



Aînés en transition

Chemins dans le
continuum des soins



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca

droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-606-5 (PDF)

© 2017 Institut canadien d'information sur la santé

Le RAI-MDS 2.0 est protégé par le droit d'auteur : © interRAI Corporation, Washington, D.C., 1995, 1997, 1999. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description sont protégés par le droit d'auteur © Institut canadien d'information sur la santé, 2017.

Le RAI-HC est protégé par le droit d'auteur : © interRAI Corporation, Washington, D.C., 1994, 1996, 1997, 1999, 2001. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description sont protégés par le droit d'auteur © Institut canadien d'information sur la santé, 2017.

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Aînés en transition : cheminements dans le continuum des soins*. Ottawa, ON : ICIS; 2017.

This publication is also available in English under the title *Seniors in Transition: Exploring Pathways Across the Care Continuum*.

ISBN 978-1-77109-605-8 (PDF)

Table of contents

Remerciements	4
Au sujet du présent rapport	6
Sommaire	7
Contexte	7
Notre travail	8
Nos observations	8
Introduction	9
La demande en soins de longue durée	9
Capacité des systèmes de santé	12
Analyse	13
Démarche	13
Sources des données	13
Définition de la population à l'étude	14
Objet des analyses	15
Déterminer les sous-groupes de personnes âgées qui n'avaient peut-être pas besoin de soins en hébergement	16
Principales constatations	19
Avec un soutien adéquat, plus de personnes âgées pourraient vivre chez elles	19
Facteurs qui augmentent la probabilité d'admission en soins en hébergement	22
Les personnes âgées évaluées à l'hôpital sont plus susceptibles d'être admises en soins en hébergement, et d'y faire la transition plus tôt	24
NSA : l'attente pour les services à domicile est plus longue	27
Pistes de réflexion	29
Conclusion	33
Annexe A : Glossaire	34
Annexe B : Différences terminologiques d'une autorité compétente à l'autre	38
Annexe C : Tableaux supplémentaires	39
Annexe D : Texte de remplacement pour les figures	43
Références	45

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a créé un groupe de travail formé de représentants des régions sanitaires et des ministères de la Santé de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Yukon. Ces autorités compétentes ont fourni à l'ICIS les données qui ont rendu ce travail possible. Les membres du groupe de travail ont formulé des commentaires pour éclairer les analyses, l'interprétation et le dépôt du présent rapport.

L'ICIS remercie les membres du groupe de travail pour leur contribution :

- Karen Archibald, directrice, Initiatives stratégiques, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Cheryl Beach, directrice clinique, Soins en hébergement et résidences avec services d'Abbotsford et de Mission, Santé Fraser
- Donna Conway, directrice, Aide à la prise de décision, Santé Island
- Jamie Davenport, directrice, Développement des services à domicile, Santé des personnes âgées, Services communautaires en toxicomanie et en santé mentale pour les personnes âgées, Services de santé de l'Alberta
- Mark Edmonds, directeur, Intégration du système de santé, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Ouest, Ontario
- Roxie Eyer, directrice, Direction des soins de longue durée, Santé, Aînés et Vie active Manitoba
- Hana Forbes, directrice régionale, Programme de foyers de soins de longue durée, Office régional de la santé de Winnipeg
- Nancy Gault, porte-parole adjointe des personnes âgées, Bureau provincial de défense des aînés, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Elaine Halvorsen, conseillère, Direction des soins communautaires, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- Cheryl Holt, conseillère en foyers de soins spéciaux, Soins de longue durée et réadaptation, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- Kirn Khaira, directeur, Gestion de la performance du système de santé, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Pauline Michaud, gestionnaire, Équipe d'information sur les soins de longue durée, Santé Alberta
- Brian Pollard, sous-ministre adjoint intérimaire, Foyers de soins de longue durée, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

- Jeff Poss, professeur agrégé adjoint, École de la santé publique et des systèmes de santé, Université de Waterloo
- Rosalinde Sandoff, conseillère en recherche et en évaluation, recherche, évaluation et soutien central, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- Liris Smith, directrice, soins et collectivité, division des soins prolongés, ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon
- Anne-Marie Visockas, agente principale de programme, planification financière, Services de santé de l'Alberta
- Sheryl-Ann Wasson, gestionnaire, qualité, risques et pratique clinique, division des soins prolongés, ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon
- Randi West, directrice, analytique des soins primaires et communautaires, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Monica White, formatrice clinique, centre d'accès aux soins communautaires du Nord-Est, Ontario
- Monica Whitridge, directrice, initiatives RAI, Services de santé de l'Alberta

Veillez noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

Au sujet du présent rapport

Ce rapport et ses produits complémentaires examinent la situation des personnes âgées dans le système de soins de longue durée financé par le secteur public. En posant différentes questions d'ordre analytique, le rapport vise à faciliter la compréhension du cheminement des personnes âgées, au fil du temps, dans le secteur des soins de longue durée. Les produits complémentaires, quant à eux, fournissent de l'information générale sur

- les estimations et projections démographiques de Statistique Canada pour illustrer la taille de la population des personnes âgées au Canada, y compris les changements historiques et prévus au fil du temps;
- la population des personnes âgées qui ont recours aux services à domicile et aux soins en hébergement dans les régions sanitaires. Cet outil donne des renseignements détaillés propres à chaque région sanitaire et permet des comparaisons entre les régions et les types de services, et au fil du temps (5 dernières années) pour des mesures précises.

L'annexe A contient un glossaire des principaux termes employés dans ce rapport.

Commentaires?

L'ICIS aimerait connaître votre opinion sur ce rapport. Avez-vous des suggestions pour que nos rapports répondent mieux à vos besoins en matière d'information? Écrivez-nous à westernoffice@icis.ca.

Sommaire

Contexte

Partout au Canada, le secteur des soins de longue durée n'épargne pas les efforts pour s'adapter à l'augmentation constante du nombre de personnes âgées. La population des personnes âgées croît au même rythme depuis 20 ans. Toutefois, on s'attend à ce qu'au cours des 20 prochaines années, l'augmentation du nombre de personnes très âgées (75 ans et plus) — celles qui ont davantage recours aux soins de longue durée — s'accélère et que cette population double. Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées, les systèmes de soins de longue durée devront répondre à une demande et à des attentes accrues; il y aura par exemple une plus grande prévalence des maladies chroniques et un nombre croissant de patients qui souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible. Les changements sans précédent qui s'annoncent au sein de la population des personnes âgées incitent les administrateurs des systèmes de santé, les dispensateurs de soins et les planificateurs à chercher à accroître la durabilité à long terme du secteur.

Au Canada, les systèmes de soins de longue durée offrent une gamme de services et différentes formes de soutien aux personnes âgées vivant dans divers milieux de soins. Les autorités compétentes financent et dispensent ces services de diverses façons. Les soins en hébergement sont habituellement les plus intensifs et les plus coûteux; ils s'adressent à des personnes aux besoins complexes. Même si une fraction seulement (environ 9 %) des personnes de 75 ans et plus vivent dans un établissement de soins en hébergement à l'heure actuelle, la multiplication par 2 prévue de cette population au cours des 20 prochaines années exercera une pression sans précédent sur les systèmes de soins de longue durée au Canada. Dans le contexte actuel des dépenses de santé, il faudra explorer des solutions de remplacement à la hausse de la capacité des établissements de soins en hébergement afin de répondre à l'accroissement prévu de la demande.

Notre travail

Notre travail a pour objectif de mieux comprendre de quelle façon les personnes âgées au Canada font la transition entre un mode de vie autonome et le milieu des soins de longue durée, ainsi que de déterminer les facteurs de leur transition vers les soins en hébergement. Pour orienter ce travail, nous avons créé un groupe de travail formé de représentants des ministères et des régions sanitaires. Nous avons couplé les données entre les secteurs et au fil du temps, afin de suivre la transition des personnes âgées dans les systèmes de soins de longue durée de 35 régions sanitaires, et analysé leurs caractéristiques cliniques et fonctionnelles afin de mieux comprendre leurs besoins.

Nos observations

Dans le cadre de notre étude, environ une personne âgée sur 5 (22 %) admise dans un établissement de soins en hébergement après l'évaluation initiale a obtenu un score MAPLeⁱ faible à modéré. Ces personnes auraient donc peut-être pu bénéficier d'un soutien à domicile. En collaboration avec notre groupe de travail, nous avons identifié des sous-groupes supplémentaires de personnes âgées dont l'admission en soins en hébergement aurait pu être retardée ou évitée si elles avaient bénéficié d'un soutien approprié dans la collectivité. Si on inclut ces sous-groupes dans l'analyse, le ratio passe à environ une personne âgée sur 3 (30 %).

Parmi les facteurs d'admission en soins en hébergement, mentionnons le besoin d'obtenir une aide physique, une déficience cognitive, l'errance et le fait de vivre seul ou d'avoir un aidant qui n'est plus en mesure de continuer à prodiguer des soins. L'élargissement de l'offre de services à domicile et une intégration plus poussée entre le secteur hospitalier et celui des soins en hébergement atténueraient l'influence des facteurs ci-dessus et réduiraient la demande liée aux soins en hébergement.

Les personnes âgées étaient significativement plus susceptibles d'être admises dans un établissement de soins en hébergement lorsque l'évaluation initiale avait eu lieu à l'hôpital plutôt que dans la collectivité. Les politiques et pratiques qui visent à favoriser une sortie de l'hôpital en temps opportun peuvent avoir des conséquences inattendues sur l'admission précoce dans un établissement de soins en hébergement. Le maintien de l'intégration des politiques et des pratiques des hôpitaux et des établissements de soins en hébergement pourrait aider les personnes âgées à vivre plus longtemps dans la collectivité.

i. La méthode d'attribution des niveaux de priorité MAPLe d'interRAI est dérivée des variables d'évaluation des clients qui reçoivent des services à domicile. Elle permet de déterminer quels clients ont les besoins les plus urgents en matière de services. Les gestionnaires de cas s'en servent (entre autres sources d'information) pour établir l'ordre de priorité de l'accès aux soins de longue durée.

Quoique moins fréquents, les séjours à l'hôpital en niveau de soins alternatif (NSA) étaient sensiblement plus longs pour les personnes âgées attendant de réintégrer la collectivité que pour celles en attente d'un placement dans un établissement de soins en hébergement. Les politiques et programmes visant à améliorer la coordination des soins offerts entre les différentes agences et les aidants naturels, entre les systèmes de soins de courte et de longue durée, ainsi que dans les services à domicile, devraient être considérés comme des facteurs aussi importants que la réduction des séjours NSA.

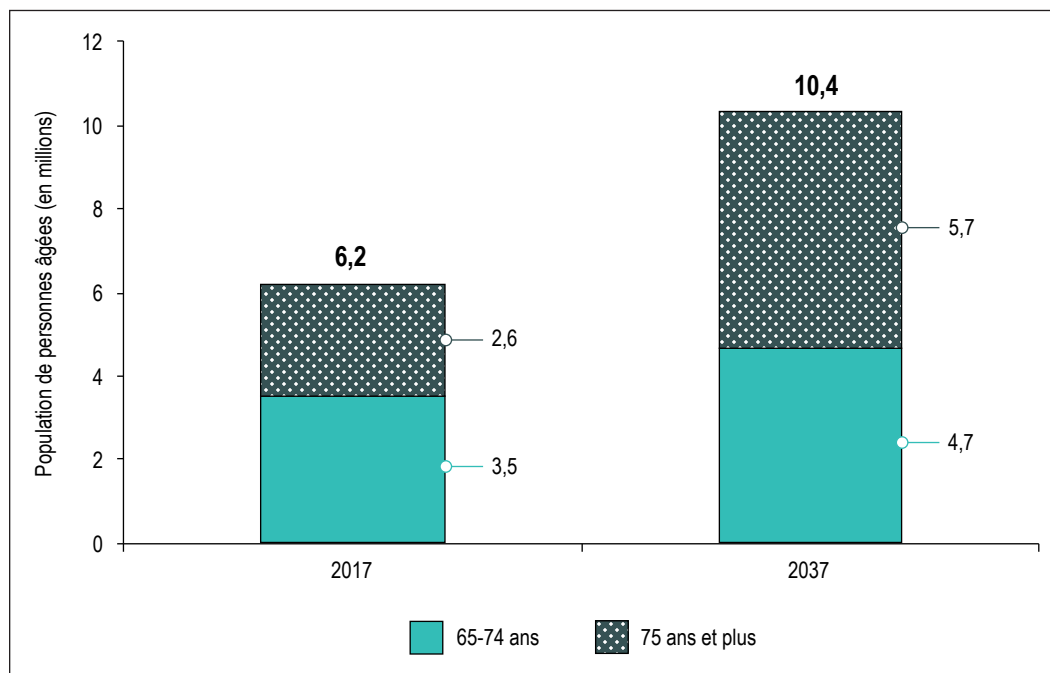
L'information présentée ici vient appuyer la prise de décisions en matière de soins de longue durée aux personnes âgées. Lorsqu'il est possible de retarder les soins en hébergement ou d'éviter d'y recourir, non seulement les personnes âgées peuvent rester dans la collectivité, mais les ressources peuvent être affectées là où les besoins sont les plus criants. Partout au pays, les organismes de soins de santé s'efforcent d'optimiser l'utilisation des ressources existantes sans compromettre la qualité, la rapidité et les résultats des soins.

Introduction

La demande en soins de longue durée

En 2011, la première cohorte de baby-boomers canadiens a eu 65 ans. Cet anniversaire marque le début d'un défi pour les services de soins de santé au pays. Depuis une dizaine d'années, la capacité des systèmes de santé canadiens à satisfaire les besoins croissants de la population vieillissante suscite de plus en plus d'inquiétude. Partout au pays, les systèmes de santé subissent des pressions considérables dans tous les secteurs pour répondre aux besoins des personnes âgées — qui expriment d'ailleurs clairement leur besoin d'autonomie et leur désir de rester chez elles le plus longtemps possible¹. Puisqu'on s'attend à ce que la population de personnes âgées continue à croître de façon marquée pendant les 2 prochaines décennies, les organismes de soins de santé du pays cherchent surtout les meilleurs moyens de répondre aux besoins des personnes âgées en matière de soins de santé.

Figure 1 Population projetée de personnes âgées, 2017 et 2037



Remarque

Les chiffres ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre au total.

Source

Statistique Canada. [Tableau 052-0005 : Population projetée, selon le scénario de projection M3, l'âge et le sexe, au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoires, annuel \(personnes x 1 000\)](#).

Selon les estimations pour 2017, 17 % des Canadiens (6,2 millions de personnes) ont 65 ans et plus². De ce groupe, les personnes très âgées (75 ans et plus) ont habituellement davantage recours aux services de soins de santé. On estime que les 75 ans et plus représentent 7 % de la population canadienne (2,6 millions) et que leur nombre aura plus que doublé dans 20 ans (voir la figure 1). À l'heure actuelle, on estime que la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique présentent les plus fortes proportions de personnes très âgées au pays. Toutefois, c'est dans les territoires et en Alberta que l'augmentation proportionnelle de cette population sera la plus marquée au cours des 2 prochaines décennies². Les besoins de la population vieillissante posent des défis considérables non seulement à l'heure actuelle, mais pour les années à venir.

En raison du vieillissement de la population, la demande liée aux services pour personnes âgées atteintes de maladies chroniques et médicalement complexes augmentera^{3,4}. La croissance de la population de personnes âgées, les changements dans sa composition et les attentes grandissantes à l'égard des services exerceront des pressions supplémentaires — voire différentes — sur les systèmes de santé, qui en subissent déjà passablement.

Au Canada, bon nombre de secteurs peinent à offrir des soins appropriés au bon endroit et au bon moment. Dans le passé, la plupart des hôpitaux étaient surtout conçus pour servir une population plus jeune; or ils offrent maintenant avant tout des traitements de courte durée. Les personnes âgées sont toutefois plus sujettes aux affections chroniques et médicalement complexes qui exigent des soins différents et l'établissement d'une relation continue avec une équipe de soins intégrée^{5,6}. En outre, les personnes âgées utilisent un nombre disproportionné de services hospitaliers; bien qu'elles composent 17 % de la population, elles représentent 34 % des hospitalisations et 58 % des jours d'hospitalisation⁷.

À partir des estimations et projections démographiques de Statistique Canada, l'ICIS a créé un [outil Web](#) pour illustrer les changements prévus dans la population de personnes âgées du Canada.

Les systèmes de soins de longue durée au Canada fournissent une gamme de services et différentes formes de soutien aux personnes âgées vivant dans divers milieux de soins. Dans le présent rapport, ces services ont été séparés en 2 catégories : les services à domicileⁱⁱ, soit des services dispensés chez le client ou dans un milieu semblable (résidence avec services, services de soutien, etc.), et les soins en hébergement, c'est-à-dire des soins dispensés dans un établissement spécialisé sous surveillance constante du personnel infirmier. Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, il s'agit de *services complémentaires de santé* qui peuvent faire l'objet d'une tarification privée partielle ou entière⁸. C'est pourquoi ils n'ont pas à être gérés par l'État ou à répondre aux conditions d'universalité, d'intégralité, d'accessibilité et de transférabilité. Cela explique en partie les grandes différences de configuration, de prestation et de financement d'une province et d'un territoire à l'autre. La terminologie employée pour décrire les services dispensés et les milieux de prestation diffère également. L'annexe B comprend un tableau des termes employés dans les provinces et territoires visés par ce rapport.

ii. Dans le présent rapport, le terme « services à domicile » désigne les services dispensés aux personnes qui auront vraisemblablement besoin d'un soutien à domicile de longue durée.

À l'heure actuelle, la demande en soins de longue durée est élevée partout au Canada, comme en témoigne le nombre de personnes qui attendent chez elles ou à l'hôpital de recevoir des services à domicile ou d'obtenir une place dans un établissement de soins en hébergement. Pour celles qui attendent à l'hôpital, on parle de niveau de soins alternatif (NSA). La demande non satisfaite pèse sur l'ensemble du continuum des soins. Par exemple, l'attente à l'hôpital a des répercussions sur un large éventail d'activités hospitalières, comme en fait foi notamment le taux d'occupation lorsque celui-ci dépasse souvent la capacité de l'établissement. L'engorgement met le système de l'hôpital durement à l'épreuve, entraînant une congestion du service d'urgence et des unités de soins pour patients hospitalisés. Il peut s'ensuivre une multiplication des risques pour les patients : infections⁹, erreurs médicales¹⁰, déclin cognitif¹¹, déclin fonctionnel¹², etc.

Capacité des systèmes de santé

Si les services de santé continuent d'être dispensés comme ils l'ont été jusqu'à maintenant, la capacité des établissements de soins en hébergement devra doubler au cours des 20 prochaines années pour répondre aux besoins de la croissance démographique. De toute évidence, ce scénario n'est ni envisageable ni approprié. Pour être en mesure de répondre à la demande imminente d'une population croissante de personnes âgées, il ne faut pas se contenter d'ajouter des lits. Il faut plutôt transformer la façon dont les soins sont dispensés dans l'ensemble du continuum. Pour pouvoir espérer que les systèmes de santé puissent exploiter au mieux les ressources actuelles, il faut s'assurer que les services de santé offerts correspondent étroitement aux besoins de la population et veiller à ce que les lits en établissement et les services à domicile actuels soient utilisés adéquatement.

Des études ont démontré que certaines personnes âgées admises en soins en hébergement présentent un état clinique très semblable à celui d'autres personnes âgées capables de vivre chez elles dans la collectivité avec un soutien approprié^{13, 14}. Le report, ne serait-ce que d'un mois, de l'admission en soins en hébergement des personnes qui n'ont pas besoin de ce niveau de service — à condition qu'elles reçoivent un soutien adéquat dans la collectivité — permettrait de désengorger considérablement le système compte tenu de la taille de la population visée.

Exemple

Dans un système qui compte 30 000 lits de soins en hébergement et où la durée moyenne du séjour est de 20 mois, si l'on réduisait d'un mois seulement la durée du séjour de chaque nouveau client, près de 1 000 personnes supplémentaires pourraient être servies sans que la capacité du système ait à être augmentée.

Analyse

La présente analyse vise une meilleure compréhension de la façon dont les personnes âgées au Canada font la transition entre un mode de vie autonome et des soins de longue durée, ainsi que des facteurs qui influent sur leur transition vers les soins en hébergement. Le rapport tente de répondre aux questions suivantes :

- Combien de personnes âgées admises dans un établissement de soins en hébergement auraient pu bénéficier de soins à domicile?
- Quels sont les principaux facteurs qui déterminent l'admission en soins en hébergement?
- Quelle incidence les évaluations réalisées à l'hôpital ont-elles sur les admissions en soins en hébergement?
- Les temps d'attente en NSA diffèrent-ils selon le service vers lequel une personne âgée est transférée?

Démarche

La présente section décrit nos sources de données, la méthode utilisée pour définir la population à l'étude et les principaux aspects du plan d'étude (tous les détails ainsi que les limites sont présentés dans les [Notes méthodologiques](#)).

Sources des données

L'analyse a examiné la situation des personnes de 65 ans et plus dans les systèmes de soins de longue durée financés par le secteur public de 35 régions sanitaires de l'Ontario, du Manitoba (Office régional de la santé de Winnipeg [ORSW] seulement), de la Saskatchewan (à l'exception de Mamawetan Churchill River et Keewatin Yatthé), de l'Alberta, de la Colombie-Britannique (à l'exception de Santé Northern) et du Yukon. Nous avons couplé 3 années de données (2012-2013 à 2014-2015) du Système d'information sur les services à domicile (SISD), du Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD), de la Base de données sur les congés des patients (BDSP) et du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) de l'ICIS, n'incluant que les régions sanitaires pour lesquelles des données étaient disponibles dans ces sources de données pour la période à l'étude.

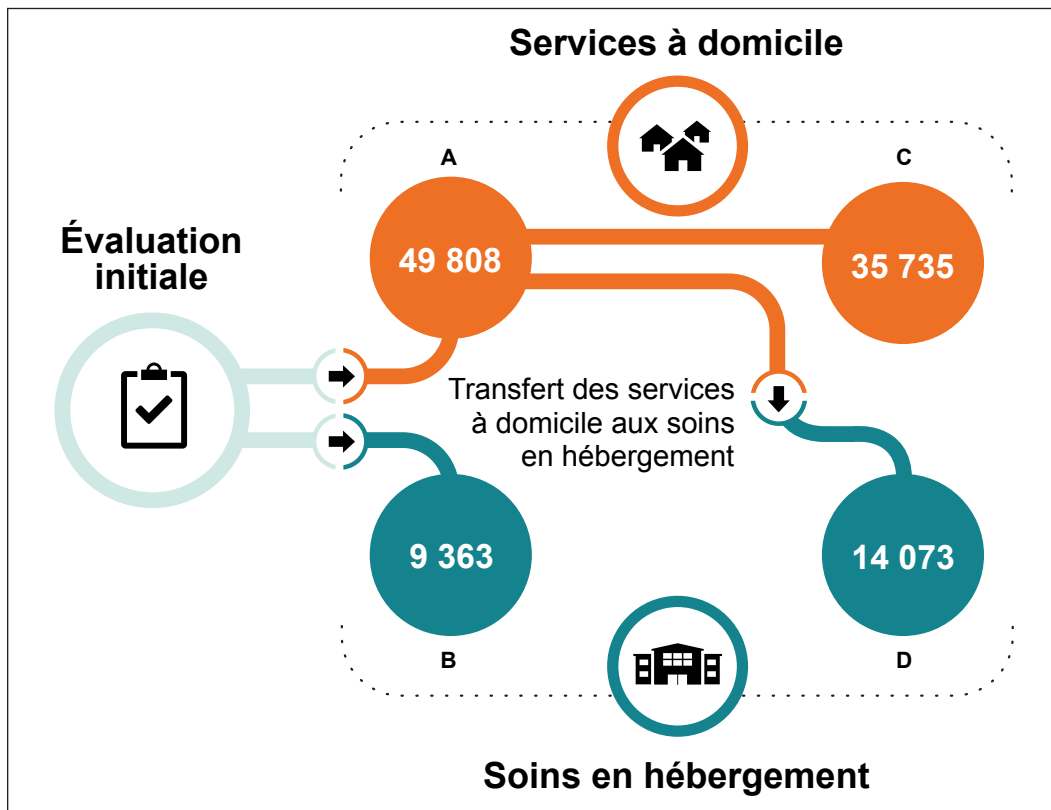
Définition de la population à l'étude

En général, les personnes âgées qui entrent dans le système de soins de longue durée subissent une évaluation initiale qui sert à déterminer leurs besoins en matière de services et leur admissibilité à différents milieux de soins. Selon les résultats de l'évaluation, les personnes âgées admissibles sont orientées vers les services à domicile ou les soins en hébergement. Au début de la prestation des soins, les personnes âgées qui reçoivent des services à domicile sont évaluées au moyen de l'instrument d'évaluation normalisé des résidents — services à domicile d'interRAI (RAI-HC©), alors que celles qui reçoivent des soins en hébergement sont évaluées à l'aide de l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal d'interRAI (RAI-MDS 2.0©).

Nous avons couplé les évaluations initiales et toutes les évaluations subséquentes pendant la période de 2 ans à l'étude afin de déterminer les trajectoires de soins des personnes âgées ayant intégré le système de soins de longue durée. Les 59 171 personnes âgées qui ont suivi les trajectoires de soins présentées à la figure 2 formaient la population à l'étudeⁱⁱⁱ. Ces personnes avaient en moyenne 83 ans; 63 % d'entre elles étaient des femmes et 16 % vivaient en région rurale.

Dans la figure 2, le milieu de soins initial est représenté par les points A (services à domicile) et B (soins en hébergement). En général, les personnes qui recevaient initialement des soins en hébergement sont restées dans ce milieu de soins tout au long de leur progression dans le système de soins de longue durée. Celles qui recevaient des services à domicile pouvaient suivre l'un ou l'autre des 2 cheminements suivants : continuer à recevoir des services à domicile durant toute la période à l'étude (point C à la figure 2) ou faire la transition vers un établissement de soins en hébergement après avoir reçu des services à domicile (point D).

iii. La vaste majorité des 61 029 personnes âgées qui ont intégré le système de soins de longue durée en 2012-2013 ont suivi les 3 trajectoires de soins illustrées à la figure 2 (soit 59 171 d'entre elles — 97 % globalement; de 93 % à 100 % parmi les 35 régions sanitaires étudiées). Les 1 858 personnes âgées restantes (3 %) ont suivi des trajectoires multiples et souvent complexes, peu observées dans l'ensemble. Ces cas ont été exclus des analyses subséquentes.

Figure 2 Trajectoires de soins de la population à l'étude

Objet des analyses

Ce rapport s'intéresse principalement aux personnes âgées admises en soins en hébergement. Comme l'indique la figure 2, elles ont été admises, dans le contexte de l'étude, selon 2 trajectoires :

1. Soins en hébergement seulement : Après l'évaluation initiale, 9 363 personnes âgées (16 %) ont été admises en soins en hébergement comme milieu de soins initial.
2. Des services à domicile vers les soins en hébergement : 49 808 personnes âgées ont d'abord reçu des services à domicile. Plus du quart d'entre elles (14 073 personnes âgées ou 28 %) ont fait la transition vers les soins en hébergement dans les 2 années suivantes, dont la moitié dans un délai de 304 jours (moyenne de 330 jours).

Déterminer les sous-groupes de personnes âgées qui n'avaient peut-être pas besoin de soins en hébergement

En matière de soins, chaque individu a ses besoins bien particuliers; le système de soins de longue durée offre une gamme de services conçus pour répondre à ces besoins dans divers milieux de soins. Le score MAPLe est dérivé des variables d'évaluation des clients qui reçoivent des services à domicile et permet de déterminer quels clients ont les besoins les plus urgents en matière de services. Les gestionnaires de cas s'en servent (entre autres sources d'information) pour établir l'ordre de priorité de l'accès aux soins de longue durée. Les personnes âgées qui obtiennent un score MAPLe élevé à très élevé (4 et 5) sont souvent placées sur une liste prioritaire pour un placement en soins en hébergement. Celles qui obtiennent un score MAPLe faible à modéré (1 à 3) reçoivent habituellement des services à domicile^{15, 16}.

Certains systèmes de santé surveillent la proportion de personnes admises en soins en hébergement ayant obtenu un score MAPLe faible à modéré, tenant compte du fait que les personnes préfèrent généralement recevoir des soins à domicile et qu'un faible pourcentage est un indicateur positif dans la mesure de la performance d'un système de santé¹⁷.

Partout au pays, les organismes de santé cherchent de nouvelles façons de soigner les clients dans leur milieu de vie et dans la collectivité le plus longtemps possible. Certes, il est sans doute possible aussi d'adapter davantage ou d'améliorer les services à domicile en fonction des personnes âgées qui requièrent des soins spécialisés¹³. Nous avons défini, en collaboration avec le groupe de travail, 3 sous-groupes supplémentaires de personnes âgées qui auraient peut-être pu demeurer dans la collectivité tout en bénéficiant de services à domicile et d'un soutien appropriés. On observe, jusqu'à un certain point, un chevauchement entre ces sous-groupes et ceux des personnes âgées ayant obtenu un score MAPLe faible à modéré.

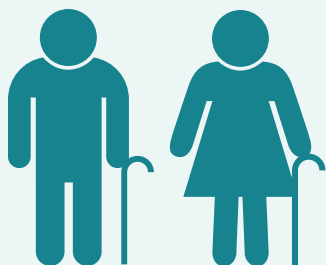
Les 4 sous-groupes de personnes âgées à l'étude sont les suivants :

1. Score MAPLe faible à modéré — Ces personnes âgées obtiennent un score MAPLe de 3 ou moins. Les personnes âgées dont le score MAPLe est faible (1) à modéré (3) sont plus susceptibles de rester dans la collectivité et de recevoir des services à domicile, tandis que celles dont le score est élevé (4) ou très élevé (5) sont souvent dirigées en priorité vers un établissement de soins en hébergement.
2. Besoins physiques — Ces personnes âgées pourraient profiter d'un soutien à domicile ou dans une résidence avec services. Ce sous-groupe comprend les personnes âgées qui ont obtenu une note supérieure à 0 à l'échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), n'ont aucun comportement réactif, ont une note à l'échelle de rendement cognitif (CPS) inférieure ou égale à 2, n'ont aucun problème de déglutition ni d'alimentation et ont fait moins de 2 chutes récentes (dans les 90 jours précédant l'évaluation).
3. Besoins plus légers en matière de soins — Ce sous-groupe comprend des personnes âgées ayant de légers besoins en matière de soins et qui pourraient bénéficier d'un soutien à domicile. Il se compose de personnes âgées qui ont obtenu une note de 0 ou 1 à l'échelle CPS, une note de 0 ou 1 à l'échelle des AVQ et une note de 0 à 2 à l'échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes (CHESS), et qui ne montrent pas de signes d'errance.
4. Démence et besoins légers en matière de soins — Ces personnes âgées souffrent de démence, mais affichent un faible niveau de déficience cognitive et fonctionnelle. Elles obtiennent généralement des scores MAPLe élevés ou très élevés, mais peuvent demeurer dans la collectivité avec un soutien approprié. Certaines provinces ont inauguré des établissements offrant des niveaux spécialisés de soins et de soutien visant à aider ces personnes à rester dans la collectivité. Ce sous-groupe se compose de personnes âgées souffrant de démence (maladie d'Alzheimer ou autre type de démence) qui ont obtenu une note de 0 à 2 à l'échelle des AVQ et une note de 0 à 2 à l'échelle CPS.

Au total, 43 % (25 623) de la population à l'étude appartenait au sous-groupe faible à modéré selon le score MAPLe obtenu au moment de l'évaluation initiale (consulter le tableau A.1 à l'annexe A des [Notes méthodologiques](#)). Même si les sous-groupes de personnes âgées étaient clairement définis, il ressortait néanmoins divers niveaux de chevauchement parmi ceux-ci. Le sous-groupe ayant des besoins plus légers en matière de soins et celui ayant des besoins physiques étaient relativement distincts (chevauchement inférieur à 10 %), mais constituaient collectivement 93 % du groupe au score MAPLe faible à modéré. Le groupe composé de personnes âgées souffrant de démence et ayant des besoins légers en matière de soins était relativement unique (73 % de personnes âgées de ce sous-groupe n'avaient aucun chevauchement avec un autre sous-groupe). Consultez l'annexe A des [Notes méthodologiques](#) pour en savoir plus.

Profil des personnes âgées en soins de longue durée

Afin de mieux comprendre les populations qui reçoivent des services à domicile et des soins en hébergement dans certaines régions sanitaires, nous avons créé un [outil Web interactif](#) qui permet d'en apprendre davantage sur la prévalence de certaines caractéristiques et certains sous-groupes de clients au fil du temps dans les différents milieux de soins. Cet outil présente un sommaire des données d'évaluation interRAI à l'échelle des régions sanitaires concernant les personnes qui ont été évaluées dans le cadre des services à domicile, celles qui viennent d'être admises en soins en hébergement et celles qui vivent déjà dans un établissement de soins en hébergement. Ces données comprennent de l'information sur la prévalence au sein des sous-groupes de personnes âgées que nous avons étudiés, les facteurs d'admissibilité des clients, les comportements, les déficiences et certaines maladies.



Personnes âgées en soins en hébergement

- Âge moyen de 86 ans
- 70 % sont des femmes
- 67 % ont reçu un diagnostic de démence
- 98 % ont une certaine déficience cognitive ou fonctionnelle

Source

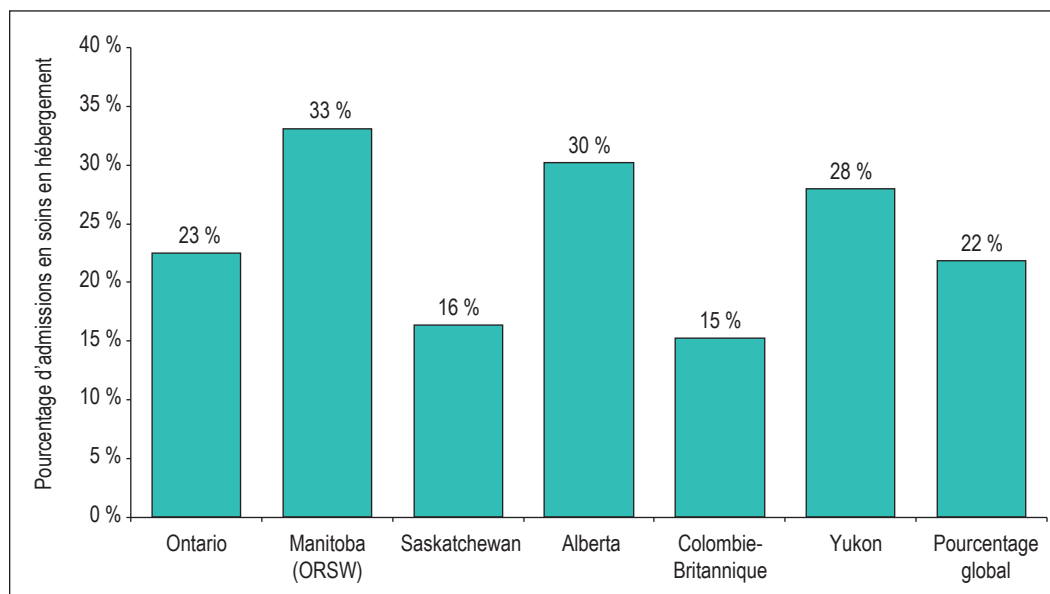
Système d'information sur les soins de longue durée, 2015-2016, Institut canadien d'information sur la santé.

Principales constatations

Avec un soutien adéquat, plus de personnes âgées pourraient vivre chez elles

Environ une personne âgée à l'étude sur 5 (22 %) qui a été admise en soins en hébergement après l'évaluation initiale avait obtenu un score MAPLe faible à modéré et aurait peut-être pu recevoir des services à domicile (figure 3). La Colombie-Britannique a présenté le pourcentage le plus faible de personnes âgées dans cette situation (15 %), et le Manitoba, le plus élevé (33 %, ORSW seulement). Nous avons aussi examiné le nombre de personnes âgées admises en soins en hébergement après avoir reçu des services à domicile. Sans surprise, la proportion de ces personnes âgées ayant obtenu un score MAPLe faible à modéré était moins élevée (16 % dans l'ensemble) que celle des personnes âgées admises après l'évaluation initiale.

Figure 3 Pourcentage de personnes âgées admises en soins en hébergement après l'évaluation initiale ayant obtenu un score MAPLe faible à modéré, par autorité compétente



Remarque

Pour le Yukon, le pourcentage, établi selon un dénominateur inférieur à 30, doit être interprété avec prudence.

Sources

Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2012-2013 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Après avoir ajouté les sous-groupes supplémentaires à nos analyses, nous avons constaté que globalement, jusqu'à 30 % des personnes âgées admises en soins en hébergement après l'évaluation initiale auraient peut-être pu demeurer dans la collectivité tout en bénéficiant d'un soutien approprié. Le tableau 1 montre la variation du pourcentage selon l'autorité compétente.

Tableau 1 Pourcentage de personnes âgées admises en soins en hébergement après l'évaluation initiale, par autorité compétente et selon le sous-groupe

Autorité compétente	Score MAPLe faible à modéré	Besoins physiques	Besoins plus légers en matière de soins	Démence et besoins légers en matière de soins	Tout sous-groupe
Ontario	23	20	3	10	31
Manitoba (ORSW)	33	21	15	16	47
Saskatchewan	16	13	4	5	21
Alberta	30	17	14	15	41
Colombie-Britannique	15	14	2	9	21
Yukon	28	16	12	28	44
Pourcentage global	22	18	4	10	30

Remarque

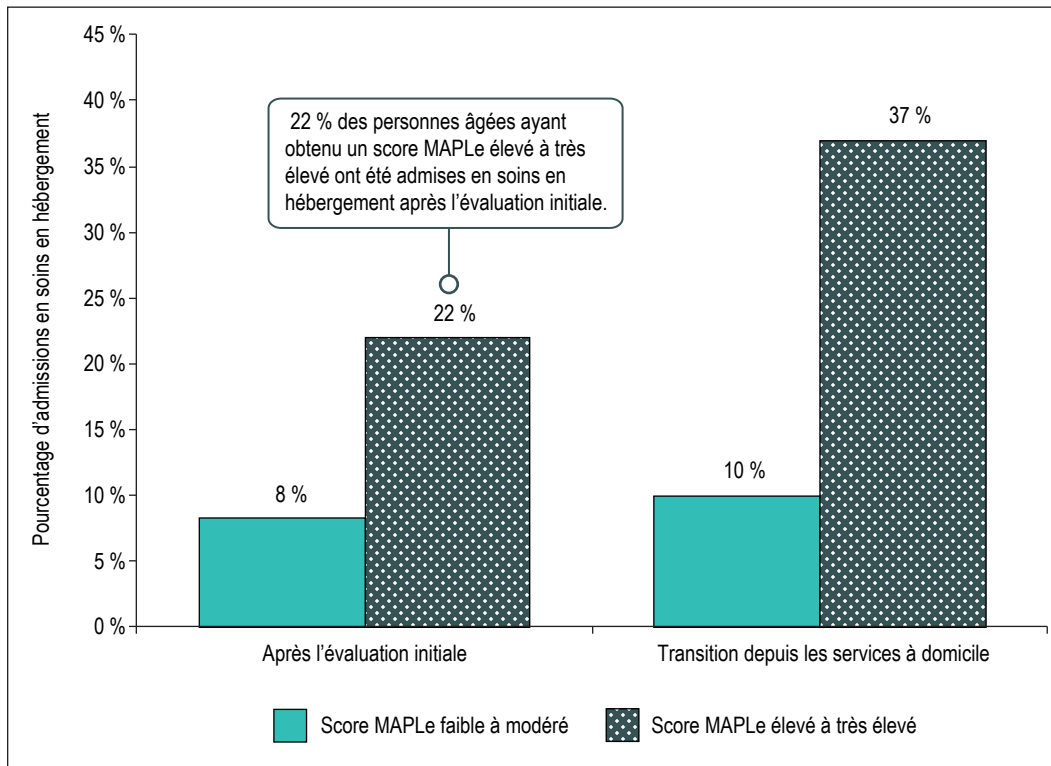
Pour le Yukon, les pourcentages, établis selon un dénominateur inférieur à 30, doivent être interprétés avec prudence.

Sources

Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2012-2013 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Nous avons examiné les taux d'admission en soins en hébergement de toutes les personnes âgées incluses dans notre étude, et avons comparé les différents groupes selon le score MAPLe. Sans surprise, le taux d'admission en soins en hébergement le plus élevé a été observé chez les personnes âgées ayant obtenu un score MAPLe élevé à très élevé comparé à celles au score faible à modéré (figure 4), tant après l'évaluation initiale (22 % contre 8 %, respectivement) qu'après avoir reçu des services à domicile (37 % contre 10 %, respectivement).

Figure 4 Taux de personnes âgées admises en soins en hébergement, selon le score MAPLe



Sources

Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2012-2013 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Le délai moyen entre l'évaluation initiale et l'admission en soins en hébergement des personnes âgées ayant obtenu un score MAPLe élevé à très élevé était de 56 jours (médiane de 30 jours), tandis que le délai moyen était de 73 jours (médiane de 26 jours) pour celles ayant obtenu un score MAPLe faible à modéré.

Après avoir ajouté les autres sous-groupes à nos analyses, nous avons constaté que les personnes âgées, tous sous-groupes confondus, admises en soins en hébergement après l'évaluation initiale ont attendu en moyenne 80 jours (médiane de 32 jours), tandis que celles n'appartenant à aucun sous-groupe ont attendu en moyenne 51 jours (médiane de 28 jours) pour une admission en soins en hébergement.

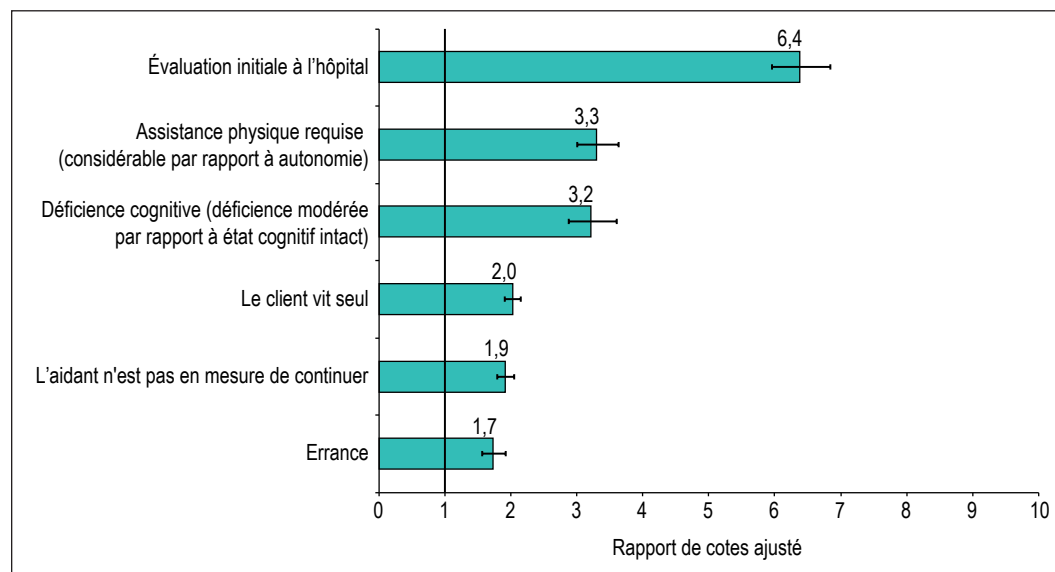
Facteurs qui augmentent la probabilité d'admission en soins en hébergement

D'après nos consultations avec les membres du groupe de travail et l'examen de documents pertinents^{14, 18, 19}, nous avons cerné 33 facteurs susceptibles d'entraîner l'admission dans un établissement de soins en hébergement (voir l'annexe C). À l'aide d'un modèle de régression logistique appliqué à l'ensemble de la cohorte, nous avons analysé l'influence de chacun de ces facteurs sur la probabilité que la personne soit admise dans un établissement de soins en hébergement après une évaluation initiale et après avoir reçu des services à domicile.

Admission en soins en hébergement après l'évaluation initiale

De tous les facteurs examinés, 6 augmentaient significativement la probabilité d'une admission en soins en hébergement après l'évaluation initiale (rapport de cotes > 1,5, $p < 0,05$), comme l'indique la figure 5^{iv}.

Figure 5 Facteurs liés à l'admission en soins en hébergement après l'évaluation initiale



Remarque

Les intervalles de confiance de 95 % sont indiqués. Les résultats complets des facteurs examinés selon le modèle sont présentés à l'annexe C.

Sources

Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2012-2013 à 2014-2015, et Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2011-2012 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

iv. Les facteurs ont aussi été analysés pour chacun des sous-groupes. Même si certains facteurs n'étaient pas présents, en tout ou en partie, dans tous les sous-groupes, ils n'en demeuraient pas moins les seuls facteurs significatifs.

Selon notre analyse, les personnes âgées dont l'évaluation initiale s'est déroulée à l'hôpital étaient 6,4 fois plus susceptibles d'être admises dans un établissement de soins en hébergement que celles dont l'évaluation a eu lieu ailleurs. Comme le modèle de régression neutralise tous les autres facteurs, l'effet demeure, indépendamment des besoins en santé et de la situation de l'aidant déterminés lors de l'évaluation. Cet effet est examiné davantage dans les 2 prochaines constatations.

Régression logistique et rapport de cotes

La régression logistique sert à évaluer la probabilité d'un résultat sur 2 possibilités — dans notre étude, l'admission ou la non-admission en soins en hébergement — compte tenu d'un ensemble de facteurs ou de variables prédictives. Le résultat de cette évaluation est le rapport de cotes, qui compare la probabilité qu'un événement se produise dans un groupe par rapport à un autre groupe (p. ex. les personnes âgées qui errent par rapport à celles qui n'errent pas).

L'échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) mesure le degré d'assistance physique requis pour exécuter les activités liées à l'hygiène personnelle, l'utilisation des toilettes, la mobilité et l'alimentation²⁰. L'analyse a démontré que la probabilité d'admission en soins en hébergement était proportionnelle au degré d'assistance physique requis. Les personnes âgées nécessitant une assistance considérable pour leur hygiène personnelle ou l'utilisation des toilettes (AVQ = 3) étaient 3,3 fois plus susceptibles d'être admises en soins en hébergement que les personnes autonomes.

L'échelle de rendement cognitif (CPS) évalue la présence de troubles de la mémoire, le niveau de conscience et la fonction exécutive. Les personnes qui présentent une déficience modérée (note CPS de 3) sont 3,2 fois plus susceptibles d'être admises en soins en hébergement. Une note CPS de 3 indique que la personne présente au moins une déficience grave et qu'elle ne peut plus prendre de décisions ni se faire comprendre de manière autonome²⁰. C'est à ce seuil que la probabilité d'admission dans un établissement de soins en hébergement augmente de façon significative; elle n'augmente pas par la suite.

Les personnes âgées vivant seules (sans aidant principal à la maison) étaient 2,0 fois plus susceptibles d'être admises dans un établissement de soins en hébergement que celles vivant avec leur aidant principal. De même, les personnes dont l'aidant ne pouvait plus continuer à prodiguer des soins étaient 1,9 fois plus susceptibles d'être admises en soins en hébergement. Enfin, la probabilité était 1,7 fois plus élevée chez les personnes âgées ayant des antécédents récents d'errance.

Admission en soins en hébergement après avoir reçu des services à domicile

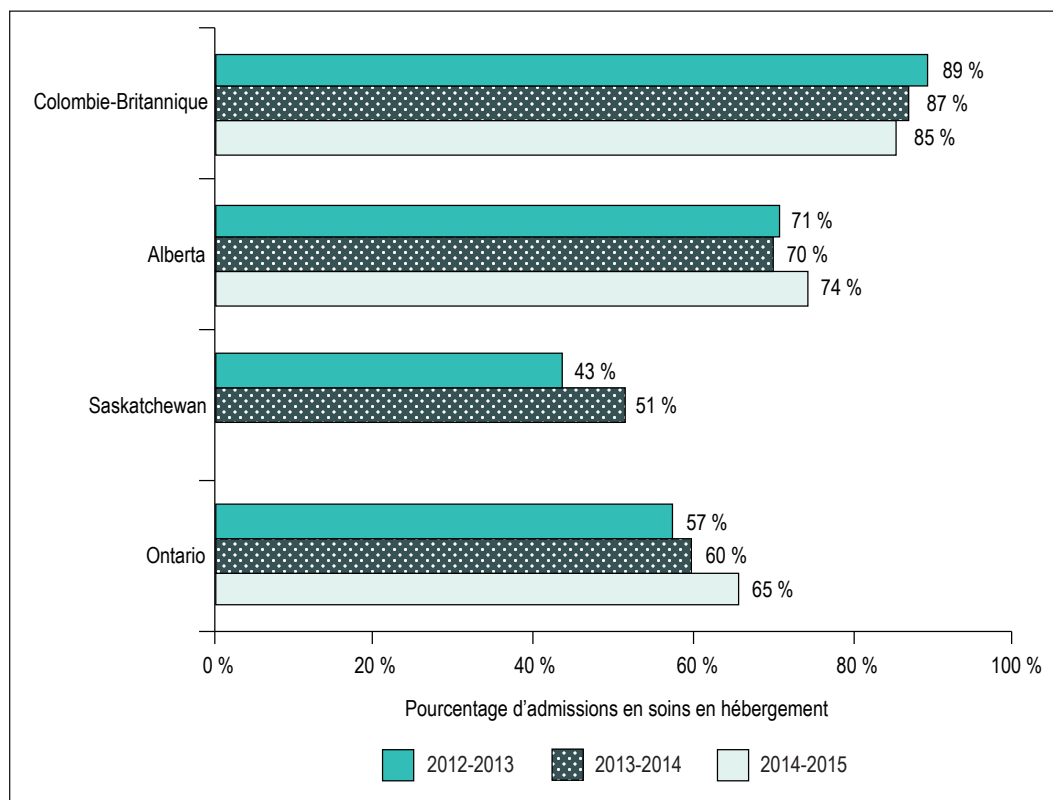
Tous les facteurs abordés ci-dessus jouaient aussi un rôle dans la transition des personnes âgées vers les soins en hébergement après une période de services à domicile. Toutefois, d'autres facteurs s'y sont ajoutés, notamment la détresse des aidants, les chutes, l'instabilité médicale et le diagnostic de démence. Ces personnes ont peut-être fait cette transition à cause d'un déclin de leur état de santé, d'une aggravation des troubles de mémoire, d'un besoin croissant d'assistance physique ou d'une détresse accrue chez leur aidant. Ce dernier facteur s'est révélé plus fréquent lorsque le bénéficiaire des soins était atteint de déficience cognitive ou avait besoin d'une assistance physique accrue, 2 situations associées à une aggravation de la démence et d'autres maladies chroniques²¹.

Curieusement, certains facteurs (p. ex. le quintile de revenu, les comportements réactifs, l'incontinence, certains diagnostics comme le diabète, l'hypertension et le cancer) ne contribuaient pas de manière significative à l'admission en soins en hébergement, dans ni l'un ni l'autre des modèles de régression. Cette absence d'association ne signifie pas forcément que le facteur n'influe pas sur l'admission en soins en hébergement; les facteurs peuvent agir l'un sur l'autre et accentuer cette probabilité. Par exemple, les comportements réactifs, qui comprennent les agressions et la résistance aux soins, peuvent devenir plus problématiques lorsqu'ils sont jumelés à une déficience cognitive. Une liste complète des facteurs pris en compte et les rapports de cotes des 2 analyses de régression sont fournis à l'annexe C.

Les personnes âgées évaluées à l'hôpital sont plus susceptibles d'être admises en soins en hébergement, et d'y faire la transition plus tôt

Comme nous l'avons mentionné dans la constatation précédente, le fait que l'évaluation ait lieu à l'hôpital augmentait considérablement la probabilité d'admission dans un établissement de soins en hébergement (après neutralisation des besoins en santé et de la situation de l'aidant). En tout, seulement 12 % des personnes âgées à l'étude ont subi leur évaluation initiale à l'hôpital, la majorité (88 %) l'ayant subie dans la collectivité. Parmi les personnes âgées qui ont subi l'évaluation initiale à l'hôpital, 60 % ont été admises dans un établissement de soins en hébergement, contre seulement 10 % des personnes âgées dont l'évaluation initiale s'est déroulée dans la collectivité. Soulignons que le pourcentage de personnes âgées admises en soins en hébergement directement de l'hôpital variait considérablement d'une province à l'autre, soit de 43 % en Saskatchewan à 89 % en Colombie-Britannique (figure 6).

Figure 6 Pourcentage non ajusté de personnes âgées évaluées à l'hôpital et admises en soins en hébergement



Remarques

Les données de la Saskatchewan n'étaient pas disponibles pour le calcul du pourcentage de 2014-2015. Pour en savoir plus sur cette figure, consultez la section « 3 années de cohorte » des [Notes méthodologiques](#) (document d'accompagnement).

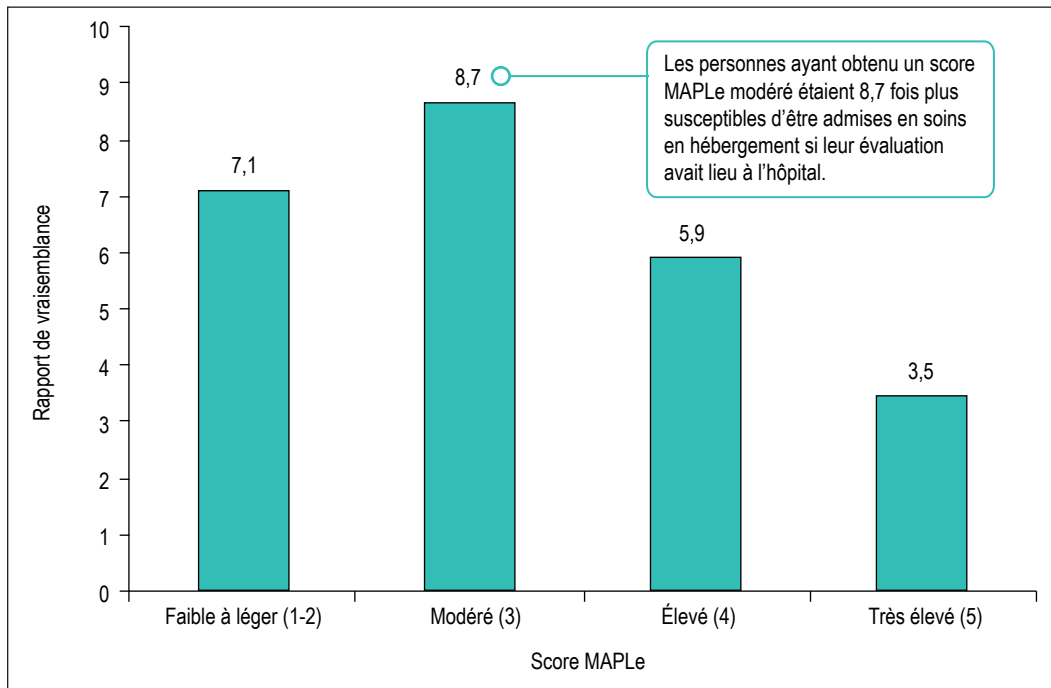
Les données de Winnipeg n'étaient pas disponibles (en partie parce que les personnes âgées admises en soins en hébergement depuis l'hôpital ne subissent pas d'évaluation initiale).

Sources

Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2012-2013 à 2015-2016, et Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2011-2012 à 2015-2016, Institut canadien d'information sur la santé.

Les personnes âgées évaluées à l'hôpital peuvent avoir des besoins plus élevés que celles évaluées dans la collectivité, ce qui expliquerait leur admission prioritaire en soins en hébergement. Un examen plus poussé a été effectué à l'aide des scores MAPLe. La probabilité relative d'admission en soins en hébergement a été exprimée par un ratio de comparaison entre ces 2 groupes de personnes âgées selon le score MAPLe. Fait intéressant, le ratio le plus élevé a été observé chez les personnes âgées présentant un score modéré : les personnes au niveau jugé modéré à l'hôpital étaient 8,7 fois plus susceptibles d'être admises dans un établissement de soins en hébergement que celles au niveau modéré vivant dans la collectivité (figure 7). En outre, le ratio diminuait chez les personnes âgées ayant obtenu un score MAPLe élevé à très élevé.

Figure 7 Probabilité d'admission en soins en hébergement depuis l'hôpital et depuis la collectivité, selon le score MAPLe



Remarque

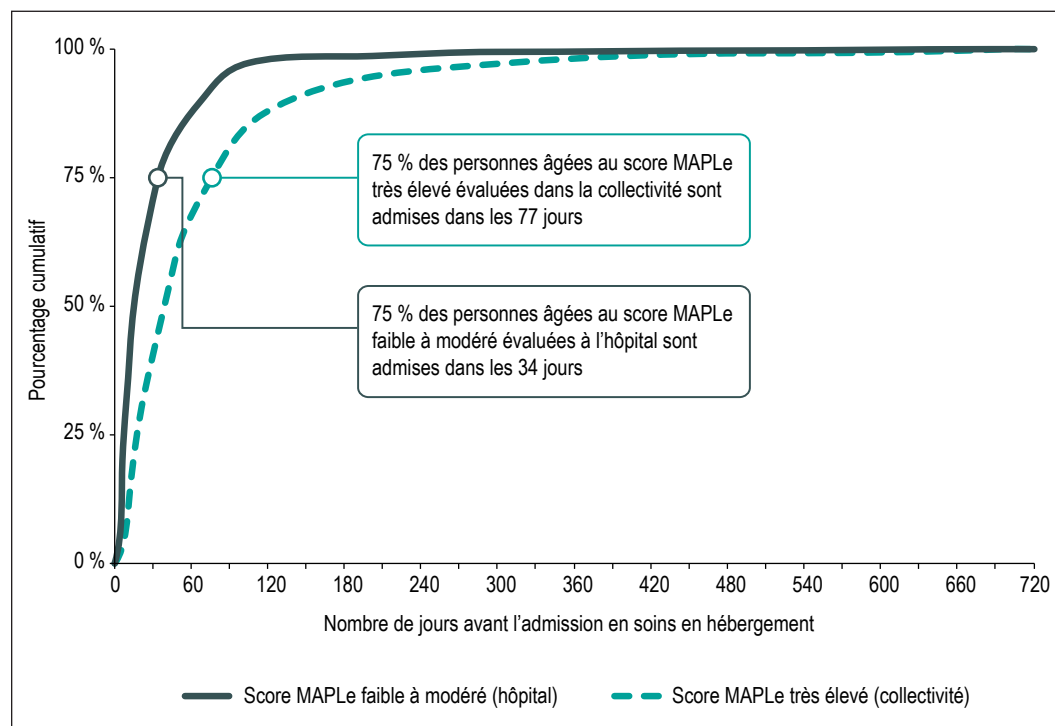
L'effet global élevé de l'évaluation initiale à l'hôpital pour les personnes âgées ayant obtenu un score MAPLe modéré a été observé dans l'ensemble des autorités compétentes et sur les 3 années à l'étude.

Sources

Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2012-2013 à 2014-2015, et Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2011-2012 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Outre la probabilité plus élevée d'admission en soins en hébergement après l'évaluation initiale, les personnes âgées dont la trajectoire commençait à l'hôpital étaient aussi admises en soins en hébergement plus tôt que celles qui entamaient leur trajectoire dans la collectivité, tous scores MAPLe confondus (annexe C). Les personnes âgées évaluées dans la collectivité ayant obtenu un score MAPLe très élevé attendaient 2 fois plus longtemps que celles évaluées à l'hôpital qui avaient obtenu un score faible à modéré (figure 8).

Figure 8 Délai entre l'évaluation initiale et l'admission en soins en hébergement



Sources

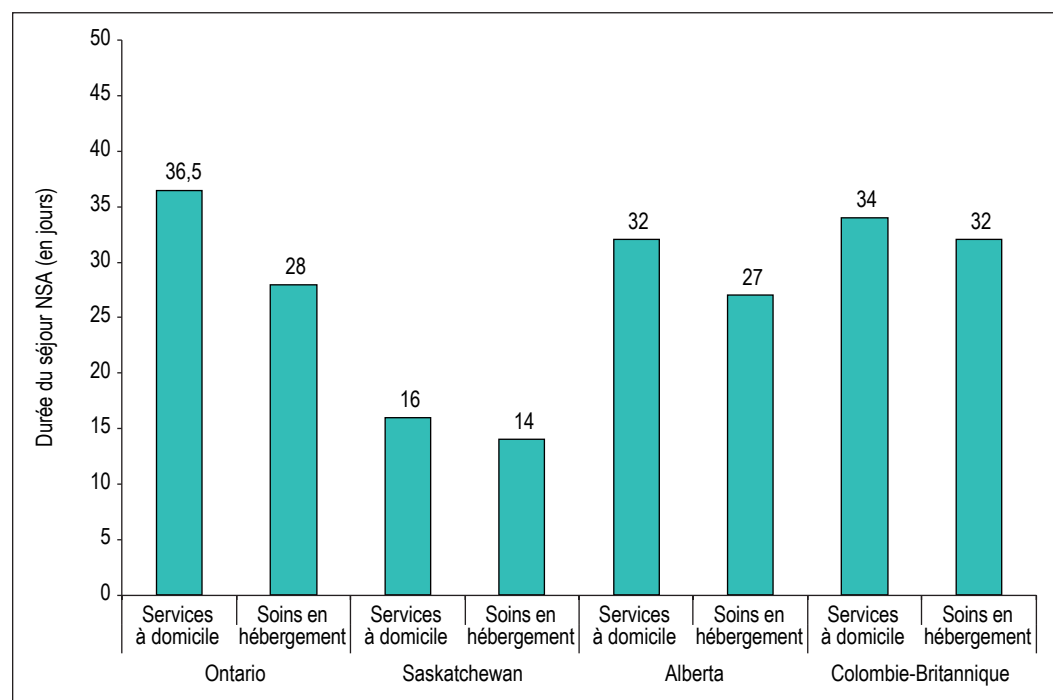
Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2012-2013 à 2014-2015, et Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2011-2012 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

NSA : l'attente pour les services à domicile est plus longue

La plupart des personnes âgées (82 %) dont l'évaluation initiale s'est déroulée à l'hôpital (que leur milieu de soins initial soit les soins en hébergement ou les services à domicile) ont séjourné en NSA. Dans la présente analyse, le NSA décrit la situation des personnes qui occupent un lit d'hôpital, mais qui n'ont plus besoin du niveau de ressources et de services fournis en soins de courte durée²². De toutes les personnes âgées évaluées à l'hôpital, celles dirigées vers les soins en hébergement étaient plus susceptibles de séjourner en NSA que les personnes en attente de services à domicile (90 % contre 57 %, respectivement). Toutefois, ces dernières ont passé plus de temps en NSA (médiane de 34 jours) que celles en attente de soins en hébergement (médiane de 28 jours).

La durée médiane du séjour NSA des personnes âgées variait considérablement d'une autorité compétente à l'autre, qu'elles soient en attente de services à domicile ou de soins en hébergement. Dans l'ensemble des provinces, les personnes âgées en NSA ont attendu plus longtemps pour les services à domicile (figure 9)^v.

Figure 9 Durée médiane du séjour NSA avant de recevoir des services à domicile et des soins en hébergement, selon l'autorité compétente



Remarque

Les données de Winnipeg n'étaient pas disponibles (en partie parce que les personnes âgées admises en soins en hébergement depuis l'hôpital ne subissent pas d'évaluation initiale).

Sources

Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2012-2013 à 2014-2015, et Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2011-2012 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

v. La déclaration des données sur les NSA varie selon l'autorité compétente; elle dépend de la disponibilité des services dans la collectivité et des pratiques de désignation des NSA par les cliniciens. Un certain nombre de facteurs peut influencer sur l'attribution du statut NSA aux patients, par exemple une mauvaise compréhension de la définition d'un NSA et la perception erronée selon laquelle un statut NSA ne peut être attribué avant que la destination de sortie du patient ne soit confirmée. En 2016-2017, l'ICIS a publié de nouvelles lignes directrices à l'intention des cliniciens pour normaliser la désignation des NSA en soins de courte durée aux patients hospitalisés. Ces lignes directrices sont actuellement mises en œuvre aux fins d'amélioration de la comparabilité des données sur les NSA déclarées dans la BDCP.

Pistes de réflexion

Les personnes âgées font davantage appel aux systèmes de santé que n'importe quel autre groupe d'âge. Par conséquent, la croissance de cette population influera de nombreuses façons sur les systèmes de santé au Canada. Par le passé, les systèmes de soins de longue durée fournissaient des services chez les clients (services à domicile) et dans les établissements de soins en hébergement. Or, il est devenu évident au début des années 2000 qu'il fallait gérer avec prudence la demande liée aux soins en hébergement en raison notamment de la hausse des coûts, de l'augmentation considérable du nombre de personnes âgées et de l'importance que celles-ci accordent à leur autonomie, qui se traduit par une volonté de vivre le plus longtemps possible dans la collectivité. Ainsi, bon nombre d'autorités compétentes ont commencé à offrir de nouveaux types de soins pour éviter le placement des personnes aux besoins moins complexes dans un établissement de soins en hébergement²³. Ces services, tels que les résidences avec services et les logements supervisés, permettent aux clients de profiter des avantages d'une vie autonome dans la collectivité et sont habituellement moins coûteux à dispenser que les soins en hébergement, notamment parce qu'ils ne s'accompagnent pas d'un soutien infirmier en tout temps.

À l'avenir, il sera essentiel d'optimiser l'utilisation des ressources en place en adaptant les niveaux et types de soins aux besoins des clients. En outre, il faudra explorer de nouveaux modèles de soins et des solutions technologiques novatrices. Ce rapport décrit diverses solutions qui permettraient de servir une plus grande population avec les ressources existantes sans compromettre la qualité, l'expérience et les résultats des soins.

Pour mieux adapter les niveaux et types de soins, il faut mieux comprendre non seulement les besoins des clients concernés, mais aussi les facteurs qui contribuent à l'admission dans un établissement de soins en hébergement des personnes vivant de façon autonome ou avec soutien dans la collectivité. Les évaluations cliniques normalisées peuvent nous aider à comprendre les caractéristiques des clients qui entrent dans le système de soins de longue durée et les changements qui surviennent durant leurs trajectoires de soins. Cette information précieuse pourrait nous servir à mieux orienter les efforts déployés pour réduire la demande en retardant ou en évitant l'admission de certaines personnes en soins en hébergement.

Avec un soutien adéquat, plus de personnes âgées pourraient vivre chez elles

Nos analyses ont mis en évidence des personnes âgées qui sont admises et vivent dans un établissement de soins en hébergement alors que leurs besoins en soins semblent similaires à ceux de personnes âgées qui reçoivent habituellement des services à domicile. Cette constatation soulève des questions importantes, notamment

- Quels soutiens et services permettraient à ces personnes de rester plus longtemps dans la collectivité?
- Quel rôle les politiques et procédures locales des systèmes de santé jouent-elles dans cette situation?

La proportion de personnes âgées ayant obtenu un score MAPLe faible à modéré qui sont admises en soins en hébergement après l'évaluation initiale et qui auraient peut-être pu bénéficier de services à domicile varie selon l'autorité compétente. Des facteurs tels que la disponibilité et l'ampleur des ressources en services à domicile et en soins en hébergement peuvent influencer sur cette variation. Les systèmes de soins de longue durée auraient donc peut-être intérêt à surveiller les pratiques d'admission en soins en hébergement. Le fait de retarder ou d'éviter l'admission des personnes qui pourraient obtenir un soutien adéquat dans la collectivité influencerait sur la capacité des établissements de soins en hébergement, libérant éventuellement de l'espace pour les personnes aux besoins plus élevés.

L'examen de ces sous-groupes de personnes âgées aide à trouver des occasions d'améliorer et d'étendre les soins dans la collectivité en fonction des besoins particuliers des personnes âgées. Pour ce faire, les systèmes de santé devront probablement chercher au-delà de la gamme de services et de soutiens offerts à l'heure actuelle — ce qui pourrait avoir des conséquences sur les politiques et les pratiques — et acquérir la capacité de mettre en œuvre des modèles, des technologies et des services innovants.

Facteurs qui augmentent la probabilité d'admission en soins en hébergement

Les modèles de service existants sont peut-être mal outillés pour offrir un soutien aux personnes âgées dans la collectivité. Peut-être aussi certaines politiques et procédures dirigent-elles automatiquement les clients présentant certaines caractéristiques cliniques vers les soins en hébergement. Les membres du groupe de travail ont noté qu'en créant ou en élargissant les services à domicile offerts aux personnes sujettes à l'errance et présentant des déficiences fonctionnelles et cognitives plus graves, ainsi qu'en proposant un soutien approprié aux personnes vivant seules ou dont l'aidant ne peut plus continuer à

prodiguer des soins, il serait possible de réduire la demande liée aux soins en hébergement. Certaines solutions novatrices — par exemple les villages pour personnes atteintes de démence (comme à Weesp, aux Pays-Bas)²⁴ qui permettent aux résidents de mener une vie active dans un environnement sécuritaire qui leur est familier, ou les logements avec services de soutien spécialisés pour personnes atteintes de démence (comme ceux offerts en Alberta)²⁵ — permettraient à certaines personnes âgées de vivre plus longtemps dans la collectivité. L'influence importante de l'évaluation à l'hôpital a aussi été notée et a entraîné un examen plus poussé.

Rôle de l'évaluation à l'hôpital

Lorsqu'une personne âgée arrive à l'hôpital, le personnel évalue son état et planifie les soins en fonction des symptômes présentés. Or, les plans de traitement sont généralement établis à l'hôpital en fonction des besoins immédiats du patient (maladie aiguë de courte durée), de sorte qu'ils peuvent ne pas toujours tenir compte des besoins complexes d'un patient présentant des affections chroniques sous-jacentes.

La nécessité d'évaluer l'état fonctionnel que le patient avait avant l'hospitalisation et d'en tenir compte dans l'élaboration du plan de traitement est de plus en plus reconnue. Le personnel hospitalier peut ainsi mieux savoir comment la personne âgée réalise ses activités quotidiennes et élaborer des plans qui permettront au patient de réintégrer son milieu de vie normal.

Une fois que cela est en place, les personnes âgées sont plus susceptibles de se rétablir sans que diminue leur capacité à gérer leur propre vie. Toutefois, les personnes âgées ayant des problèmes de santé chroniques peuvent avoir besoin de plus de temps pour se remettre d'une maladie ou d'un traumatisme que celles qui sont moins âgées ou qui n'ont pas d'affection chronique.

Pour le personnel hospitalier, il est difficile d'aider avant tout les personnes âgées à réintégrer leur milieu de vie normal lorsque les hôpitaux sont surchargés et subissent des pressions pour réduire la durée du séjour de leurs patients.

Pour les transferts dans un établissement de soins en hébergement, les processus administratifs accordent souvent la priorité aux patients qui occupent un lit d'hôpital et non aux personnes qui vivent dans la collectivité — l'objectif étant de libérer les lits en soins de courte durée. Or, cette façon de faire peut avoir un effet non souhaité : des personnes âgées qui auraient pu retourner vivre chez elles, avec peut-être des services de soutien, se retrouvent en soins en hébergement, d'où elles ne ressortent pas.

— Texte d'un membre du groupe de travail

Les personnes âgées évaluées à l'hôpital sont plus susceptibles d'être admises en soins en hébergement, et d'y faire la transition plus tôt

Selon nos analyses, une évaluation subie à l'hôpital prédisposerait les personnes âgées à un placement dans un établissement de soins en hébergement (après neutralisation du score MAPLe). L'admission en soins en hébergement de personnes âgées qui auraient pu bénéficier de services à domicile peut avoir des conséquences peu souhaitables, comme un séjour prolongé en soins en hébergement, un effet négatif sur les résultats pour le patient et un déplacement possible de personnes aux besoins plus élevés (ce qui obstrue le cheminement des patients). Pour que les personnes âgées puissent demeurer plus longtemps dans la collectivité, les décideurs doivent d'abord trouver le meilleur moyen d'harmoniser et d'intégrer les politiques et pratiques en matière de soins hospitaliers et de longue durée.

Les membres du groupe de travail ont relevé de possibles conséquences inattendues de ces pratiques — destinées à réduire le fardeau du système hospitalier — sur les admissions en soins en hébergement. L'influence des évaluations cliniques sur la prise de décision varie probablement selon l'autorité compétente et le dispensateur de soins. Dans certaines autorités compétentes, par exemple, au lieu de servir à déterminer l'admissibilité du patient aux soins en hébergement, les évaluations à l'hôpital peuvent être réalisées après qu'il ait été déterminé que le patient est inapte à retourner chez lui. Certaines autorités compétentes ont mis en œuvre des politiques telles que la philosophie « Chez soi avant tout » ou le programme *Home Is Best*, l'objectif étant que la personne soit transférée de l'hôpital à son domicile avant l'évaluation de ses besoins en soins de santé. Les personnes âgées peuvent alors passer la période de convalescence à la maison avant que soient déterminés les soins de longue durée les plus appropriés^{26, 27}.

Les évaluations ne font toutefois pas à elles seules toute la lumière sur l'admission des personnes âgées en soins en hébergement. Plusieurs facteurs, tels que les préférences du client, de la famille et des dispensateurs de soins, ainsi que d'autres qui ne sont pas pris en compte par l'instrument d'évaluation, peuvent aussi influencer sur la probabilité d'admission en soins en hébergement lorsque les évaluations sont réalisées à l'hôpital et dans la collectivité.

NSA : l'attente pour les services à domicile est plus longue

Les membres du groupe de travail ont noté que le maintien de certains clients à domicile peut demander beaucoup de temps et d'efforts. Dans bien des cas, il faut assurer la coordination entre différents organismes et aidants, ainsi que fournir et installer le matériel de sécurité requis pour aménager la résidence. Il faut aussi veiller à ce que le soutien approprié soit disponible, ce qui retarde souvent le retour des personnes âgées dans la collectivité et prolonge leur séjour NSA. L'anticipation des besoins des clients et la coordination des soins le plus tôt possible durant le séjour à l'hôpital pourraient aider à réduire l'attente des personnes âgées en NSA.

Conclusion

Depuis quelques dizaines d'années, les systèmes de soins de longue durée au Canada se sont adaptés pour répondre aux besoins de la population croissante de personnes âgées et à la volonté de celles-ci de conserver leur autonomie. Les prochaines années verront cette croissance s'accélérer et la complexité des besoins en soins s'accroître, en raison de la hausse de l'espérance de vie et de la prévalence accrue des maladies chroniques.

La présente étude met en lumière la transition des personnes âgées d'un mode de vie autonome vers les soins de longue durée et les facteurs qui influencent la transition vers les soins en hébergement. Pour que les systèmes de santé continuent de répondre aux besoins des personnes âgées, il faudra absolument faire tous les efforts nécessaires afin qu'elles puissent rester chez elles le plus longtemps possible. De toute évidence, aucune intervention ne permettra à elle seule de réduire la demande de lits de soins en hébergement et d'exaucer le souhait des personnes âgées de vivre dans la collectivité le plus longtemps et de la manière la plus autonome possible. Des mesures novatrices sont prises dans tout le pays en vue de répondre aux besoins des clients et des aidants à domicile, des mesures qui nécessitent souvent une meilleure intégration des systèmes de santé et le recours à de nouvelles technologies. Les décideurs des systèmes de santé, les dispensateurs de soins et les planificateurs, et c'est là le défi, doivent accélérer la mise en place de ces technologies afin que les besoins futurs soient comblés dans le secteur des soins de longue durée.

Annexe A : Glossaire

autorité compétente

Ce terme désigne les gouvernements provinciaux ou territoriaux ou les régions sanitaires ayant des pouvoirs décisionnels.

Base de données sur les congés des patients (BDCP)

La [BDCP](#) recueille des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties des hôpitaux (y compris les décès, les sorties contre l'avis du médecin et les transferts). Un certain nombre de provinces et territoires utilisent aussi la BDCP pour recueillir des données sur les chirurgies d'un jour.

collectivité

Dans le présent rapport, le terme « collectivité » désigne un lieu de résidence où des personnes âgées vivent à la maison ou dans un milieu semblable et exclut les milieux institutionnels (p. ex. hôpitaux, établissements de soins en hébergement). Ce lieu de résidence ne dépend pas des services de soins reçus (les personnes âgées qui vivent dans la collectivité peuvent recevoir ou non des services à domicile).

échelle de rendement cognitif (CPS)

Élaborée par interRAI, la CPS tient compte de l'information relative au niveau de conscience, à la mémoire, à la prise de décision quotidienne ainsi qu'à la capacité de communication et d'alimentation du client. Sur cette échelle de 0 à 6, plus la note est élevée, plus la déficience est marquée²⁰.

échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)

Élaborée par interRAI, cette échelle regroupe les niveaux d'exécution des AVQ en catégories de perte distinctes (perte précoce : hygiène personnelle; perte normale : utilisation des toilettes et déplacement; perte tardive : alimentation). Les notes selon l'échelle varient de 0 (aucune déficience) à 6 (dépendance totale)²⁰.

évaluation initiale

Dans le cadre de l'évaluation initiale, le gestionnaire de cas utilise l'instrument d'évaluation des résidents — services à domicile (RAI-HC) pour déterminer les besoins d'un client et son admissibilité à des services financés par le secteur public. Cette démarche peut être entreprise lorsque l'état de santé du client change subitement ou se détériore au point de susciter l'inquiétude. L'évaluation initiale peut avoir lieu pendant que le client vit chez lui (avec ou sans services à domicile de courte durée) ou durant un épisode de soins de courte durée.

gestionnaire de cas

Un gestionnaire de cas est la personne responsable d'évaluer les besoins du client et de coordonner la prestation des services. En collaboration avec le client et sa famille, il établit le soutien approprié selon les milieux de soins et facilite les changements pour que les services reçus évoluent en fonction des besoins.

instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal (RAI-MDS 2.0)

Les normes relatives aux données cliniques du SISLD ont été élaborées par interRAI, un réseau de recherche international, et modifiées par l'ICIS avec sa permission pour une utilisation au Canada. Les cliniciens évaluent les clients des établissements de soins en hébergement à l'aide du RAI-MDS 2.0 d'interRAI. Les données du RAI-MDS 2.0 sont saisies dans le SISLD.

instrument d'évaluation des résidents — services à domicile (RAI-HC)

La norme relative aux données cliniques du SISD a été élaborée par interRAI, un réseau de recherche international, et modifiée par l'ICIS avec la permission d'interRAI pour une utilisation au Canada. Le RAI-HC sert à cerner les préférences, les besoins et les points forts des clients des services à domicile de longue durée. Les données du RAI-HC sont saisies dans le SISD.

milieu de soins

Endroit où vit un client qui reçoit des soins de longue durée.

niveau de soins alternatif (NSA)

Le terme « niveau de soins alternatif » ou « NSA » décrit les personnes qui continuent d'occuper un lit dans un établissement même si elles ne requièrent plus les ressources et les services qui y sont fournis. Dans la présente analyse, le NSA fait référence à une personne qui a terminé son traitement en soins de courte durée, mais qui continue d'occuper un lit de soins de courte durée.

personne âgée

Personne de 65 ans et plus.

région sanitaire

Les régions sanitaires sont définies par les gouvernements provinciaux et territoriaux comme étant les secteurs géographiques de responsabilité des conseils régionaux de santé (établis aux termes de la loi), ou encore comme des régions d'intérêt pour les autorités sanitaires.

résidence avec services

Une résidence avec services (aussi appelée service de soutien) fournit l'hébergement et des soins personnels à des personnes qui peuvent vivre de façon autonome (sans soins médicaux continus), mais qui ont besoin de soutien en raison de problèmes de santé physiques et fonctionnels. Une résidence avec services peut désigner une maison ou un appartement privé ou une chambre.

service de soutien

Voir *résidence avec services*.

services à domicile

Les services à domicile désignent une gamme de services (allant de l'aide aux courses, au nettoyage et aux travaux ménagers jusqu'aux soins personnels comme le bain et l'habillement) fournis au client à son domicile ou dans la collectivité (p. ex. résidence avec services). Dans ces milieux, le client peut aussi recevoir du soutien additionnel comme une aide à la prise de médicaments ou un service d'aide d'urgence en tout temps.

soins de longue durée

Les systèmes de soins de longue durée fournissent aux personnes âgées une gamme de services à court et à long terme dans divers milieux destinés à optimiser l'autonomie et la qualité de vie des clients. Les soins de longue durée sont dispensés tant par des organismes publics (que le gouvernement exploite et dont il est propriétaire), à but non lucratif que privés et à but lucratif. Dans certains cas, les clients des services financés par le secteur public peuvent payer pour recevoir des services additionnels.

soins en hébergement

Les soins en hébergement s'adressent aux personnes âgées qui ne peuvent plus fonctionner de manière autonome et nécessitent des soins de longue durée à temps plein en établissement avec surveillance constante de personnel infirmier.

Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)

Le [SIOSM](#) sert à l'analyse et à la production de rapports sur l'information soumise à l'ICIS au sujet des personnes qui reçoivent des services de santé mentale en Ontario et certaines personnes qui reçoivent des services dans les lits d'hospitalisation pour jeunes patients et dans certains établissements des autres provinces. Le SIOSM contient de l'information sur la santé mentale et physique, le soutien social, l'utilisation des services, la planification des soins, la mesure des résultats, l'amélioration de la qualité et les applications de financement en fonction des groupes clients.

Système d'information sur les services à domicile (SISD)

Le [SISD](#) contient des données démographiques, cliniques, fonctionnelles et sur l'utilisation des ressources propres aux clients qui participent à un programme de service à domicile financé par le secteur public au Canada.

Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)

Le [SISLD](#) contient des données démographiques, administratives et cliniques et de l'information sur l'utilisation des ressources concernant les patients qui reçoivent des services de soins de longue durée dans les hôpitaux ou les établissements de soins de longue durée. Les organismes participants transmettent également des renseignements sur les caractéristiques de l'établissement afin de faciliter les études et les analyses comparatives.

trajectoires de soins

Les trajectoires de soins désignent le mouvement des clients d'un milieu de soins à l'autre au fil du temps.

transitions dans les soins

Ces transitions se produisent lorsque les besoins en matière de soins évoluent et que le client doit changer de milieu de soins.

Annexe B : Différences terminologiques d'une autorité compétente à l'autre

Autorité compétente	Services à domicile		Soins en hébergement
	Services à domicile	Besoins en matière de soutien	
Ontario	Services à domicile, services de soutien communautaires	Maisons de retraite, logements supervisés	Foyers de soins de longue durée, centres de soins infirmiers
Manitoba	Services à domicile	Logements avec services de soutien	Foyers de soins personnels, centres de soins infirmiers
Saskatchewan	Services à domicile	Résidences avec services, foyers de soins personnels	Foyers de soins spéciaux, centres de soins infirmiers
Alberta	Services à domicile	Services de soutien (désignés ou non)	Établissements de soins de longue durée
Colombie-Britannique	Services à domicile	Résidences avec services	Soins en hébergement
Yukon	Programmes de services à domicile	Sans objet	Soins de longue durée, soins en établissement

Annexe C : Tableaux supplémentaires

Tableau C1 Résultats des modèles de régression logistique pour l'évaluation de la probabilité d'admission en soins en hébergement (nombre, pourcentage et rapports de cotes de tous les facteurs inclus dans les modèles)

Facteurs	Après l'évaluation initiale (nombre)	Après l'évaluation initiale (pourcentage)	Après l'évaluation initiale — rapport de cotes (intervalle de confiance)	Après des services à domicile (nombre)	Après des services à domicile (pourcentage)	Après des services à domicile — rapport de cotes (intervalle de confiance)
Hôpital (évaluation initiale)	6 744	11,5 %	6,37 (5,95; 6,83)	—	—	—
Hôpital (grand utilisateur)	2 616	4,5 %	1,19 (1,06; 1,34)	—	—	—
Âge (moyen)	—	82,7	1,02 (1,01; 1,02)	—	83,6	1,00 (1,00; 1,01)
Homme	21 667	37,0 %	0,92 (0,87; 0,98)	15 761	36,2 %	0,89 (0,84; 0,95)
Quintile de revenu						
5 Élevé	9 536	16,3 %	0,87 (0,80; 0,95)	7 166	16,4 %	0,92 (0,84; 1,00)
4	10 707	18,3 %	0,94 (0,87; 1,02)	7 989	18,3 %	0,92 (0,85; 1,00)
3	11 489	19,6 %	0,99 (0,91; 1,07)	8 466	19,4 %	0,94 (0,87; 1,02)
2	12 877	22,0 %	0,99 (0,91; 1,07)	9 580	22,0 %	0,99 (0,92; 1,07)
1 Faible (référence)	13 933	23,8 %	—	10 373	23,8 %	—
Lieu de résidence (zone urbaine)	49 342	84,3 %	1,05 (0,98; 1,14)	36 735	84,3 %	0,84 (0,78; 0,90)
Le client vit seul	27 530	47,0 %	2,02 (1,91; 2,15)	19 681	45,2 %	2,10 (1,98; 2,22)
Détresse de l'aidant	14 564	24,9 %	1,18 (1,11; 1,26)	12 245	28,1 %	1,53 (1,44; 1,62)
L'aidant n'est pas en mesure de continuer	8 954	15,3 %	1,90 (1,78; 2,04)	7 590	17,4 %	1,90 (1,78; 2,02)

Facteurs	Après l'évaluation initiale (nombre)	Après l'évaluation initiale (pourcentage)	Après l'évaluation initiale — rapport de cotes (intervalle de confiance)	Après des services à domicile (nombre)	Après des services à domicile (pourcentage)	Après des services à domicile — rapport de cotes (intervalle de confiance)
Requiert une aide physique (échelle hiérarchique de performance dans les AVQ)						
6 Dépendance totale	577	1,0 %	5,67 (4,25; 7,57)	708	1,6 %	2,50 (1,94; 3,23)
5 Dépendance	2 424	4,1 %	5,99 (5,29; 6,79)	2 447	5,6 %	4,20 (3,73; 4,73)
4 Aide maximale	3 580	6,1 %	4,12 (3,70; 4,59)	3 382	7,8 %	3,50 (3,15; 3,89)
3 Aide considérable	4 850	8,3 %	3,30 (2,99; 3,63)	4 835	11,1 %	3,06 (2,78; 3,36)
2 Aide limitée	9 851	16,8 %	2,06 (1,90; 2,24)	8 758	20,1 %	2,27 (2,09; 2,46)
1 Supervision	8 012	13,7 %	1,64 (1,50; 1,80)	5 670	13,0 %	1,88 (1,72; 2,05)
0 Autonomie (référence)	29 248	50,0 %	—	17 774	40,8 %	—
Déficience cognitive (échelle CPS)						
6 Très grave	429	0,7 %	2,15 (1,55; 2,98)	570	1,3 %	2,50 (1,86; 3,37)
5 Grave	2 605	4,4 %	3,05 (2,65; 3,52)	3 327	7,6 %	4,32 (3,69; 5,07)
4 Modérément grave	1 191	2,0 %	3,09 (2,59; 3,68)	1 236	2,8 %	4,53 (3,77; 5,44)
3 Modérée	7 591	13,0 %	3,21 (2,86; 3,59)	7 081	16,3 %	5,64 (4,90; 6,50)
2 Légère	23 800	40,7 %	1,68 (1,52; 1,84)	17 186	39,4 %	3,22 (2,84; 3,67)
1 État cognitif tout juste intact	9 159	15,6 %	1,25 (1,11; 1,40)	6 089	14,0 %	1,84 (1,59; 2,14)
0 État cognitif intact (référence)	13 767	23,5 %	—	8 085	18,6 %	—
Comportement réactif	7 582	13,0 %	1,14 (1,05; 1,23)	6 903	15,8 %	1,28 (1,19; 1,37)
Errance	2 927	5,0 %	1,73 (1,56; 1,91)	2 620	6,0 %	2,00 (1,81; 2,20)
Instabilité (échelle CHESS)	48 296	82,5 %	1,20 (1,10; 1,31)	33 027	75,8 %	1,95 (1,81; 2,11)
Chutes	13 199	22,5 %	1,18 (1,11; 1,26)	8 131	18,7 %	1,69 (1,58; 1,79)
Incontinence urinaire	13 362	22,8 %	1,05 (0,98; 1,12)	13 272	30,5 %	1,01 (0,95; 1,07)
Incontinence fécale	5 424	9,3 %	0,99 (0,90; 1,08)	5 497	12,6 %	1,13 (1,04; 1,22)

Facteurs	Après l'évaluation initiale (nombre)	Après l'évaluation initiale (pourcentage)	Après l'évaluation initiale — rapport de cotes (intervalle de confiance)	Après des services à domicile (nombre)	Après des services à domicile (pourcentage)	Après des services à domicile — rapport de cotes (intervalle de confiance)
Oxygène	2 839	4,8 %	1,06 (0,93; 1,20)	2 669	6,1 %	0,99 (0,88; 1,12)
Douleur quotidienne	29 598	50,6 %	0,89 (0,84; 0,94)	22 674	52,0 %	0,88 (0,83; 0,93)
Démence	20 677	35,3 %	1,20 (1,12; 1,28)	17 124	39,3 %	1,78 (1,67; 1,90)
Signes de dépression	12 059	20,6 %	0,98 (0,92; 1,05)	9 700	22,3 %	1,11 (1,04; 1,18)
Tout diagnostic psychiatrique	8 724	14,9 %	1,10 (1,03; 1,19)	7 959	18,3 %	1,10 (1,03; 1,17)
Diabète	14 305	24,4 %	0,89 (0,83; 0,95)	11 392	26,1 %	0,88 (0,83; 0,94)
Cardiopathie	13 281	22,7 %	1,01 (0,95; 1,08)	11 482	26,4 %	1,07 (1,00; 1,13)
Insuffisance cardiaque congestive	7 338	12,5 %	1,05 (0,96; 1,14)	6 716	15,4 %	0,89 (0,83; 0,97)
Emphysème/MPOC/asthme	9 487	16,2 %	0,97 (0,89; 1,05)	8 474	19,4 %	0,96 (0,89; 1,03)
Hypertension	36 231	61,9 %	1,01 (0,96; 1,07)	28 995	66,5 %	1,03 (0,98; 1,09)
AVC	10 283	17,6 %	1,13 (1,06; 1,22)	8 341	19,1 %	0,98 (0,92; 1,05)
Maladie de Parkinson	2 823	4,8 %	0,91 (0,80; 1,04)	2 480	5,7 %	1,02 (0,92; 1,13)
Cancer	6 562	11,2 %	1,22 (1,12; 1,33)	5 485	12,6 %	0,77 (0,70; 0,83)
Arthrite	27 210	46,5 %	0,88 (0,83; 0,93)	23 679	54,3 %	1,01 (0,95; 1,06)
Fracture de la hanche	3 064	5,2 %	1,24 (1,11; 1,39)	2 193	5,0 %	1,14 (1,02; 1,28)
Ostéoporose	12 309	21,0 %	1,04 (0,97; 1,11)	10 973	25,2 %	0,98 (0,92; 1,05)
Échantillon valide	58 542	—	—	43 574	—	—

Remarques

— Ne s'applique pas.

AVQ : activités de la vie quotidienne.

Échelle CPS : échelle de rendement cognitif.

Échelle CHESS : échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes.

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.

Tableau C2 Nombre de jours entre l'évaluation initiale et l'admission en soins en hébergement, percentile selon le score MAPLe et le lieu de l'évaluation

Percentile	Évaluation dans la collectivité (N = 5 042)			Évaluation à l'hôpital (N = 4 318)		
	Score MAPLe faible à modéré (1 à 3)	Score MAPLe élevé (4)	Score MAPLe très élevé (5)	Score MAPLe faible à modéré (1 à 3)	Score MAPLe élevé (4)	Score MAPLe très élevé (5)
5 ^e	6	7	7	3	4	5
10 ^e	9	10	10	5	6	6
25 ^e	17	19	19	8	10	10
50 ^e (médiane)	43,5	41	39	15	21	22
75 ^e	130	86	77	34	40	46
90 ^e	344	225	136	69	70	75
95 ^e	482	375	218	85	91	99

Annexe D : Texte de remplacement pour les figures

Tableau de données de la figure 6 : Pourcentage non ajusté de personnes âgées évaluées à l'hôpital et admises en soins en hébergement

Province	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Ontario	65 %	60 %	57 %
Saskatchewan	—	51 %	43 %
Alberta	74 %	70 %	71 %
Colombie-Britannique	85 %	87 %	89 %

Remarques

— Les données de la Saskatchewan n'étaient pas disponibles pour le calcul du pourcentage de 2014-2015. Pour en savoir plus sur cette figure, consultez la section « 3 années de cohorte » des [Notes méthodologiques](#) (document d'accompagnement). Les données de Winnipeg n'étaient pas disponibles (en partie parce que les personnes âgées admises en soins en hébergement depuis l'hôpital ne subissent pas d'évaluation initiale).

Sources

Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2012-2013 à 2015-2016, et Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2011-2012 à 2015-2016, Institut canadien d'information sur la santé.

Texte de remplacement pour la figure 8 : Délai entre l'évaluation initiale et l'admission en soins en hébergement

Cette figure indique le pourcentage cumulatif du délai, en jours, entre l'évaluation initiale et l'admission en soins en hébergement. Les personnes évaluées à l'hôpital qui ont obtenu un score MAPLe faible à modéré sont admises plus rapidement que celles évaluées dans la collectivité qui ont obtenu un score très élevé. 75 % des personnes âgées évaluées dans la collectivité qui ont obtenu un score MAPLe de 5 sont admises dans les 77 jours, tandis que 75 % des personnes âgées évaluées à l'hôpital qui ont obtenu un score MAPLe faible à modéré sont admises dans les 34 jours.

Tableau de données de la figure 9 : Durée médiane du séjour NSA avant de recevoir des services à domicile et des soins en hébergement, selon l'autorité compétente

Autorité compétente	Milieu de soins	Médiane
Ontario	Services à domicile	36,5
	Soins en hébergement	28
Saskatchewan	Services à domicile	16
	Soins en hébergement	14
Alberta	Services à domicile	32
	Soins en hébergement	27
Colombie-Britannique	Services à domicile	34
	Soins en hébergement	32

Sources

Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2012-2013 à 2014-2015, et Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2011-2012 à 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Carstairs S, Keon WJ. [Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser. Comité sénatorial spécial sur le vieillissement — rapport final](#). 2009.
2. Statistique Canada. [Tableau CANSIM 052-0005 : Population projetée, selon le scénario de projection, l'âge et le sexe, au 1^{er} juillet, Canada, provinces et territoires, annuel \(personnes\)](#). Consulté le 17 février 2017.
3. Institut canadien d'information sur la santé. [Les soins de santé au Canada, 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement](#). 2011.
4. Denton FT, Spencer B. [Chronic Health Conditions: Changing Prevalence in an Aging Population and Some Implications for the Delivery of Health Care Services](#). 2009.
5. Organisation mondiale de la santé. [Rapport mondial sur le vieillissement et la santé](#). 2015.
6. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. [Health, functioning, and disability in older adults — Present status and future implications](#). *The Lancet*. 2015.
7. Institut canadien d'information sur la santé. [Hospitalisations : volumes, durée du séjour et taux normalisés](#). Statistiques éclair. 2014-2015. Consulté le 2 février 2017.
8. Madore O. [La Loi canadienne sur la santé : aperçu et options](#). Révisé le 16 mai 2005. Consulté le 19 janvier 2017.
9. Kaier K, Mutters NT, Frank U. [Bed occupancy rates and hospital-acquired infections — Should beds be kept empty?](#) *Clinical Microbiology and Infection*. Octobre 2012.
10. Derlet RW, McNamara RM, Kazzi AA, Richards JR. [Emergency department crowding and loss of medical licensure: A new risk of patient care in hallways](#). *Western Journal of Emergency Medicine*. Mars 2014.
11. Mathews SB, Arnold SE, Epperson CN. [Hospitalization and cognitive decline: Can the nature of the relationship be deciphered?](#) *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Mai 2014.
12. Graf C. [Functional decline in hospitalized older adults: It's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be](#). *The American Journal of Nursing*. Janvier 2006.
13. Office of the Seniors Advocate British Columbia. [Placement, Drugs and Therapy . . . We Can Do Better](#). 2016.

14. Doupe M, John PS, Chateau D, Strang D, Smele S, Bozat-Emre S, Fransoo R, Dik N. [Profiling the multidimensional needs of new nursing home residents: Evidence to support planning](#). *Journal of the American Medical Directors Association*. Juin 2012.
15. Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N. [The Method for Assigning Priority Levels \(MAPLe\): A new decision-support system for allocating home care resources](#). *BMC Medicine*. Mars 2008.
16. Association des soins de longue durée de l'Ontario. [This Is Long-Term Care 2016](#). 2016.
17. Qualité des services de santé Ontario. [À la hauteur : rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario](#). 2016
18. Luppá M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*. Janvier 2010.
19. Penning MJ, Cloutier DS, Nuernberger K, MacDonald SW, Taylor D. [Long-term care trajectories in Canadian context: Patterns and predictors of publicly funded care](#). *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Août 2016.
20. Institut canadien d'information sur la santé. [Description des échelles de résultats \(RAI-MDS 2.0\)](#). 2013.
21. Institut canadien d'information sur la santé. [Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile](#). 2010.
22. Institut canadien d'information sur la santé. [Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs : mettre à profit nos connaissances](#). 2012.
23. Canadian Centre for Elder Law. [Discussion Paper on Assisted Living: Past, Present and Future Legal Trends in Canada](#). 2008.
24. Dementia Village Advisors. [Dementia villages](#). Consulté le 28 février 2017.
25. Services de santé de l'Alberta. [Continuing care: Continuing care choices](#). Consulté le 28 février 2017.
26. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. [Priorité aux patients : feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire](#). 2015.
27. BC Government News. [B.C. continues to expand primary and community care](#) [communiqué]. 1^{er} mars 2013.

**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

15522-0617

