 and 2. New York: Free Press. (Orig. pub. 1937).
- 501) Pearlin L.I., Menaghan E.G., Lieberman M.A., & Mullan J.T., 1981. The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- 502) Pearlin L.I., 1985. Social structure and processes of social support. In S. Cohen & S.L. Syme, Eds., *Social support and health* (pp. 43-60). New York: Academic Press.
- 503) Pearlin L.I., Mullan J.T., Semple S.J., Skaff M.M., 1990. Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and their Measure. *Gerontologist*, 30: 583-591.
- 504) Pearlin L.I., et al., 1996. Caregiving and its social support. In, *Handbook of aging and the social sciences*. R.H. Binstock & L.K. George Eds., San Diego CA.: Academic Press.
- 505) Peek M.K., & O'Neill G.S., 2001. Networks in later life: An examination of race differences in social support networks. *Int'l. J. Aging and Human Development*, 52 (3), 207-229.
- 506) Penning M.J., & Strain L.A., 1990. Gender differences in Disability, Assistance, and Subjective Well-Being in Later Life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49 (4), s202-s208.
- 507) Penning M.J., & Chappell N.L.' 1990. Self-care in relation to informal and formal care. *Ageing and Society*, 10, 41-59.
- 508) Penning M.J., Chappell N.L., Stephenson P.H., Rosenblood L., Tuokko H.A., 1998. *Independence among Older Adults with Disabilities: The Role of Formal Care Services, Informal Caregiving and Self-Care*. Final Report for Patterns of Care Project. Center on Aging, University of Victoria BC; Santé Canada, Canada.
- 509) Penning M.J., Keating N., 2000. Self-, Informal and Formal Care: Partnerships in Community-Based and Residential Long-Term Care Settings. *Canadian Journal on Aging*, 19 suppl. 1, 75-100.
- 510) Penning M.J., 2002. Hydra revisited: Substituting formal for self- and informal In-home care among older adults with disabilities. *The Gerontologist*, 42 (1), 4-16.
- 511) Penrod J.D., Kane R.A., Kane R.L., & Finch M.D., 1995. Who Cares? The Size, Scope and Composition of the Caregiver Support System. *The Gerontologist*, 35 (4), 489-497.

- 512) Perrin B., 1998. *Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*. Ministère des Travaux Publics et Services gouvernementaux, Ottawa, Canada.
- 513) Pescosolido B.A., 1986. Migration, medical care preferences and the lay referral system: a network theory of role assimilation. *American Sociological Review*, 51, 523-540.
- 514) Pescosolido B.A., & Georgianna S., 1989. Durkheim, Suicide, and Religion: Toward a Network Theory of Suicide. *American Sociological Review*, 54: 3-48.
- 515) Pescosolido B.A., 1990. The Social Context of Religious Integration and Suicide: Pursuing the Network Explanation. *The Sociological Quarterly*, 31: 337-357.
- 516) Pescosolido B.A., 1991. Illness careers and network ties: A conceptual model of utilisation and compliance. *Advances in Medical Sociology*. 2, 161-184.
- 517) Pescosolido B.A., 1992. Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *American Journal of Sociology*. 97, 4, 1096-1138.
- 518) Pescosolido B.A., 1994. Bringing Durkheim into the Twenty-First Century: A Network Approach to Unresolved Issues in the Sociology of Suicide. In, D. Lester Ed., *Emile Durkheim Le Suicide: One Hundred Years Later*. Philadelphia: The Charles Press, Publishers. 264-295.
- 519) Pescosolido B.A., 1994b. Professional dominance and patient autonomy. *Indiana Law Journal*, 69, 1115-1122.
- 520) Pescosolido B.A., 1996. Bringing the “community” into utilization models: How social networks link individuals to changing systems of care. *Research in the Sociology of Health Care*, 13A, 171-197.
- 521) Pescosolido B.A., et al., 1998. Social networks and patterns of use among the poor with mental health problems in Puerto Rico. *Medical Care*, 36 (7), 1057-1072.
- 522) Pescosolido B.A., 2001. The role of social networks en the lives of persons with disabilities. In G.L. Albrecht, K.D. Seelman, & M. Bury (Eds.), *Handbook of disability studies*, 468-489. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 523) Pescosolido B.A. & Levy J.A., 2002. The role of social Networks in health, illness, disease and healing: The accepting present, the forgotten past, and the dangerous potential for a complacent future. In J.A. Levy & B.A. Pescosolido (Eds.), *Advances in medical sociology: Social networks and health*, 8, 3-25. Greenwich, CT: JAI.
- 524) Pfeiffer E., 1975. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23, 433-441.

- 525) Pinquart M., & Sörensen S., 2000. Influences of Socioeconomic Status (SES), Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.
- 526) Pot A.M., et al., 2000. Psychological distress of caregivers: moderator effects of caregiver resources?. *Patient Education and Counseling*, 41, 235-240.
- 527) Porter E.J., 1994. Older widows' experience of living alone at home. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 19-24.
- 528) Power C., 1991. Social and economic background and class inequalities in health among young adults. *Social Science & Medicine*, 32, 411-417.
- 529) Proot I.M., Abu-Saad H.H., Crebolder H.F.J.M., Goldsteen M., Luker K.A., & Wilddershoven G.A.M., 2003. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scand. J. Caring Sci.*, 17, 113-121.
- 530) Prus S.G., 2001. *The relationship between Age, Socio-economic Status and Health Among Adult Canadians*. SEDAP No. 57
- 531) Pullman D., 1999. The ethics of autonomy and dignity in long term care. *Canadian Journal on Aging*, 18, 1, 26-46.
- 532) Putnam R.D., 1993. *Making Democracy Work, Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, Princeton University Press.
- 533) PSSRU, 1999. *Demand for long-term care: projections of long-term care finance for the elderly people*. Research Bulletin, Personal Social Services Research Unit (PSSRU). University of Kent at Canterbury, the London School of Economics and the University of Manchester. England.
- 534) RRSSS-MC, 1998. *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 : Le défi de l'accès*. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal Centre. Montréal.
- 535) RRSSSMC, 1999. *Le défi de l'accès : Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre. Montréal.
- 536) RRSSS-MC, 2000a. *Rapport de Consultation sur l'Organisation et le Financement des Services de Santé et des Services Sociaux*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre. Montréal.
- 537) RRSSS-MC, 2000b. *Rapport interne*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre. Montréal.
- 538) RRSSS-MC, 2003. *L'accès en action : Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux*. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal Centre. Montréal.

- 539) Radloff L.S., 1977. The CES-D Scale: A Self Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- 540) Radloff L.S., Teri L., 1986. Use of Center for Epidemiological Studies Depression Scale with Older Adults.
- 541) Rankin E.D., 1990. Caregiver stress and the elderly: A familial perspective. *Journal of Gerontological Social Work*, 15, 1/2, 57-73.
- 542) Rennemark M., & Hagberg B., 1999. Gender specific associations between social network and health behaviour in old age. *Aging & Mental Health*, 3 (4), 320-327.
- 543) Rocher G., 1992. *Introduction à la Sociologie Générale*. Édition Hurtubise HMH Ltée, Montréal, Canada.
- 544) Rockwood K. et coll., 1994. Frailty in elderly people: an evolving concept. *Can. Med. Assoc. J.*, 150, 4, 489-495.
- 545) Rogers A., & Sheaff R., 2000. Formal and informal systems of primary healthcare in an integrated system: Evidence from the United Kingdom. *Healthcare Papers*, 1 (2), 47-58.
- 546) Romanow R.J., 2002. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Rapport à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa.
- 547) Rook K.S., 1984. Promoting social bonding: Strategies for helping the lonely and socially isolated. *American Psychologist*, 39, 1389-1407.
- 548) Rosenberg M.W., 2000. *The Effect of Ageing on the Canadian Health Care System*. SEDAP No. 14.
- 549) Rosenstock I.M., 1974. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- 550) Rosenstock I.M., 1966. Why People Use Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-106.
- 551) Rosenthal C.J., & Martin-Matthews A., (1999). Families as care-providers versus care-managers? Genders and type of care in a sample of employed Canadians. In *Social and Economic Dimensions of an Aging Population*, SEDAP Research Paper No.4.
- 552) Ross C., & Wu C., 1995. The links between education and health. *American Sociological Review*, 60, 719-745.
- 553) Roy J., 1994. L'histoire du maintien à domicile ou les nouveaux apôtres de l'État. *Service Social*, 43 (1), 7-33.
- 554) Roy J., Vézina A. et Cliche A., 1998. Soutien social et bénéficiaires âgés en maintien à domicile dans Charlevoix: Une perspective évaluative. Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec.

- 555) Russel D., Cutrona C., de la Mora A., Wallace R., 1997. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychol. Aging*, 12, 489-574.
- 556) Rutledge T., Reis S.E., Olson M., Owens J., Kelsey S.E., Pepine C.J., Reichek N., & Rogers W.J., 2003. Socioeconomic status variables predict cardiovascular disease risk factors and prospective mortality risk among women with chest pain: The Wise Study. *Behavior Modification*, 27 (1), 54-67.
- 557) Santé Canada, 1991. *Bien-être : Résultats de l'intégration de l'échelle d'équilibre affectif de Bradburn à l'enquête sur le vieillissement et l'autonomie de 1991*. Direction des aînées et aînés. Santé Canada, Ottawa.
- 558) Santé Canada, 1996. Les aîné-e-s et les handicaps. *Expression*, 11 (1). Division du vieillissement des aînés, Santé Canada, Ottawa.
- 559) Santé Canada, 1998. *Les politiques de santé, les programmes et les modèles de soins de santé pour les personnes âgées*. Santé Canada, Ottawa.
- 560) Santé Canada, 2002. *Vieillir au Canada*. Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés, Gouvernement du Canada.
- 561) Sarason I.G., et coll., 1983. Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and social Psychology*. 44, 1, 127-139.
- 562) Sarason I.G. & Sarason B.R., 1985. *Social Support: Theory, Research, and Application*. Boston: Martinus Nijhoff.
- 563) Sarason B. R., Sarason I., Pierce G. R., 1990. *Social Support: An Interactional View*. Sarason et coll. Eds. New York: Wiley-Interscience Publication, John Wiley & Sons.
- 564) Schalick L.M., Hadden W.C., Pamuk E., Navarro E., & Pappas G, 2000. The widening gap in death rates among income groups in the United States from 1967 to 1986. *International Journal of Health Services*, 30, 13-26.
- 565) Scharf T., & Wenger G.C, 1995. *International perspectives on community care for older people*. Aldershot, UK: Avebury.
- 566) Scherr P.A., & coll., 1988. Correlates of cognitive function in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 128, 1084-1101.
- 567) Scherr P.A., LaCroix A.Z., Wallace R.B., & Berkman L., 1992. Light to moderate alcohol consumption and mortality in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 651-657.
- 568) Schone B.S. & Pezzin E., 1999. Parental marital disruption and intergenerational transfers: An analysis of lone elderly parents and their children, *Demography*, 36, 3, 287-297, Johns Hopkins University
- 569) Schulz R. & Williamson G.M., 1993. Psychosocial and behavioural dimensions of physical frailty. *Journal of Gerontology*, 48, 39-43.
- 570) Seeman T.E., Charpentier P.A., Berkman L.F., Tinetti M.E., Guralnik J.M., Albert M., Blazer D., & Rowe J.W., 1994. Predicting changes in physical

- performance in high-functioning elderly cohort: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 49, M97-M108.
- 571) Seeman T.E., Berkman L.F., Charpentier P., Blazer D., Albert M., & Tinetti M., 1995. Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50A, M177-M183.
- 572) Seeman T.E., Bruce M.L., & McAvay G.J., 1996. Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, 191-200.
- 573) Seeman T.E., & Crimmins E., 1996. *Social Environment Effects on Health & Aging: Integrating Epidemiological and Demographic Approaches and Perspectives*. Report for the MacArthur Foundation.
- 574) Seeman T.E., 1996. Social ties and health. *Annals of Epidemiology*, 6, 442-451.
- 575) Seeman T.E., & Unger J.B., 1997. Functional disability: The consequences of low self-efficacy beliefs. Presented at the Society of Behavioral Medicine conference, San Francisco, CA.
- 576) Seeman T.E., 2000. Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *Am. J. Health Promotion*, 14, 362-370.
- 577) Segre S., 2004. A Durkheimian Network Theory. *Journal of Classical Sociology*, 4 (2), 215-235.
- 578) Seltzer, et al., (1987). Family Members as Case Managers: Partnership between the Formal and Informal Support Networks. *The Gerontologist*, 31: 778-787.
- 579) Sénécal J.M., 1994. *Droit de la famille québécoise*. Les publications CCH/FM Ltée, bulletin #111.
- 580) Shanas E., 1979. The Family as a Social Support in Old Age. *The Gerontologist* 19, 169-174.
- 581) Shapiro E. et Tate R., 1988. Who is really at risk of institutionalisation? *The Gerontologist*, 29, 2, 237-245.
- 582) Sheikh J.I., & Yesavage J.A., 1986. Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin. Gerontol.*, 5, 165-173
- 583) Simons R.L., 1983. Specificity and substitution in the social networks of the elderly. *Int. J. Aging Hum. Dev.*, 18, 121-139.
- 584) Simms-Gould J & Martin-Matthews A, 2007. Family Caregiving or Caregiving Alone: Who Helps the Helper? *Canadian Journal on Aging*, 26 (suppl. 1), 27-46.
- 585) Sluzki C.E., 2000. Social Networks and the Elderly: Conceptual and Clinical Issues, and a Family Consultation. *Family Process*, 39 (3), 271-284.



- 586) Smith K., Wright K., 1994. Informal care and economic appraisal: a discussion of possible methodological approaches. *Health Economics*. 3, 3, 137-148.
- 587) Smith J.P., 1999. Healthy bodies and thick wallets: The dual relation between health and economic status. *Journal of Economic Perspectives*, 13, 145-166.
- 588) Smith G., Doty P., O’Keeffe J., 2001. *Caregiving resources for the aging network. Implementing the National Family Caregiver Support Program (NFCSP)*. Administration on Aging (AoA).  
<http://www.aoa.dhhs.gov/carenetwork/Fin-Smith.html>
- 589) Sokolovsky J., 1986. Network methodologies in the study of aging. In, C.L. Fry & J. Keith Eds.. *New methods for old age research: Strategies for studying diversity*. New York: Bergin & Carvey.
- 590) Spillman B.C., & Pezzin L.E., 2000. Potential and Active Family Caregivers: Changing Networks and the “Sandwich Generation”. *The Milbank Quarterly*, 78 (3), 347-373.
- 591) Spitze G., & Ward R., 2000. Gender, Marriage, and Expectations for Personal Care. *Research on Aging*, 22, 451-469.
- 592) Spriggs A., & Navaie-Waliser M., 2002. *Perceptions of Caregiving: Discord Between Home Health Recipients and Primary Informal Caregivers* The 130th Annual Meeting of APHA,  
[http://apha.confex.com/apha/130am/techprogram/session\\_9840.htm](http://apha.confex.com/apha/130am/techprogram/session_9840.htm)
- 593) Statistique Canada, 1991. Enquête sur la santé et les limitations d’activités ELSA. Dans *Le Quotidien*, octobre 1992, No de cat. 11-001F. p. 12.
- 594) Statistic Canada, 1995. Families in Later Life. In R. Beaujot, E. Rajulton & Z.R. Ravanera, *Family over the Life Course: Current Demographic Analysis*. Statistique Canada, gouvernement du Canada.
- 595) Statistic Canada, 1996. *Report on the Demographic Situation in Canada, 1996: Current Demographic Analysis*, Dumas J., Bélanger A., Statistic Canada, government of Canada.
- 596) Statistic Canada, 1999. A portrait of Seniors in Canada. Colin L. et coll., Statistique Canada, gouvernement du Canada.
- 597) Statistic Canada, 2001. *Rural and small town Canadian analysis bulletin*. Cat. No. 21-006xie, Statistique Canada, gouvernement du Canada.
- 598) Statistique Canada, 2002a. *Profil de la population canadienne selon l’âge et le sexe : le Canada vieillit*. Statistique Canada, gouvernement du Canada.
- 599) Statistiques Canada, 2002. *Recensement 2001 et 1996*. Statistique Canada, gouvernement du Canada.

- 600) Stewart J., 2001. *Educational Status*. MacArthur Network on SES and Health.  
<http://www.macses.ucsf.edu/Default.htm>
- 601) Stewart J., 1999. *Psychosocial Notebook*. MacArthur Network on SES and Health.  
<http://www.macses.ucsf.edu/Default.htm>
- 602) Stoller E.P., & Earl L., 1983. Help with activities of everyday life: Sources of support for the noninstitutionalized elderly. *The Gerontologist*, 23, 64-70.
- 603) Stoller E.P., 1984. Self-assessments of health by the elderly: the impact of informal assistance. *Journal of Health and Social Behaviour*, 25, 260-270.
- 604) Stoller E.P., & Pugliesi K.L., 1988. Informal networks of community-based elderly: Changes in composition over time. *Research on Aging*, 10, 499-516.
- 605) Stoller E.P., & Pugliesi K.L., 1991. Size and effectiveness of informal helping networks: A panel study of older people in the community. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 180-191.
- 606) Stoller E.P., 1998. Dynamics and processes of self-care in old age. In, M. Ory & G. DeFries (Eds.), *Self-care in later life: Research program and policy perspectives* (pp. 24-61). New York: Springer.
- 607) Stoller E.P., & Wisniewski A.A., 2003. The structure of lay consultation networks: Managing illness in community settings. *Journal of Aging and Health*, 15 (3), 482-507.
- 608) Stone R.I., & Short P.F., 1990. The competing demands of employment and informal caregiving to disabled elders. *Medical Care*, 28 (6), 513-526.
- 609) Stone R., 1991. Familial obligations: Issues for the 1990s. *Generations*, Summer-fall 1991, 47-50.
- 610) Stone L.O. & Rosenthal C., 1996. Profiles of the social networks of Canada's elderly: An analysis of 1990 General Social Survey data. In Litwin (Ed.), *The social networks of older people: A cross-national analysis*, (pp. 77-97). Westport, CT: Praeger.
- 611) Stone L.O., Rosenthal C., & Connidis I.A., 1998. *Parent-Child Exchanges of Supports and Intergenerational Equity*. Statistics Canada, Ottawa, Canada.
- 612) Stone R.I., (2000). *Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century*. Report for the Milbank Memorial Fund and the American Association of Homes and Services for the Aging. <http://www.milbank.org/0008stone/index.html>.
- 613) Strain L.A., 1991. Use of health services in later life: the influence of health beliefs. *Journal of Gerontology* 46, 143-150.

- 614) Strain L.A., & Blandford A.A., 2003. Caregiving Networks in Later Life: Does Cognitive Status Make a Difference?. *Canadian Journal on Aging*, 22 (3), 261-273.
- 615) Sturm R., & Gresenz C.R., 2002. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *British Medical Journal*, 324, 1-5.
- 616) Subramanian S.V., & Kawachi I., 2004. Income inequality and health: What have we learned so far? *Epidemiologic Review*, 26, 78-91.
- 617) Szreter S., & Woolcock M., 2002. *Health by association? Social Capital, Social Theory and the Political Economy of Public Health*. Von Hügel Institute Working Paper, WP2002-13.
- 618) Tabachnick, B. & Fidell, L., 1996. *Using Multivariate Statistics*. Harper Collins, New York.
- 619) Tennstedt S.L., Harrow B., and Crawford S., 1996. Informal vs. Formal services: Changes in patterns of care over time. *Journal of Aging and Social Policy*; 7(3/4): 71-92.
- 620) Tennstedt S., 1999. *Family Caregiving in an Aging Society*. Administration on Aging (AoA).  
<http://www.aoa.dhhs.gov/caregivers/FamCare.html>
- 621) Thoits P.A., 1985. Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. In I.G. Sarason & B.R. Sarason, Eds., *Social support: theory, research and applications* (pp. 51-72). The Hague: Martinus Nijhoff.
- 622) Thoits P.A., 1986. Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- 623) Thoits P.A., 1995. Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 73-79.
- 624) Thomése F., & van Tilburg T., 2000. Neighbouring networks and environmental dependency. Differential effects of neighbourhood characteristics on the relative size and composition of neighbouring networks of older adults in the Netherlands. *Ageing & Society*, 20, 55-78.
- 625) Tjihuis M.A.R., et coll., 1998. Selection in the social network: Effects of chronic diseases. *European Journal of Public Health*, 8(4), 286-293.
- 626) Tjihuis M.A.R., De Jong-Gierveld J., Feskens E.J.M., Kromhout D., 1999. Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age and Ageing*, 28, 491-495.
- 627) Trahan L., 2001. Lignes directrices pour des services continus aux personnes âgées en perte d'autonomie. Dans, *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec : Qualité de vie, pratiques et politiques*. J.C. Henrard, O. Firbank, S. Clément et al, (Éds.). Paris : INSERM, questions en santé publique, p.339-349.

- 628) Trahan L. et Caris P., 2002. The system of care and services for frail older persons in Canada and Quebec. *Aging Clinical and experimental Research*, 14(4), 226-232
- 629) Trottier et coll., 2003. Les soins de santé primaire au Qu/bec. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal R03-03.
- 630) Turner R.J., & Noh S., 1988. Physical disability and depression: a longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 23-37.
- 631) Twaddle A.C., & Hessler R.M., 1987. *Sociology of Health* 2nd Ed., New York: Macmillan Publishing Company.
- 632) Twigg J., 1993. The interweaving of formal and informal care: policy models and problems. In, A. Evers, G.H. Van Der Zanden (Eds.). *Better care for dependent people living at home*. Bunnick, Netherlands Institute of Gerontology.
- 633) Twonson M., 1994. *The social contract for seniors in Canada: Preparing for the 21<sup>st</sup> Century*. National Advisory Council on Aging.
- 634) Uhlenberg P., & De Jong Gierveld J., 2004. Age-segregation in later life: an examination of personal networks. *Ageing & Society*, 24, 5-28.
- 635) Unger J.L., McAvay G., Bruce M.L., Berkman L., & Seeman T., 1999. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54 (5), S245-S251.
- 636) Ulysse P.J., 1997. *Population aging: An overview of the past thirty years*. Division of aging and seniors, Health Canada
- 637) Van Baarsen B., 2002. Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *The Journal of Gerontology*, 57B, 1, S33-S42.
- 638) Van der Poel, 1993. Delineating personal support networks. *Social Networks*, 15 (1), 49-70.
- 639) Van Tilburg T., 1995. Delineation of the social network and differences in network size. In, C.P.M. Knipscheer, J. de Jong Gierveld, T.G. van Tilburg, P.A. Dykstra (Eds.), *Living Arrangements and Social Networks of Older Adults*. VU University Press, Amsterdam, (pp. 83-96).
- 640) Van Tilburg T., & Broese van Groenou M., 2002. Network and health changes among older Dutch adults. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 697-713.
- 641) Van Tilburg T., Aartsen M.J., Smits C.H.M., & Knipscheer K.C.P.M., 2004. A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21 (2), 249-266.

- 642) Vega & Murphy, 1990. *Culture and the Restructuring of Community Mental Health*. New York: Greenwood Press.
- 643) Verbrugge L.M., Jette A.M., 1994. The Disablement Process. *Soc. Sci. Med.*, 38, 1, 1-14.
- 644) Verbrugge L.M., & Sevak P., 2002. Use, Type, and Efficacy of Assistance for Disability. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 57B (6), S366-S379.
- 645) Verbrugge L.M., 2005. Flies Without Wings. In, J.R. Carey, J.M. Robine, J.P. Michel, Y. Christen (Eds.), *Longevity and frailty*, Research and Perspective in Longevity, Fondation IPSEN, Springer.
- 646) Vollenwyder N., et al., 2002. The Elderly and their Families, 1979-94: Changing Networks and Relationships. *Current Sociology*, 50 (2), 263-280.
- 647) Wackerbarth S.B., 2002. The Alzheimer's family caregiver as decision maker: A typology of decision styles. *The Journal of Applied Gerontology*, 21 (3), 314-332.
- 648) Wahl H.W., 2001. Environmental influences on aging and behavior. In, J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego, CA: Academic Press, (pp.215-237).
- 649) Waidmann T & Freedman V, 2006. The Daily Activities of the Community-Dwelling Elderly: Evidence from the American Time Use Survey. *US Dept. Of Health and Human Services*.
- 650) Waldman E., & Potter J.F., 1992. A prospective evaluation of the cumulative illness rating scale. *Aging Clin. Exp. Res.*, 4, 171-178.
- 651) Walker K.N., McBride A., Vachon M.L.S., 1977. Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine*, 11, 1, 35-41.
- 652) Walter-Ginzburg A., et al., 2002. Social factors and mortality in the Old-Old in Israel: The CALAS study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57B, No. 5, S308-S318.
- 653) Wasserman, S., & Pattison, P.E., 2000. Statistical models for social networks. In, H. Kiers, J.P. Rasson, P.J.F. Groenen, & M. Schader, (Eds.), *Data Analysis, Classification, and Related Methods: Proceedings of the 7th Conference of the International Federation of Classification Societies*, Heidelberg: Springer-Verlag, (pp. 285-297).
- 654) Weinberg L.E., & Chappell N.L., 1996. *Perceived control or learned helplessness in older people: Choice, chance, and powerful others*. Report, Center on Aging, University of Victoria, Canada.
- 655) Weir R., Browne G., Byrne C., Roberts J., Gafni A., Thompson A., Walsh M., & McColl L., 1998. The efficacy and efficiency of the quick response program: a randomized controlled trial. *Canadian Journal on Aging*, 17, 3, 272-295.

- 656) Weiss R.S., 1974. The provision of social relationships. In Z. Rubin, Ed., *Doing unto others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 657) Wellman B., 1981. Applying network analysis to the study of support. In B.H. Gottlieb Ed., *Social networks and social support* (pp. 171-200). Beverly Hills, CA: Sage.
- 658) Wellman B., 1983. Network Analysis: Some Basic Principles. *Sociological Theory*, 1, 155-200.
- 659) Wellman B., & Hall A., 1986. Social Networks and Social Support: Implications for later life. In V. Marshall (Ed.), *Later life: The social psychology of aging* (pp. 191-231). Beverly Hills, CA: Sage.
- 660) Wellman B., 1988. Structural Analysis: From Method and Metaphor to Theory and Substance. In, B. Wellman and S.D. Berkowitz (Eds.), *Social Structures: A Network Approach*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 19-61.
- 661) Wenger G.C., 1991. A network typology: From theory to practice. *Journal of Aging Studies*, 5(2), 147-162.
- 662) Wenger G.C., 1992. *Help in old age – Facing up to change: A longitudinal network study*. Liverpool: Liverpool University Press.
- 663) Wenger G.C., 1993. The formation of social networks: self-help, mutual aid, and old people in contemporary Britain. *Journal of Aging Studies*, 7, 5-40
- 664) Wenger G.C., 1994. *Support networks of older people: a guide for practitioners*. Bangor: University of Wales Center for Social Policy Research & Development.
- 665) Wenger G.C., 1995. A comparison of urban with rural support networks –n Liverpool and North Wales. *Ageing & Society*, 15, 59-81.
- 666) Wenger G.C., & Day B., 1995. *Support Networks of older people: A training and resource pack for practitioners and service providers*. Pavilion Publishing, Brighton.
- 667) Wenger G.C., 1996. Social networks and gerontology. *Reviews in Clinical Gerontology*, 6, 285-293.
- 668) Wenger C.G., 1997. Review of findings on support networks of older Europeans. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12, 1-21.
- 669) Wenger C.G., Scott A., & Patterson N., 2000. How important is parenthood? Childlessness and support in old age in England. *Ageing and Society*, 20, 161-182.
- 670) Wenger G.C., & Tucker I., 2002. Using network variation in practice: identification of support networks type. *Health and Social Care in the Community*, 10 (1), 28-35.
- 671) Weyener B., 1992. Concepts and Measurements of Prestige. *American Review of Sociology*, 18, 253-280.

- 672) White H.C., et al., 1976. Social Structure from Multiple Networks. I. Blossmodels of Roles and Positions. *The American Journal of Sociology*. 88, 730-780.
- 673) White D., 2001. Maîtriser un mouvement, dompter une idéologie : l'État et le secteur communautaire au Québec. *ISUMA revue canadienne de recherche sur les politiques*, 2, 2, 34-45.
- 674) Williams P., Barclay L., & Schmied V., 2004. Defining Social Support in Context: A Necessary Step in Improving Research, Intervention, and Practice. *Qualitative Health Research*, 14 (7), 942-960.
- 675) Wilkins R., Adams O., & Brancker A., 1991. Changes in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1986. *Chronic Diseases in Canada*, 15, 123-128.
- 676) Wilkins, K. et E. Park. Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. *Rapports sur la santé*, hiver, vol. 8, no 3., Santé Canada.
- 677) Wilkinson R.G., 1996. *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London and New York: Routledge.
- 678) Wilkinson R.G., Kawachi I., & Kennedy B., 1999. Mortality, the social environment, crime and violence. In, I. Kawachi, B.P. Kennedy, & R.G. Wilkinson (Eds.), *The Society and Population Health Reader: Volume I, Income Inequality and Health*. New York: The New Press, (pp. 305-319).
- 679) Williams D.R., 1990. Socioeconomic differentials in health: A review and redirection. *Social Psychology Quarterly*, 53, 81-99.
- 680) Williams R.B., & Collins C., 1995. US socioeconomic and racial differences in health: Patterns and explanations. *Annual Review of Sociology*, 21, 349-386.
- 681) Williams A.P., Barnsley J., Leggat S., Deber R., & Baranak P., 1999. Long term care goes to market: managed competition and Ontario's reform of community-based services. *Canadian Journal on Aging*, 18, 2, 125-153.
- 682) Wills T.A., 1985. Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S.L. Syme, Eds., *Social support and health* (pp. 61-82). New York: Academic Press.
- 683) Wilson D.M., & Kerr J.R., 1998. Alberta's deficit elimination agenda – How have seniors fared? *Canadian Journal on Aging*, 17, 2, 197-211.
- 684) Wolfson M., Rowe G., Gentleman J., & Tomiak M., 1993. Career earnings and death: a longitudinal analysis of older Canadian men. *Journal of Gerontology*, 48, S167-S179.
- 685) Woodward T.S., 1994. *French-Language Literature in Canada on Social Support*. Report for: Social Support Among Today's Seniors Project. Centre on Aging, University of Victoria, BC, Canada.
- 686) Wright F.O., 1992. *The Debate on Classes*. London / New York, Verso.

- 687) Yates M.E., Tennstedt S., & Chang B.H., 1999. Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, 12-22.
- 688) Young F.W., & Glasgow N., 1998. Voluntary Social Participation and Health. *Research in Aging*, 20 (3), 339-362.
- 689) Zarit S., & Zarit J., 1986. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, 26, 260-265.
- 690) Zarit S., & Pearlin L., 1993. Family caregiving: Integrating informal and formal systems for care. In S. Zarit, L. Pearlin and K.W. Schaie (Eds.), *Caregiving Systems, Informal and Formal Helpers*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 303-314.
- 691) Zunzunegui M.V., Béland F., & Otero A., 2001. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1090-1099.
- 692) Zunzunegui M.V., Alvarado B.E., Del Ser T., Otero A., 2003. Social Networks, Social Integration, and Social Engagement Determine Cognitive Decline in Community-Dwelling Spanish Older Adults. *Journal of Gerontology*, 58B (2), S93-S100
- 693) Zunzunegui M.V., Koné A., Johri M., Béland F., Wolfson C., Bergman H., 2004. Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Soc. Sci. Med.*, 58 (10), 2069-2081.



## **ANNEXE : DÉTAILS DES CODIFICATIONS DES SOURCES D'AIDE ET DES TÂCHES RÉALISÉES.**

Nous avons vu que nous gardions le regroupement des tâches identique pour l'ensemble des analyses des correspondances. Les codes utilisés correspondent à ceux indiqués au tableau (A-1). Ces codes sont fonction de la combinaison des activités réalisées selon les tâches identifiées. Par ailleurs, nous avons expliqué que les regroupements des sources d'aide sont progressifs afin d'améliorer la convergence lors des analyses de correspondances. Ces codes sont établis selon que les ressources sont : soient seules ou associées à des sources d'aide informelles, formelles ou à des sources d'aide mixtes, tableau (A-2). Le dernier regroupement se fait selon que les sources d'aide sont soit : formelles, informelles ou mixtes, tableau (A-3).

Tableau (A-1) : Codes pour le regroupement des tâches en fonction de la combinaison des activités d'ordre quotidienne ou domestique qui sont réalisées.

<b>Codes pour le regroupement des profils d'activités réalisées selon les tâches identifiées</b>			
<b>Activités réalisées</b>	<b>[Seul]</b>	<b>[+activités domestiques]</b>	<b>[+activités quotidiennes et domestiques]</b>
<b>Tâches quotidiennes identifiées</b>			
Mobilité	1	18	19
Bain-Douche	2	28	29
Faire sa Toilette	3	38	39
S'Habiller	4	48	49
Se Couper le Ongles	5	58	59
Manger	6	68	69
Sortir du Lit	7	78	79
Lever une Chaise	8	88	89
Aller à la Toilette	9	98	99
<b>Tâches domestiques identifiées</b>			
Téléphone	10	108	109
Transport Urbain	11	118	119
Épicerie	12	128	129
Petites Courses	13	138	139
Repas	14	148	149
Travaux Légers	15	158	159
Travaux Lourds	16	168	169
Administrer le Budget	17	178	179

Tableau (A-2) : Codes pour le regroupement des profils des sources d'aide utilisées selon qu'elles soient seules, associées à des sources d'aide informelles ou formelles ou à des sources d'aide mixtes

Codes pour le 2 <sup>e</sup> regroupement des profils des sources d'aide utilisées				
Sources d'aide	[Seule]	[+ R informelles]	[+R formelles]	[+R Mixtes]
<b>Informelles</b>				
Époux [Ép]	1	201	301	401
Fille [Fe]	2	202	302	402
Fils [F]	3	203	303	403
Belle-fille [BeFe]	4	204	304	404
Beau Fils [BF]	5	205	305	405
Autre membre féminin de la famille [♀]	6	206	306	406
Autre membre masculin de la famille [♂]	7	207	307	407
Amie [Ae]	8	208	308	408
Ami [A]	9	209	309	409
Voisin [V]	10	210	310	410
Moi-même [MM]	18	218	318	418
<b>Formelles</b>				
Personnes rémunérées [PR]	11	211	311	411
Infirmier(ère) [I]	12	212	312	412
Travailleur(se) social(e) [TS]	13	213	313	413
Aide à domicile [AD]	14	214	314	414
Bénévoles [B]	15	215	315	415
Autres [At]	16	216	316	416
Aucune personne [AP]	17	217	317	417

Tableau (A-3) : Codes utilisés pour le regroupement des sources d'aide selon qu'elles soient formelles ou informelles ou mixtes.

Codes pour distinguer le regroupement des sources d'aide	
Sources d'aide <b>uniques</b>	Informelles = 1      Formelles = 2
Sources d'aide <b>multiples</b>	Informelles = 11      Formelles = 22
Sources d'aide <b>mixtes</b>	informelles plus formelles = 33