



Notes  
méthodologiques

# 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](http://www.icis.ca)  
[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-608-9 (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 — notes méthodologiques*. Ottawa, ON : ICIS; 2017.

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

ISBN 978-1-77109-607-2 (PDF)

# Table des matières

Au sujet du présent document.....	4
Systèmes de soins de longue durée : information contextuelle .....	4
Aperçu.....	4
Ontario .....	5
Manitoba .....	8
Saskatchewan .....	10
Alberta.....	12
Colombie-Britannique.....	15
Yukon.....	17
Méthodes .....	19
Groupe de travail.....	19
Sources des données.....	19
Limites.....	20
Définition de la population à l'étude.....	20
Définition des sous-groupes de population .....	22
Notes techniques .....	23
Population à l'étude et analyses .....	23
Annexe A .....	27
Annexe B .....	29

# Au sujet du présent document

Le présent document vise à fournir des précisions et à établir un contexte, afin de faciliter la compréhension et l'interprétation des analyses exposées dans le rapport *Aînés en transition : cheminements dans le continuum des soins*.

Il se divise en 2 parties. La première contient de l'information supplémentaire et des éléments de contexte au sujet des systèmes de soins de longue durée et de certains services de soins de longue durée offerts dans les provinces et le territoire pris en compte dans les analyses du rapport. La seconde fournit des renseignements détaillés sur toutes les composantes méthodologiques du projet, comme la description des sources de données, la création des cohortes analytiques et certaines analyses.

L'information pour la première partie a été compilée à partir d'un ensemble de ressources Web provinciales et territoriales, de sites Web d'établissements et de communications personnelles avec des intervenants clés. Elle a ensuite été validée par les membres du groupe de travail et par des intervenants. L'information, actuelle au mois de janvier 2017, ne tient aucun compte des changements de politiques influant sur la prestation des soins qui pourraient avoir été apportés par la suite.

## Systemes de soins de longue durée : information contextuelle

### Aperçu

Au Canada, chaque province et territoire administre son système de soins de longue durée à sa façon. Il ressort donc des différences notables au chapitre du type et de la variété de services offerts, des systèmes administratifs utilisés pour la prestation des services, des critères d'admissibilité et de la terminologie employée pour décrire les services offerts (voir le tableau 1).

Le présent document vise à étayer les analyses exposées dans le rapport *Aînés en transition : cheminements dans le continuum des soins*. Il fournit donc du contexte seulement pour les systèmes de soins de longue durée de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Yukon.

**Tableau 1** Différences terminologiques d’une autorité compétente à l’autre

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

## Ontario

### Services à domicile

- Des services à domicile peuvent être dispensés aux personnes de tous âges dans leur domicile et dans la collectivité. Les coordonnateurs de soins des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) s'occupent d'organiser l'accès aux services. Ils évaluent les besoins du client, confirment son admissibilité et élaborent un plan de services. Les services sont dispensés par des professionnels de la santé et des préposés aux services de soutien à la personne, en sous-traitance pour le CASC, dans la collectivité. Les services offerts par le CASC sont entièrement subventionnés par le gouvernement de l'Ontario; ils ne sont donc pas assujettis à une participation aux coûts ni à un contrôle du revenu.
- Les professionnels de la santé peuvent offrir à domicile des soins infirmiers, des soins de physiothérapie, d'ergothérapie ou d'orthophonie, des services sociaux, des services de nutrition, ainsi que des fournitures de soins de santé à domicile. Les préposés aux services de soutien à la personne fournissent une aide aux soins personnels et des services d'aide familiale.
- Des soins de fin de vie à domicile sont également offerts.
- L'évaluation en vue des services à domicile repose sur l'instrument d'évaluation des résidents — services à domicile d'interRAI (RAI-HC) ©.

## Services de soutien communautaires

- Les services de soutien communautaires sont offerts aux personnes âgées et aux personnes handicapées qui ont besoin de soutien pour vivre chez elles de façon autonome. Une orientation du CASC est requise, mais uniquement pour déterminer l'admissibilité à une subvention visant à financer une partie des frais de programmes, s'il y a lieu.
- La gamme de services de soutien offerts peut comprendre des programmes de jour pour adultes, des soins de relève, des services de repas et d'aide familiale, des soins aux personnes atteintes de démence, des services de soutien aux personnes atteintes de troubles visuels et auditifs, des soins de pied ainsi que des services sociaux et récréatifs. Les services offerts varient selon l'endroit.

## Maisons de retraite

- Les maisons de retraite de l'Ontario ne reçoivent aucune subvention du gouvernement. Les résidents assument donc la totalité des frais d'hébergement et paient tous les services de soins qu'ils achètent. Toutefois, ils peuvent aussi y recevoir des soins de dispensateurs de soins externes, notamment des services de santé financés par le secteur public. Le degré d'autonomie des résidents varie, certains pouvant être très autonomes, et d'autres ayant besoin de services de soins complexes. Des soins infirmiers peuvent y être offerts en tout temps.
- Il n'y a aucun critère d'admissibilité précis pour vivre dans une maison de retraite. Les personnes âgées qui souhaitent vivre dans une maison de retraite entretiennent un rapport locatif avec la maison choisie et optent pour les services de soins de leur choix.
- Les exploitants des maisons de retraite décident des services qui y seront offerts. Les plus fréquents englobent le service de repas, l'aide au bain, à l'hygiène personnelle, à l'habillement ou à la mobilité, les soins aux personnes atteintes de démence, l'administration de médicaments, les soins aux personnes incontinentes et les services médicaux (p. ex. médecin, infirmière, pharmacien).
- La plupart des chambres, suites ou appartements sont individuels, mais certaines maisons de retraite proposent des unités semi-privées. Outre certains soins, d'autres types de services sont habituellement offerts, notamment des services d'entretien ménager, des programmes sociaux, des espaces de vie commune et d'autres installations et services spécialisés.
- Les établissements qui répondent à la définition énoncée dans la *Loi sur les maisons de retraite* sont régis par l'Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR). En général, la *Loi de 2006 sur la location à usage d'habitation* s'applique aussi à l'égard du loyer et de certains aspects liés aux services de soins et à l'intimité.

## Logements supervisés

- Les logements supervisés s'adressent aux personnes qui peuvent fonctionner de façon autonome dans la mesure où elles reçoivent des services de soutien minimes à modérés. Ces personnes n'ont pas besoin de services de soins infirmiers en tout temps et sont capables de vivre chez elles si elles reçoivent du soutien. Elles nécessitent un logement supervisé parce que leurs besoins en soins ne peuvent être entièrement comblés par des visites périodiques. Des services sont offerts en tout temps, de façon périodique ou au besoin.
- Des services de repas, de suivi des médicaments, d'entretien ménager, de buanderie, de soins personnels et de soutien peuvent y être offerts, selon les besoins des résidents.
- Les résidents paient les frais d'hébergement et le coût de services optionnels, et vivent habituellement dans des unités louées. Les frais de location peuvent ouvrir droit à une subvention du gouvernement, mais le nombre d'unités subventionnées varie selon l'établissement.
- Les personnes admissibles aux services de soutien à domicile du CASC peuvent également être admissibles à un logement supervisé.
- L'évaluation en vue du logement supervisé repose sur les instruments d'évaluation normalisés RAI-HC ou interRAI — santé en milieu communautaire (interRAI — SMC).

## Foyers de soins de longue durée ou centres de soins infirmiers

- Les foyers de soins de longue durée (SLD) fournissent l'hébergement, les repas et des services de soutien. Ils appuient également les résidents dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) et leur donnent accès à des soins infirmiers et personnels en tout temps dans un milieu sécuritaire.
- Les foyers de SLD visent les adultes (personnes de 18 ans et plus) inscrits à l'Assurance-santé de l'Ontario dont les besoins en soins englobent
  - l'accès à des soins infirmiers et personnels en tout temps;
  - du soutien fréquent pour l'exécution des AVQ;
  - une supervision ou surveillance sur place pour assurer leur sécurité et leur bien-être;
  - des besoins qui ne peuvent être satisfaits en toute sécurité dans la collectivité par l'intermédiaire de services communautaires financés par le secteur public ou d'autres services de soutien personnel;
  - des besoins qui peuvent être satisfaits dans un établissement de SLD.
- Les résidents paient les frais d'hébergement (qui comprennent le logement et les repas), tandis que le gouvernement finance les services de soins infirmiers et personnels. Les personnes dont le revenu ne suffit pas à couvrir les coûts d'une chambre de base peuvent être admissibles à une subvention (mais pas celles qui demandent une chambre individuelle ou semi-privée).

- Les foyers de SLD sont assujettis à une autorisation et à la réglementation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Ils reçoivent un financement public par l'entremise des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). À l'heure actuelle, la détermination de l'admissibilité relève du coordonnateur de placement du CASC. Le projet de loi 210, *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* (qui faisait l'objet d'un examen au moment de la publication), propose toutefois de transférer aux RLISS la responsabilité du processus de placement en SLD.
- Le foyer de SLD peut également offrir des soins de relève si l'aidant a besoin d'un répit temporaire pour une période allant jusqu'à 60 jours consécutifs (maximum de 90 jours par année civile).
- L'évaluation réalisée dans les foyers de SLD s'appuie sur l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal (RAI-MDS 2.0) ©, tandis que l'évaluation de l'admissibilité, au chapitre de l'admission à un établissement de SLD, repose sur le RAI-HC et d'autres évaluations, s'il y a lieu.

## Pour en savoir davantage

[www.ontario.ca/fr/page/soins-domicile-pour-les-personnes-agees](http://www.ontario.ca/fr/page/soins-domicile-pour-les-personnes-agees)

[www.ontario.ca/fr/page/trouver-une-maison-de-retraite](http://www.ontario.ca/fr/page/trouver-une-maison-de-retraite)

[www.ontario.ca/fr/page/trouver-un-foyer-de-soins-de-longue-duree](http://www.ontario.ca/fr/page/trouver-un-foyer-de-soins-de-longue-duree)

[www.ocsa.on.ca/personal-support-services--assisted-living.html](http://www.ocsa.on.ca/personal-support-services--assisted-living.html)

[www.rhra.ca/fr/](http://www.rhra.ca/fr/)

## Manitoba<sup>i</sup>

### Services à domicile

- Des services à domicile sont offerts à tous les Manitobains inscrits. Ils varient en fonction de l'évaluation des besoins, des mesures de soutien existantes et des ressources communautaires. L'administration des services à domicile relève du personnel des services régionaux et les évaluations, des coordonnateurs de cas.
- Les services englobent notamment
  - l'aide aux soins personnels;
  - le soutien à domicile pour les repas et les tâches ménagères;

i. L'information présentée dans cette section porte sur la prestation de services dans la province du Manitoba en général. Les données prises en compte dans l'étude ne visent que l'Office régional de la santé de Winnipeg, dont les services peuvent différer de ceux des autres régions.

- les soins de santé dispensés par des infirmières, des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes;
  - les soins de relève à court terme dispensés à domicile ou dans un autre milieu;
  - l'acquisition de certains équipements et fournitures;
  - des programmes de jour pour adultes (moyennant des frais);
  - la coordination de services bénévoles;
  - l'orientation en matière de logement avec services de soutien, de foyer de groupe et de services de soutien spécialisés.
- Les besoins en matière de services à domicile peuvent être définis à court terme (3 mois et moins) ou à long terme (plus de 3 mois).
  - Le niveau de service comprend la prestation de 55 heures de services à domicile par semaine par un préposé. Le coût total ne doit pas dépasser le coût moyen d'un lit dans un foyer de soins personnels. Ce coût total tient compte des heures de services de soins infirmiers. Exceptionnellement, la prestation de services peut dépasser 55 heures si les besoins en matière de soins l'exigent.

## **Logements avec services de soutien**

- Les logements avec services de soutien s'adressent aux personnes fragiles ou présentant un déficit cognitif qui ne peuvent plus fonctionner de façon autonome à la maison malgré les ressources mises à leur disposition, mais dont les besoins n'exigent pas un placement dans un foyer de soins personnels.
- Les résidents vivent dans des unités autonomes dans un milieu de vie collectif et ont accès à des repas, à des aires communes et à des services d'entretien ménager. Des services de soins personnels, de soutien et de supervision sont également fournis.
- L'admissibilité de la personne est déterminée par un coordonnateur de cas du programme de services à domicile ou un coordonnateur de l'accès aux soins de longue durée (seul l'Office régional de la santé de Winnipeg [ORSW] offre toutefois les services de ce dernier). Les frais sont calculés en fonction du loyer et des services. Le ministère de la Santé offre un financement aux exploitants autorisés de logements avec services de soutien pour les soins personnels et les structures de soutien. Des programmes régionaux de services à domicile offrent par ailleurs d'autres formes de soutien aux soins en fonction des besoins des résidents.

## Foyers de soins personnels ou centres de soins infirmiers

- Également désignés sous le nom de centres de soins infirmiers, les foyers de soins personnels s'adressent aux personnes que l'on estime ne plus être capables de rester chez elles sans danger malgré les mesures de soutien et les services à domicile qu'elles reçoivent.
- Les foyers de soins personnels offrent en tout temps des soins de santé, des soins personnels, des fournitures médicales de base, des repas, des médicaments admissibles, des activités sociales et de loisirs ainsi que des services d'entretien ménager et de buanderie.
- Les résidents ont accès à divers professionnels de la santé, notamment des infirmières, des aides-soignants, des médecins, des spécialistes et des thérapeutes. Ceux-ci font partie du personnel de l'établissement ou offrent des services de consultation.
- Des frais de résidence quotidiens sont calculés pour les services dispensés par le foyer de soins personnels, en fonction d'une évaluation du revenu.
- Les foyers de soins personnels sont tenus de respecter le Règlement sur les normes applicables aux foyers de soins personnels afférent à la *Loi sur l'assurance-maladie* de 2015.

### Pour en savoir davantage

[www.gov.mb.ca/health/homecare/guide.fr.pdf](http://www.gov.mb.ca/health/homecare/guide.fr.pdf)

[www.wrha.mb.ca/ltc/housing.php](http://www.wrha.mb.ca/ltc/housing.php)

[www.ltcam.mb.ca/](http://www.ltcam.mb.ca/)

[www.wrha.mb.ca/ltc/pch/index.php](http://www.wrha.mb.ca/ltc/pch/index.php)

[www.gov.mb.ca/health/pchs/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/pchs/index.fr.html)

[www.gov.mb.ca/health/mhsip/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/mhsip/index.fr.html)[mb.ca/health/mhsip](http://mb.ca/health/mhsip)

## Saskatchewan

### Services à domicile

- En Saskatchewan, des services à domicile financés par le secteur public sont offerts aux personnes qui ont besoin de soins de courte durée, de soins palliatifs et de soins de soutien.

- Les services sont dispensés au domicile de la personne âgée. Ils comprennent l'évaluation, la gestion de cas et la coordination des soins, les soins infirmiers, les services d'aide familiale (soins personnels, soins de relève et gestion des tâches ménagères), les services de repas, l'entretien ménager, la visite de bénévoles, les appels de sécurité, le transport et les thérapies spécialisées.
- Les régions sanitaires coordonnent les soins. Les personnes âgées peuvent être tenues de payer certains services, selon leur revenu et les services utilisés. Les soins infirmiers, la coordination des soins et les services thérapeutiques ne sont pas facturables. La personne peut choisir un financement personnalisé afin d'organiser ou de gérer des soins personnels, des tâches ménagères et d'autres services de soutien. Le niveau de financement repose sur l'évaluation des besoins et ne s'applique qu'aux services autorisés.

### **Résidences avec services**

- Les personnes âgées ont accès à des résidences avec services dans le cadre de certains projets de logements sociaux à l'intention des personnes à revenu faible ou modeste. Des services d'hébergement et de soutien sont offerts, le type de services variant selon l'établissement. Il peut s'agir de services récréatifs, de services de santé et d'autres services spécialisés (p. ex. des services liés à la location) dont le coût est assumé par les personnes âgées, mais réduit en raison de la coordination des services, de leur volume élevé et de partenariats.
- Les personnes âgées peuvent avoir accès à un système d'intervention pour les situations d'urgence, les repas et les services de buanderie et d'entretien ménager.

### **Foyers de soins personnels**

- Les foyers de soins personnels de la Saskatchewan sont détenus et exploités par le secteur privé. Ils offrent hébergement, repas et conseils ou aide pour les soins personnels. Il s'agit d'établissements autorisés tenus de se conformer à la loi qui les gouverne (*The Personal Care Homes Act*). Des frais mensuels sont établis et une aide financière peut être fournie aux personnes âgées admissibles.
- Les résidents ont accès à des médecins et à des infirmières selon leurs besoins. Des critères peuvent restreindre le type de clientèle autorisée au sein de certains établissements pour assurer la sécurité et la pertinence des soins. Par exemple, certains établissements n'ont pas le droit d'héberger les personnes qui ont des antécédents d'errance. D'autres, où la présence d'escaliers soulève des problèmes, n'accueillent que les personnes capables de monter et de descendre les escaliers en toute autonomie.

## Foyers de soins spéciaux ou centres de soins infirmiers

- Ces foyers s'adressent aux personnes dont les besoins à long terme dépassent la portée des soins communautaires et des services à domicile. Le personnel de la région sanitaire doit évaluer l'admissibilité de la personne. Le service d'admission en soins de longue durée s'occupe des modalités d'accès au sein de chaque région.
- Les foyers de soins spéciaux sont exploités par la région sanitaire ou par un tiers qui lui est lié par contrat ou affiliation.
- Les coûts mensuels pour les services sont calculés en fonction du revenu annuel et des intérêts gagnés. Des frais additionnels peuvent s'appliquer pour les médicaments, les produits pour l'incontinence et d'autres fournitures et services médicaux et personnels.
- De plus, le foyer de soins spéciaux peut offrir des services de relève planifiés ou d'urgence, des programmes de jour pour adultes, des soins de convalescence ou des soins palliatifs.

### Pour en savoir davantage

[www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/care-at-home-and-outside-the-hospital/individualized-funding-for-home-care#step-1](http://www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/care-at-home-and-outside-the-hospital/individualized-funding-for-home-care#step-1)

[www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/care-at-home-and-outside-the-hospital/personal-care-homes](http://www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/care-at-home-and-outside-the-hospital/personal-care-homes)

[www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/care-at-home-and-outside-the-hospital/special-care-homes](http://www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/care-at-home-and-outside-the-hospital/special-care-homes)

## Alberta

### Services à domicile

- En Alberta, les services à domicile englobent des services personnels et des soins de santé financés par le secteur public. Ces services sont dispensés par une équipe de professionnels compétents qui aident au maintien à domicile du client au sein de la collectivité<sup>ii</sup>. Les services périodiques aident notamment le client pour les AVQ qu'il ne peut accomplir seul ou pour lesquelles il n'obtient aucun soutien d'une autre source.
- Services de santé de l'Alberta fournit la majorité des services directement ou par l'intermédiaire d'agences sous contrat chargées de dispenser les services autorisés. Le client et ses proches sont considérés comme des partenaires actifs de l'équipe de soins.

ii. Par domicile, on entend notamment une maison privée, un condominium ou un appartement au sein de la collectivité. Cette catégorie comprend aussi les villages de retraités et les logements autonomes pour les personnes âgées ou handicapées dans lesquels des soins sont dispensés.

- Des programmes de jour pour adultes sont également offerts. Ils visent les adultes qui doivent composer avec des difficultés physiques, des pertes de mémoire ou une maladie chronique. Ces programmes peuvent aussi offrir des services de relève et des séances de formation aux aidants. Il existe 2 types de programmes de jour pour adultes :
  - Les programmes de base, qui visent les personnes dont l'état de santé est stable, sont principalement axés sur les besoins de socialisation et la prestation de soins de relève pour les aidants.
  - Les programmes complets visent les adultes qui ont des troubles médicalement complexes. En plus des volets socialisation et soins de relève, ils fournissent des services professionnels, par exemple des soins de réadaptation, des services sociaux et des soins infirmiers, et donnent accès à des services médicaux sur place.

### **Services de soutien non désignés**

- Les personnes qui ont besoin d'un soutien supplémentaire peuvent envisager un milieu de vie offrant des services de soutien non désignés. Les soins sont dispensés dans un contexte d'habitation collective, par exemple une résidence pour personnes âgées dotée d'une aire de repas commune. L'exploitant y offre des services de repas et d'entretien ménager.
- Ces milieux de vie sont exploités par le secteur privé et les frais, pris en charge par les clients. Les clients sont capables d'accomplir la plupart de leurs tâches quotidiennes de manière autonome. Toutefois, des services et du soutien à domicile peuvent leur être fournis pour les aider à maintenir cette autonomie.
- Le processus d'admission est administré par l'exploitant.

### **Services de soutien désignés**

- Services de santé de l'Alberta régit l'accès à un nombre précis de places dans le milieu de vie avec services de soutien désignés (SSD) en vertu d'une entente conclue avec l'exploitant. Ce type de milieu fournit des services d'hébergement et des soins.
- Les besoins en matière de santé sont évalués par le gestionnaire de cas du programme de services à domicile de Services de santé de l'Alberta (RAI-HC). En plus d'avoir accès à des soins personnels et de santé financés par le secteur public, les Albertains peuvent acheter des services à titre privé dans le milieu de vie avec services de soutien.
- Le programme de services à domicile de Services de santé de l'Alberta ou le milieu de vie avec services de soutien, dans la mesure où il a signé un contrat avec Services de santé de l'Alberta à cet effet, peut fournir des soins personnels et de santé financés par le secteur public aux résidents.

- Il incombe aux exploitants de déterminer si le résident a besoin d'un niveau de soins plus élevé, c'est-à-dire si les services d'hébergement ne satisfont plus aux besoins du résident ou si le personnel ne détient plus les compétences nécessaires pour répondre à ses besoins.
- Tout exploitant d'un milieu de vie avec services de soutien qui héberge de façon permanente au moins 4 adultes doit obtenir une autorisation d'exploitation en vertu de la *Supportive Living Accommodation Licensing Act*. L'exploitant doit également dispenser ou mettre en place des services pour favoriser la sécurité des résidents et offrir au moins un repas par jour ou des services d'entretien ménager. Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le document sur le cadre conceptuel des services de soutien intitulé *Supportive Living Framework*<sup>iii</sup>. Voici les options en matière de SSD :
  - SSD de niveau 3 — Ce niveau renvoie à des options d'hébergement en milieu communautaire, dans lesquelles des aides-soignants offrent en permanence (périodiquement ou non) des soins personnels et des services de soutien. Selon les besoins de la personne, un gestionnaire de cas peut coordonner la prestation de soins professionnels périodiques (soins infirmiers, soins de réadaptation, etc.) sous forme de services à domicile.
  - SSD de niveau 4 — Ce niveau renvoie à une option d'hébergement avec soins, dans le cadre de laquelle Services de santé de l'Alberta régit l'accès à un nombre précis de lits en vertu d'une entente conclue avec l'exploitant. Des infirmières auxiliaires autorisées et des aides-soignants y dispensent en permanence des soins professionnels, des soins personnels et des services de soutien, périodiquement ou non. Pour sa part, Services de santé de l'Alberta offre des services de santé professionnels, notamment ceux d'une infirmière autorisée de garde en tout temps, des services de gestion de cas et d'autres services de consultation.
  - SSD de niveau 4D (démence) — Ce niveau renvoie à une option d'hébergement qui offre des soins spécialisés aux personnes atteintes de démence, dans le cadre de laquelle Services de santé de l'Alberta régit l'accès à un nombre précis de lits en vertu d'une entente conclue avec l'exploitant. Cette option offre un milieu de vie de type familial qui donne accès à de petits regroupements de chambres individuelles et d'espaces connexes dans un cadre thérapeutique sécuritaire. Des infirmières auxiliaires autorisées et des aides-soignants y dispensent en permanence des soins professionnels, des soins personnels et des services de soutien, périodiquement ou non. Pour sa part, Services de santé de l'Alberta offre des services de santé professionnels, notamment ceux d'une infirmière autorisée de garde en tout temps, des services de gestion de cas et d'autres services de consultation.

---

iii. Gouvernement de l'Alberta. [Supportive Living Framework](#). 2007.

## Établissements de soins de longue durée

- Les établissements de soins de longue durée (SLD) comprennent les hôpitaux de soins prolongés ou les centres de soins infirmiers. Ils s'adressent aux personnes dont les besoins médicaux sont complexes et imprévisibles et qui ne peuvent rester à la maison (aucun aidant, milieu non sécuritaire, etc.), ou ont des besoins auxquels les services de soutien ne peuvent satisfaire.
- Pour accéder à ce niveau de soins, il faut communiquer avec le bureau d'accès aux soins communautaires de la zone visée de Services de santé de l'Alberta.
- Le personnel de l'endroit fournit des soins personnels et de santé, périodiquement ou non. Une infirmière autorisée est disponible en tout temps et toutes les consultations, y compris celles exigeant des soins médicaux, s'effectuent sur place. Des préposés aux services de soutien, des infirmières auxiliaires autorisées et d'autres professionnels de la santé peuvent prendre part à la prestation de soins aux résidents. Des repas complets sont fournis et certaines activités sociales et de loisirs y sont parfois offertes.
- La personne paie les frais d'hébergement quotidiens ainsi que tout soin ne figurant pas dans le plan établi par le gestionnaire de cas de l'établissement.
- L'admissibilité aux services de soutien désignés et aux soins de longue durée est déterminée à la suite d'une évaluation par un coordonnateur de placement en soins de longue durée de Services de santé de l'Alberta.

### Pour en savoir davantage

[www.albertahealthservices.ca/cc/page13336.aspx](http://www.albertahealthservices.ca/cc/page13336.aspx)

[www.health.alberta.ca/documents/CC-Supportive-Living-Guide-2014.pdf](http://www.health.alberta.ca/documents/CC-Supportive-Living-Guide-2014.pdf)

## Colombie-Britannique

### Services à domicile

- Les résidents de la Colombie-Britannique qui répondent aux critères d'admissibilité peuvent recevoir des services à domicile subventionnés. Ces services incluent les suivants :
  - Soins infirmiers communautaires — Des membres du personnel infirmier autorisé offrent des services aux personnes qui ont besoin de soutien en matière de soins de courte durée, de maladie chronique, de soins palliatifs et de soins de réadaptation. Il s'agit habituellement de services de soutien à court terme, qui peuvent être dispensés à la maison ou dans un autre milieu de vie, y compris dans des résidences avec services.

- Soins de réadaptation communautaires — Comme pour les soins infirmiers communautaires, il s'agit de services dispensés par des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes autorisés, habituellement dans le cadre d'un programme de réadaptation à court terme.
- Services de jour pour adultes — Ces programmes offrent des soins et des activités sociales et de loisirs aux personnes âgées susceptibles d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire à l'extérieur de leur domicile pendant le jour. Ils offrent également des services de relève aux aidants.
- Soutien à domicile — Dispensés par des travailleurs de santé communautaire, ces services de soutien de nature variée visent à favoriser le maintien à domicile. Les soins prennent souvent la forme de soutien pour les AVQ, par exemple le bain et l'alimentation. Les services de soutien à domicile, sous forme de soins dispensés en tout temps, ne sont offerts qu'à court terme.

## **Résidences avec services**

- Les résidences avec services visent les personnes qui sont encore autonomes, mais qui nécessitent un soutien additionnel et ne peuvent plus rester dans leur ancien milieu sans être exposées à de graves risques.
- Les résidents vivent dans une unité individuelle dont la porte est verrouillable, dans un milieu offrant des services de soutien.
- Les services englobent le soutien pour les AVQ, des traitements de réadaptation, des services d'entretien ménager, des repas, des activités récréatives et de loisirs, la prise en charge des médicaments, du comportement et des finances, et des services d'intervention en cas d'urgence en tout temps.
- Pour être admissible, la personne doit être en mesure de prendre ses propres décisions ou vivre avec un conjoint capable de prendre des décisions.

## **Soins en hébergement**

- Les soins en hébergement, qui supposent la prestation de soins au sein d'un établissement, visent les personnes qui nécessitent des soins professionnels constants.
- Les services peuvent être dispensés à court terme — par exemple dans un contexte de convalescence, de soins de relève ou de soins palliatifs — ou à long terme.

- Les milieux de soins de longue durée s'adressent aux personnes qui ont des besoins complexes en matière de soins et qui ne sont plus admissibles aux services à domicile ou aux résidences avec services. Les personnes en soins en hébergement peuvent aussi afficher des problèmes comportementaux graves et constants, des pertes cognitives modérées à graves, un niveau élevé de dépendance physique ou un niveau élevé de complexité clinique et des besoins exigeant des soins infirmiers professionnels, des services de surveillance ou des soins spécialisés.

En Colombie-Britannique, l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires est coordonné par les autorités sanitaires. Une évaluation des besoins permet de déterminer l'admissibilité et le placement dans un milieu de soins approprié. L'évaluation des clients dans le contexte des services à domicile repose sur le RAI-HC. Les clients qui reçoivent des services de soins en hébergement sont pour leur part évalués à l'aide du RAI-MDS 2.0.

## Pour en savoir davantage

[www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost](http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost)

## Yukon

### Programme communautaire de jour

- Un établissement propose (du lundi au vendredi, à temps plein ou partiel) des activités et des programmes d'engagement, de thérapie et d'autonomie aux personnes âgées demeurant dans la collectivité. Des repas et d'autres services sont offerts. Des frais quotidiens sont exigés.

### Programme de services à domicile

- Divers services à domicile sont offerts aux personnes ayant des problèmes de mobilité ou de santé. Les services dispensés peuvent être médicaux et non médicaux (soins infirmiers à domicile, travail social, ergothérapie, physiothérapie et soutien à domicile).
- Les soins sont directement coordonnés par le personnel autorisé à Whitehorse (infirmières autorisées, ergothérapeutes, physiothérapeutes et travailleurs sociaux) et par des infirmières à domicile ou des coordonnateurs de liaison communautaire dans les collectivités situées à l'extérieur de Whitehorse.
- Des équipes régionales de services thérapeutiques (y compris d'ergothérapie et de physiothérapie) se rendent dans les petites collectivités à l'extérieur de Whitehorse afin de fournir des services sur une base itinérante.

## Programme de soins palliatifs

- Les programmes de soins palliatifs offrent aux personnes souffrant de maladies réduisant leur espérance de vie des services médicaux et de soutien communautaires dans divers milieux (domicile, communauté, hôpital et établissement de soins). Ces services peuvent comprendre des évaluations, la gestion de la douleur, des soins complexes, la planification de la sortie, la formation et le perfectionnement des professionnels des soins de même que des services de soutien aux personnes en deuil. Ces services visent à fournir un soutien direct aux dispensateurs de soins palliatifs dans l'ensemble des milieux du Yukon.

## Établissements de soins de longue durée

- Au Yukon, des soins de longue durée sont offerts dans 5 établissements, dont les services et niveaux de soins varient.
- Les établissements peuvent offrir des soins de relève, personnels, intermédiaires, prolongés, prolongés complexes ou spéciaux :
  - Des services de soins de relève sont offerts à court terme (habituellement de 2 à 4 semaines) afin de fournir un bref moment de répit aux aidants qui dispensent des soins dans la collectivité. Les services sont offerts dans 4 des 5 établissements.
  - Des soins personnels sont offerts aux personnes ayant des besoins légers à modérés, c'est-à-dire qui ont besoin d'une assistance minimale en matière de soins personnels et d'AVQ.
  - Les soins intermédiaires s'adressent aux personnes qui ont des besoins modérés et requièrent une aide personnelle et un suivi de façon épisodique.
  - Les soins prolongés s'adressent aux personnes qui ont besoin d'une aide considérable et d'un soutien en tout temps.
  - Des soins complexes prolongés sont également offerts aux personnes qui ont besoin d'une aide considérable et d'un soutien en tout temps.
  - Les soins spéciaux sont dispensés aux personnes qui, selon leur plan de soins personnalisé, ont besoin d'un environnement sécurisé, notamment les personnes souffrant de démence.

### Pour en savoir davantage

[www.hss.gov.yk.ca/fr/continuing.php](http://www.hss.gov.yk.ca/fr/continuing.php)

[www.hss.gov.yk.ca/fr/homecare.php](http://www.hss.gov.yk.ca/fr/homecare.php)

# Méthodes

## Groupe de travail

L'ICIS a créé un groupe de travail composé 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 été sélectionnées parce qu'elles fournissent à l'ICIS les données nécessaires à la réalisation de l'étude. Le groupe de travail avait pour mandat de cerner les occasions permettant d'élaborer des analyses exploitables qui serviront à appuyer la prestation des services.

Les commentaires fournis par les membres du groupe de travail nous ont permis de définir une série d'analyses visant à examiner comment l'utilisation efficace des services de soins de longue durée financés par le secteur public peut aider les personnes âgées à vivre plus longtemps de façon autonome dans la collectivité. Dans le cadre de la présente analyse, nous avons comparé les données entre les secteurs et au fil du temps afin de dresser un portrait unique du système de soins de longue durée dans l'espoir d'aider à dégager des occasions de réduire le recours aux soins plus coûteux.

## Sources des données

L'analyse de l'accès des personnes âgées aux systèmes de soins de longue durée financés par le secteur public dans 35 régions sanitaires de l'Ontario, du Manitoba (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 est fondée sur les 5 sources d'information suivantes :

- Institut canadien d'information sur la santé
  - Système d'information sur les services à domicile (SISD), 2012-2013 à 2015-2016
    - Des fichiers de données distincts sur les services à domicile ont été demandés directement à l'ORSW et à la Saskatchewan (2012-2013 à 2014-2015), car leurs données n'étaient pas déclarées au SISD au moment de l'étude.
  - Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD), 2012-2013 à 2015-2016
    - Des fichiers de données distincts sur les soins en hébergement ont été demandés directement à la Saskatchewan (2012-2013 à 2014-2015), car ses données n'étaient pas déclarées au SISLD au moment de l'étude.
  - Base de données sur les congés des patients (BDGP), 2011-2012 à 2015-2016
  - Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), 2011-2012 à 2015-2016

- Statistique Canada
  - Fichier de conversion des codes postaux (FCCP+), version 6C

L'analyse s'est limitée aux régions sanitaires pour lesquelles des données couvrant toute la période d'étude étaient disponibles dans le SISD et le SISLD (2012-2013 à 2014-2015).

## Limites

L'analyse s'applique aux personnes âgées pour lesquelles une évaluation RAI-HC ou RAI-MDS 2.0 a été réalisée. Les personnes qui ont reçu des soins informels ou privés et celles qui ont bénéficié de soins de courte durée (habituellement d'une durée inférieure à 60 jours) n'ont pas été incluses. Les personnes âgées vivant dans des résidences avec services et des logements supervisés en Ontario qui sont évaluées au moyen de l'instrument SMC d'interRAI (données non soumises à l'ICIS) n'ont pas été incluses non plus dans l'analyse. Les données de l'ORSW relatives aux évaluations initiales réalisées à l'hôpital ne sont pas disponibles, notamment parce que les personnes âgées qui font la transition de l'hôpital vers les soins en hébergement ne passent pas d'évaluation initiale. En Alberta, une partie des évaluations RAI-HC ne sont pas soumises à l'ICIS en raison de problèmes de validation des données; ces données sont donc exclues de l'analyse.

Il existe divers problèmes connus de sous-dénombrements parmi les autorités compétentes déclarantes :

- les évaluations RAI-HC ne sont pas nécessairement toutes soumises;
- certaines évaluations sont rejetées du fichier de données validées à cause d'erreurs et d'incohérences dans les données;
- les calendriers d'évaluation recommandés ne sont pas toujours respectés et certains clients des services à domicile n'ont donc pas été évalués.

## Définition de la population à l'étude

L'utilisation des instruments RAI varie au pays. Il existe par exemple des différences dans les critères d'admissibilité aux services, aux niveaux de déploiement des instruments et au mode d'utilisation des instruments adoptés. Voici une description générale de la chronologie d'évaluation et de la collecte des données RAI sur les personnes touchées par le système de soins de longue durée.

Un gestionnaire de cas réalise une évaluation RAI-HC afin de déterminer les besoins en services de santé d'une personne âgée de même que son admissibilité aux services financés par le secteur public. Cette évaluation RAI-HC initiale fait partie du processus d'admission, conformément aux pratiques et politiques d'admissibilité de chaque province et territoire. Une demande d'orientation pour une évaluation initiale peut être déclenchée si l'état de santé change subitement ou se détériore progressivement au point de nécessiter davantage de soins ou des soins qui ne peuvent plus être assurés par les ressources actuelles. La demande d'orientation peut provenir d'un médecin, d'un travailleur social, d'un membre de la famille ou de la personne elle-même. Elle peut être introduite alors que la personne réside chez elle (et bénéficie ou non de services à domicile à court terme) ou est hospitalisée.

Dès qu'une personne reçoit des services dans le système de soins de longue durée (services à domicile ou soins en hébergement), des réévaluations périodiques sont effectuées pour surveiller les changements d'état et de fonction, et ainsi faciliter la planification des soins et l'attribution des ressources. Les personnes bénéficiant de services à domicile de longue durée sont réévaluées à l'aide de l'instrument RAI-HC périodiquement, selon la politique locale, ou lorsque leurs besoins ou leur état de santé ont considérablement changé. Les personnes admises dans un établissement de soins en hébergement sont réévaluées au moyen de l'instrument RAI-MDS 2.0; une évaluation d'admission est réalisée dans les 14 jours suivant l'admission et une réévaluation est effectuée tous les 3 mois (ou plus tôt en cas de changements cliniques importants).

Les personnes qui passent une évaluation initiale ne sont pas toutes admissibles aux services financés par le secteur public, et celles qui le sont peuvent choisir d'aller au privé. Certaines personnes refusent les services qui leur sont offerts ou décident de ne plus utiliser les services de longue durée fournis. Les personnes qui ne sont pas admissibles aux services financés par le secteur public lors de leur évaluation initiale peuvent être réévaluées ultérieurement ou se tourner vers des services privés.

Toutes les personnes âgées qui ont passé une évaluation initiale en 2012-2013 et qui ont été réévaluées alors qu'elles bénéficiaient de services de longue durée financés par le secteur public (dans la collectivité ou dans un établissement de soins en hébergement) ont été identifiées. Nous avons ensuite défini des trajectoires de soins pour ces 61 029 personnes âgées en suivant leur cheminement d'un milieu de soins à l'autre sur une période de 2 ans (730 jours).

En raison des problèmes de sous-dénombrements concernant les services à domicile (mentionnés plus haut à la section Limites), l'analyse a principalement porté sur les personnes âgées admises dans un établissement de soins en hébergement. Ces personnes ont été admises dans ce type d'établissement soit après avoir bénéficié de services à domicile pendant un certain temps ou encore directement après avoir passé une évaluation initiale. Ces 2 principales trajectoires ont été analysées séparément.

## Définition des sous-groupes de population

Les 4 sous-groupes de personnes âgées sont les suivants :

1. Score MAPLe faible à modéré — Ces personnes âgées obtiennent un score MAPLe (méthode d'attribution des niveaux de priorité d'interRAI) 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 élevés ou très élevés selon l'algorithme MAPLe, mais peuvent, avec le soutien approprié, demeurer dans la collectivité. 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. 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). Les tableaux A.1 et A.2 de l'annexe A indiquent le nombre de valeurs recueillies (nombre de personnes âgées) dans chaque sous-groupe et combinaison de sous-groupes possible.

## Notes techniques

### Population à l'étude et analyses

Nous avons identifié les personnes âgées qui ont passé une évaluation initiale en 2012-2013 et qui ont ensuite été évaluées alors qu'elles bénéficiaient de services à domicile de longue durée ou de soins en hébergement financés par le secteur public. Nous avons couplé tous les enregistrements du SISD, du SISLD, de la BDCP et du SIOSM pour des épisodes ayant eu lieu dans les 2 ans (730 jours) suivant l'évaluation initiale. Afin de déterminer si une personne âgée était hospitalisée au moment de l'évaluation initiale, nous avons également couplé les enregistrements de la BDCP et du SIOSM pour l'année précédant la date de cette évaluation.

### Établissement de la population à l'étude

La cohorte de trajectoires des soins a été établie selon la procédure décrite ci-dessous :

1. Sélection de toutes les évaluations initiales réalisées entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2013, et qui répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous :

#### Critères d'inclusion

- La raison de l'évaluation correspond à celle de l'évaluation initiale.
- L'évaluation n'a pas été réalisée dans le cadre d'un épisode de soins en hébergement (SISLD).
- L'âge au moment de l'évaluation était de 65 ans et plus (d'éventuels problèmes de qualité de données existent lorsque l'âge indiqué était supérieur à 115 ans; ces personnes ont donc été exclues).
- Le code de l'autorité compétente est celui de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique ou du Yukon.

### **Critères d'exclusion**

- Les numéros d'assurance maladie (NAM) chiffrés qui figuraient dans l'un des fichiers standards d'exclusion de couplage (p. ex. NAM non valides, enfants avec le même NAM que la mère dans la BDCP ou le SNISA, autres NAM utilisés par plus d'une personne).
  - Les NAM non valides.
  - Le code de la province émettrice de la carte d'assurance maladie était manquant ou correspondait à -70 ou -90.
  - Les identificateurs d'épisode comprenant plusieurs NAM (ce problème de qualité des données concerne principalement celles de la Saskatchewan).
2. Création d'un identificateur de patient pouvant être utilisé pour tous les couplages. L'identificateur du patient est une combinaison du NAM et du code de la province émettrice du NAM.
  3. Tri de toutes les évaluations initiales en fonction de l'identificateur du patient et de la date de l'évaluation. Conservation de la dernière évaluation. Il s'agissait de l'évaluation initiale utilisée pour les analyses de la cohorte de trajectoires des soins. La date de cette évaluation correspondait à la date de l'évaluation initiale.
  4. Couplage de tous les enregistrements de patients du SISD et du SISLD pour des épisodes ayant eu lieu dans les 730 jours suivant la date de l'évaluation initiale et qui répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous :

### **Critères d'inclusion**

- Le code de l'autorité compétente est celui de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique ou du Yukon.
- Les évaluations dans le SISD dont la raison de l'évaluation ne correspondait **pas** à celle de l'évaluation initiale.
- Les enregistrements du SISLD associés à un établissement de soins en hébergement (code de secteur 4).

### **Critères d'exclusion**

- Les NAM chiffrés qui figurent dans l'un des fichiers standards d'exclusion de couplage (p. ex. NAM non valides, enfants avec le même NAM que la mère dans la BDCP ou le SNISA, autres NAM utilisés par plus d'une personne).
- Les NAM non valides.
- Le code de la province émettrice de la carte d'assurance maladie était manquant ou correspondait à -70 ou -90.
- Les identificateurs d'épisode comprenant plusieurs NAM (ce problème de qualité des données concerne principalement celles de la Saskatchewan).
- Enregistrements du SISLD :
  - Les évaluations ou épisodes pour lesquels le SISLD avait généré un indicateur de la qualité des données signalant un problème.

5. L'unité d'analyse pour la BDCP et le SIOSM correspondait aux hospitalisations selon l'épisode de soins. Un épisode de soins consistait en l'ensemble des hospitalisations successives en soins de courte durée. Pour constituer un épisode de soins, les transferts au sein des établissements et entre ceux-ci ont été couplés. Un transfert est considéré comme ayant eu lieu si la condition suivante a été respectée :
  - Une hospitalisation en soins de courte durée est survenue dans les 6 heures suivant la sortie d'une hospitalisation précédente en soins de courte durée, qu'un transfert ait été codifié ou non.
6. Couplage de tous les épisodes de soins de la BDCP et du SIOSM ayant eu lieu dans les 730 jours suivant la date de l'évaluation initiale ainsi que des épisodes de soins qui ont pris fin dans les 365 jours précédant l'évaluation initiale répondant aux critères d'exclusion ci-dessous :

#### **Critères d'exclusion**

- Enregistrements de la BDCP :
    - Enregistrements en double possibles
    - Nouveau-nés, mortinaissances et donneurs décédés
7. Conservation uniquement des personnes qui comptaient au moins une évaluation non initiale dans le SISD ou le SISLD dans les 730 jours (2 ans) suivant l'évaluation initiale.
  8. Élimination des personnes qui n'avaient pas suivi l'une des 3 trajectoires types suivantes :
    - *Services à domicile seulement* : évaluations non initiales du SISD subséquentes à l'évaluation initiale seulement
    - *Des services à domicile vers les soins en hébergement* : évaluations non initiales du SISD subséquentes à l'évaluation initiale, suivies d'évaluations du SISLD seulement
    - *Soins en hébergement seulement* : évaluations du SISLD subséquentes à l'évaluation initiale seulement

Remarque : Les évaluations initiales subséquentes du SISD ont été exclues lors de l'établissement des trajectoires de soins.

### **Analyse des sous-groupes**

Une analyse des sous-groupes a été effectuée pour identifier les personnes âgées admises en soins en hébergement et qui pourraient, avec le soutien approprié, recevoir les soins dans la collectivité. La procédure d'analyse est décrite ci-dessous :

1. Sélection de tous les membres de la cohorte de trajectoires des soins qui répondaient aux critères d'inclusion ci-dessous :

#### **Critères d'inclusion**

- Personnes qui ont suivi l'une des 2 trajectoires types suivantes :
  - *Des services à domicile vers les soins en hébergement* : évaluations non initiales du SISD subséquentes à l'évaluation initiale, suivies d'évaluations du SISLD seulement
  - *Soins en hébergement seulement* : évaluations du SISLD subséquentes à l'évaluation initiale seulement

L'appartenance à un sous-groupe reposait sur l'information relative soit à la dernière évaluation du SISD avant l'admission en soins en hébergement (des services à domicile vers les soins en hébergement), soit à l'évaluation initiale du SISD (soins en hébergement seulement).

### **Facteurs agissant sur l'admission en soins en hébergement après une évaluation initiale**

Nous avons déterminé les facteurs influant sur l'admission en soins en hébergement à l'aide d'un modèle de régression logistique à variables multiples. Le modèle comparait les personnes dont la trajectoire ne comprenait que les soins en hébergement (évaluation du SISLD subséquente à l'évaluation initiale; soins en hébergement comme milieu initial) avec celles dont la trajectoire comprenait des services à domicile seulement ou des services à domicile puis des soins en hébergement (évaluation du SISD subséquente à l'évaluation initiale; soins à domicile comme milieu initial). Les facteurs inclus dans le modèle reposaient sur l'information figurant dans l'évaluation initiale. Au total, nous avons analysé 33 facteurs afin de déterminer ceux qui étaient associés à une probabilité plus élevée que les soins en hébergement constituent le milieu de soins initial (une liste des facteurs et de leur définition est fournie à l'annexe B).

### **Facteurs agissant sur l'admission en soins en hébergement après une période de services à domicile**

Nous avons utilisé un modèle de régression logistique à variables multiples pour déterminer les facteurs influant sur la transition des services à domicile vers les soins en hébergement. Le modèle comparait les personnes dont la trajectoire comprenait des services à domicile suivis de soins en hébergement avec celles dont la trajectoire comprenait uniquement les services à domicile. Nous avons analysé 31 facteurs<sup>iv</sup> pour déterminer ceux associés à une probabilité plus élevée de transition vers les soins en hébergement. Les facteurs étaient fondés sur la dernière évaluation du SISD au cours de la période d'étude de 2 ans. Seules ont été retenues les personnes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion qui suivent :

---

iv. Tous les facteurs indiqués à l'annexe B, à l'exception des 2 premiers (hospitalisation et grand utilisateur).

### Critères d'inclusion

- Personnes qui ont suivi l'une des 2 trajectoires types suivantes :
  - *Services à domicile seulement* : évaluations non initiales du SISD subséquentes à l'évaluation initiale seulement
  - *Des services à domicile vers les soins en hébergement* : évaluations non initiales du SISD subséquentes à l'évaluation initiale, suivies d'évaluations du SISLD seulement
- Les personnes qui avaient passé au moins une évaluation non initiale du SISD 90 jours ou plus après l'évaluation initiale.

### Critères d'exclusion

- Les personnes dont la dernière évaluation du SISD a été réalisée plus de 14 jours après leur admission dans un établissement de soins en hébergement.

### 3 années de cohorte

Pour déterminer la probabilité d'admission en soins en hébergement après une évaluation initiale à l'hôpital, nous avons utilisé la même méthodologie d'établissement des cohortes, sauf que les données d'une seule année (365 jours) ont été couplées au lieu de celles de 2 années (730 jours).

## Annexe A

**Tableau A.1** Population à l'étude, selon le sous-groupe d'appartenance

Appartenance à un sous-groupe	Fréquence*	Pourcentage du total
Score MAPLe faible à modéré	25 623	43 %
Besoins physiques	11 540	20 %
Besoins plus légers en matière de soins	14 704	25 %
Démence et besoins légers en matière de soins	10 495	18 %
Au moins un sous-groupe	34 429	58 %
Aucun sous-groupe	24 742	42 %
<b>Population à l'étude totale</b>	<b>59 171</b>	<b>100 %</b>

**Remarque**

\* Nombre de personnes âgées dans ce groupe.

**Tableau A.2** Fréquence et pourcentage du total, selon le sous-groupe ou la combinaison de sous-groupes

Sous-groupe	Fréquence*	Pourcentage du total
A	1 703	3 %
A et B	8 274	14 %
A, B et C	1 149	2 %
A, B, C et D	62	0 %
A, B et D	2 055	3 %
A et C	11 834	20 %
A, C et D	520	1 %
A et D	26	0 %
C	974	2 %
C et D	165	0 %
D	7 667	13 %
<b>Total</b>	<b>34 429</b>	<b>58 %</b>

**Remarques**

\* Nombre de personnes âgées dans ce groupe.

A : Score MAPLe faible à modéré.

B : Besoins physiques.

C : Besoins plus légers en matière de soins.

D : Démence et besoins légers en matière de soins.

# Annexe B

**Tableau B.1** Facteurs inclus dans les modèles de régression logistique

Facteur	Définition
Facteurs relatifs au patient	
<b>Hospitalisation*</b>	Hospitalisé au moment de l'évaluation initiale
<b>Grand utilisateur*</b>	Grand utilisateur de services hospitaliers dans les 365 jours précédant l'évaluation initiale; au moins 3 épisodes de soins de courte durée et durée cumulative minimale du séjour de 30 jours
<b>Âge</b>	Âge en années révolues à la date de l'évaluation
<b>Homme</b>	Client de sexe masculin
<b>Quintile de revenu</b>	Quintile de revenu du quartier (d'après Statistique Canada)
<b>Zone urbaine</b>	Localisation urbaine de la résidence au moment de l'évaluation initiale « Zone urbaine » correspond aux types 1 à 3 de la Classification des secteurs statistiques (CSS)
<b>Vit seul</b>	Le client ne vit pas avec un aidant principal. Selon l'évaluation RAI-HC, <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit qu'il a un aidant principal qui ne vit pas avec lui</li> <li>• soit qu'il n'a pas d'aidant principal</li> </ul>
<b>Symptômes de détresse de l'aidant</b>	L'aidant exprime des symptômes de détresse, de colère ou de dépression
<b>L'aidant n'est pas en mesure de continuer</b>	L'aidant n'est pas en mesure de continuer à prodiguer des soins, où 0 = non et 1 = oui
Comportements et déficiences	
<b>Requiert une aide physique</b>	Évalué à l'aide de l'échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), où 0 = aucune déficience fonctionnelle et 6 = dépendance totale
<b>Déficience cognitive</b>	Déficience cognitive évaluée à l'aide de l'échelle de rendement cognitif (CPS), où 0 = intact et 6 = déficience très grave
<b>Comportements réactifs</b>	Comportements réactifs, notamment au moins un incident d'agressivité verbale ou physique, de comportement socialement inapproprié ou perturbateur ou de résistance aux soins, où le comportement n'a pas été observé dans les 3 derniers jours
<b>Errance</b>	Errance dans les 3 derniers jours

<b>Facteur</b>	<b>Définition</b>
Comportements et déficiences (suite)	
<b>Instabilité de la santé (1 et plus à l'échelle CHESS)</b>	Instabilité médicale évaluée à l'aide de l'échelle CHESS (échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes), où une note égale ou supérieure à 1 indique une instabilité
<b>Chutes</b>	Fréquence des chutes, au moins une chute enregistrée dans les 90 derniers jours
<b>Incontinence urinaire</b>	Incontinence urinaire évaluée comme occasionnelle ou plus fréquente
<b>Incontinence fécale</b>	Incontinence fécale évaluée comme occasionnelle ou plus fréquente
<b>Oxygène</b>	Administration d'oxygène prévue dans le cadre du plan de soins
<b>Douleur quotidienne</b>	Tout signe de douleur quotidienne
Maladies et troubles	
<b>Démence</b>	Maladie d'Alzheimer ou autre démence constatée
<b>Signes de dépression</b>	Signes de dépression évalués à l'aide de l'échelle de mesure de la dépression (DRS), où une note supérieure à 2 indique que le client présente des symptômes nombreux ou fréquents
<b>Tout diagnostic psychiatrique</b>	Tout diagnostic psychiatrique constaté
<b>Diabète</b>	Diabète constaté
<b>Cardiopathie</b>	Maladie cardiaque constatée
<b>Insuffisance cardiaque congestive</b>	Insuffisance cardiaque congestive constatée
<b>Emphysème/MPOC/asthme</b>	Emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou asthme constaté
<b>Hypertension</b>	Hypertension constatée
<b>AVC</b>	Accident vasculaire cérébral constaté
<b>Maladie de Parkinson</b>	Maladie de Parkinson constatée
<b>Cancer</b>	Cancer constaté, à l'exclusion du cancer de la peau
<b>Arthrite</b>	Arthrite constatée
<b>Fracture de la hanche</b>	Fracture de la hanche constatée
<b>Ostéoporose</b>	Ostéoporose constatée

**Remarque**

\* Exclu des 31 facteurs analysés pour déterminer ceux associés à une probabilité plus élevée de transition vers les soins en hébergement.



**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

15523-0617

