



La démence au Canada

Notes méthodologiques



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 978-1-77109-726-0 (PDF)

© 2018 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *La démence au Canada — notes méthodologiques*. Ottawa, ON : ICIS; 2018.

This publication is also available in English under the title *Dementia in Canada — Methodology Notes*.

ISBN 978-1-77109-725-3 (PDF)

Table des matières

Introduction	4
Utilisation des estimations relatives à la démence du SCSMC de l'ASPC	5
Méthodologie du SCSMC	5
Obtention des estimations relatives à la démence du SCSMC	6
Adaptation de la définition de cas du SCSMC aux bases de données de l'ICIS	6
Utilisation des données du SCSMC comme dénominateur de base pour les mesures de l'ICIS	7
Sources de données de l'ICIS	7
Identification des personnes âgées atteintes de démence dans les bases de données de l'ICIS	9
Critères généraux d'exclusion	10
Création des cohortes de démence	11
Méthodes	13
Démence à domicile et en soins communautaires	13
Démence en soins de longue durée	17
Démence dans les hôpitaux	18
Démence à début précoce	19
Démence et chutes	20
Soins palliatifs et de fin de vie	21
Prévention et traitement de la démence	23
Défis et soutien des aidants naturels	23
Limites	25
Annexe 1 : Acronymes	27
Annexe 2 : Glossaire	28
Annexe 3 : Échelles de résultats	31
Références	32

Introduction

En collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a analysé les interactions des personnes âgées atteintes de démence avec le système de santé. Le rapport *La démence au Canada* traite de sujets variés, comme

- le fardeau épidémiologique de la démence;
- la démence à la maison et le fardeau pour les aidants;
- les caractéristiques des résidents atteints de démence dans les établissements de soins de longue durée et la qualité des soins qui leur sont prodigués;
- les caractéristiques des hospitalisations et des visites au service d'urgence chez les personnes âgées atteintes de démence;
- les politiques et programmes conçus pour aider les Canadiens à réduire leurs risques de démence et améliorer la qualité de vie de ceux qui en sont atteints.

Le rapport a été élaboré à l'aide des données sur la démence (y compris la maladie d'Alzheimer) du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) de l'ASPC et des banques de données de l'ICIS ci-dessous. Il met en relief les conséquences de la démence sur les systèmes de santé du Canada ainsi que sur les membres de la famille et les autres personnes qui fournissent des soins à la maison. Vous trouverez une description de ces banques de données à la prochaine section.

- Visites au service d'urgence : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)
- Admissions à l'hôpital : Base de données sur les congés des patients (BDGP) ou Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), et Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)
- Services à domicile financés par le secteur public : Système d'information sur les services à domicile (SISD)
- Soins de longue durée financés par le secteur public : Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)
- Demandes de remboursement de médicaments : Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)

Utilisation des estimations relatives à la démence du SCSMC de l'ASPC

Le rapport repose en grande partie sur les activités de surveillance de la démence de l'ASPC, particulièrement sur les [données sur la démence du SCSMC](#). Ces dernières ont été utilisées pour

- faire état, dans la section [Les conséquences de la démence pour les Canadiens](#), de la prévalence et de l'incidence de la démence, ainsi que de la mortalité, toutes causes confondues, qui y est liée, et comparer la prévalence de la démence avec celle d'autres maladies chroniques à partir de données accessibles au public;
- élaborer des critères permettant de déceler les cas de démence dans les bases de données de l'ICIS;
- fournir des dénominateurs de base pour plusieurs mesures à l'aide des projections à court terme ou des données en cours afin de maximiser l'actualité des données.

Méthodologie du SCSMC

Le SCSMC est un réseau de collaboration de systèmes de surveillance provinciaux et territoriaux financé par l'ASPC. Pour chaque province et territoire, la base de données du registre de l'assurance maladie est jumelée à celles de la facturation des médecins et des hospitalisations. Dans le cas de la démence, on a également effectué un couplage avec les bases de données sur les médicaments d'ordonnance dont les données peuvent être couplées, pour les provinces et territoires où une telle base de données existe. L'ASPC reçoit régulièrement des données agrégées sur la prévalence et l'incidence de la démence, ainsi que sur la mortalité, toutes causes confondues, qui y est liée, par groupe d'âge et par sexe.

Dans le SCSMC, la démence diagnostiquée est signalée¹ si une personne de 65 ans et plus est associée à l'un de ces éléments :

- au moins un enregistrement d'hospitalisation avec un code de la CIM-10-CA ou de la CIM-9 associé à la démence, y compris la maladie d'Alzheimer;
- au moins 3 réclamations de facturation d'un médecin au cours d'une période de 2 ans (toutes espacées d'au moins 30 jours) avec un code de la CIM-9 associé à la démence, y compris la maladie d'Alzheimer;
- au moins un enregistrement indiquant une prescription d'inhibiteur de la cholinestérase ou d'un antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA).

Les données du SCSMC sont recueillies depuis l'exercice 1995-1996, mais les données sur la démence n'y sont déclarées que depuis 2002-2003. Vous trouverez des précisions sur la méthodologie, les définitions et les spécifications provinciales du SCSMC dans l'[Infobase de la santé publique](#).

Interprétation des tendances et des variations géographiques dans les données du SCSMC

Les variations dans l'état de santé au fil du temps et entre les provinces et territoires sont en partie attribuables aux différences dans la couverture des bases de données sur les médicaments et dans l'accès aux inhibiteurs de la cholinestérase et à un antagoniste des récepteurs NMDA, ainsi qu'à d'autres écarts dans les méthodes de collecte de données, les systèmes de codification et de classification, de même que les pratiques de facturation des médecins. Ces facteurs doivent être pris en considération dans l'interprétation des variations.

Obtention des estimations relatives à la démence du SCSMC

Les [cubes de données](#) du SCSMC ont permis d'obtenir des estimations sur la prévalence et l'incidence de la démence et d'autres maladies ainsi que sur la mortalité (toutes causes confondues) qui y est liée à des fins de comparaison.

Adaptation de la définition de cas du SCSMC aux bases de données de l'ICIS

Comme les identificateurs des patients du SCSMC ne sont pas accessibles au public, l'ICIS a adapté l'algorithme du SCSMC afin d'identifier les personnes âgées atteintes de démence et d'extraire l'information sur leurs interactions avec le système de santé. L'ICIS a également adapté les critères du SCSMC sur la démence diagnostiquée à chacune de ses bases de données et a ajouté les données du SISLD au volet sur les soins de longue durée. Des précisions à ce sujet sont fournies dans le tableau 1.

Utilisation des données du SCSMC comme dénominateur de base pour les mesures de l'ICIS

Dans son analyse, l'ICIS a utilisé les données sur la prévalence ou les projections à court terme (si les données n'étaient pas disponibles au moment de la publication) comme dénominateur de base pour 2015-2016.

L'ICIS a utilisé les estimations de la prévalence de la démence du SCSMC pour l'ensemble des provinces et territoires, sauf les suivants :

- **Ontario** : Pour tous les exercices, les estimations de la prévalence de la démence ont été obtenues de l'Institut de recherche en services de santé à l'aide de la définition de cas du SCSMC.
- **Saskatchewan** : En raison de différences dans la codification des données sur la facturation des médecins, les données de la Saskatchewan sont exclues de toutes les années de données sur la prévalence publiées dans le SCSMC. Afin de calculer les interactions des personnes âgées atteintes de démence avec le système de santé, l'ICIS a obtenu des estimations et des projections sur 2 ans directement du ministère de la Santé de la Saskatchewan. Un algorithme sur mesure a été utilisé.
- **Nouveau-Brunswick, Alberta et Yukon** : Les estimations pour 2015 n'étaient pas disponibles au moment de l'analyse; des projections sur 2 ans ont donc été utilisées.

Sources de données de l'ICIS

Vous trouverez une description complète de chaque base de données de l'ICIS, y compris de sa couverture, sur le [site Web de l'ICIS](#).

Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière

La BDCP recueille des données administratives, cliniques et démographiques sur les sorties des hôpitaux transmises par les établissements de l'ensemble des provinces et territoires, sauf le Québec. Les données du Québec sont soumises directement à l'ICIS par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ces données s'ajoutent à celles de la BDCP pour former la BDMH. La CIM-10-CA et la CCI sont utilisées pour codifier les diagnostics et les interventions dans la BDCP et la BDMH.

Systeme national d'information sur les soins ambulatoires

Le SNISA recueille des renseignements sur les visites en soins ambulatoires dans les milieux communautaires et hospitaliers. Le SNISA recueille actuellement des données sur les chirurgies d'un jour, l'utilisation des services d'urgence et les autres visites en soins ambulatoires. Les données varient d'une région à l'autre. La CIM-10-CA et la CCI sont utilisées pour codifier les diagnostics et les interventions dans le SNISA.

Systeme d'information ontarien sur la santé mentale

Le SIOSM contient de l'information sur toutes les personnes qui reçoivent des services de santé mentale pour adultes en Ontario et sur 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.

Systeme d'information sur les soins de longue durée

Le SISLD contient des données démographiques, administratives et cliniques et de l'information sur l'utilisation des ressources pour les patients qui reçoivent des soins de longue durée dans les hôpitaux ou les établissements de soins de longue durée au Canada. Les organismes participants transmettent également des renseignements sur les caractéristiques de l'établissement afin de faciliter les études et les analyses comparatives. Les normes sur les données cliniques du SISLD proviennent de l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 (RAI-MDS 2.0) créé par interRAI, un réseau international de recherche ayant pour mission d'améliorer les soins aux personnes qui ont des besoins médicaux complexes. L'ICIS a modifié ces normes, avec la permission d'interRAI, en vue de leur utilisation au Canada.

Systeme d'information sur les services à domicile

Le SISD contient de l'information provenant de l'instrument d'évaluation des résidents — services à domicile (RAI-HC) créé par interRAI. Cet instrument d'évaluation est conçu pour être utilisé auprès des adultes qui reçoivent des services à domicile et en milieu communautaire. En plus de données administratives et démographiques et d'information sur l'utilisation des ressources, les données de l'instrument RAI-HC recueillies auprès de programmes publics de services à domicile sont soumises au SISD et rendues accessibles à l'échelle du Canada. Elles permettent de planifier et de surveiller les soins, de comprendre les populations, d'améliorer la qualité des services et de répartir adéquatement les ressources.

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

Le SNIUMP contient des données sur les demandes de remboursement de médicaments prescrits recueillies auprès des régimes publics d'assurance médicaments de 9 provinces canadiennes. Le SNIUMP renferme des données pancanadiennes liées aux listes de médicaments remboursés des régimes publics, aux demandes de remboursement de médicaments et aux politiques des régimes, ainsi que des statistiques sur la population. Ces données permettent de réaliser, en temps voulu, des analyses comparatives exactes et pertinentes en vue de l'élaboration de politiques pharmaceutiques éclairées et de la gestion efficace des régimes publics d'assurance médicaments du Canada.

Identification des personnes âgées atteintes de démence dans les bases de données de l'ICIS

Dans chaque base de données de l'ICIS, les personnes âgées atteintes de démence ont été repérées à l'aide de critères correspondants aux éléments de la définition de la démence (y compris la maladie d'Alzheimer) du SCSMC. Des cas ont aussi été décelés dans les bases de données sur les services à domicile et les soins de longue durée, mais pas dans les registres de facturation des médecins comme dans le SCSMC. La définition complète du SCSMC n'a pu être utilisée avec les données de l'ICIS, car il a été impossible de coupler les bases de données.

Tableau 1 Définition de la démence dans chaque banque de données

Banque de données	Description	Variabes ou codes
Base de données sur la morbidité hospitalière et Système national d'information sur les soins ambulatoires	Démence de la maladie d'Alzheimer	CIM-10-CA : F000, F001, F002, F009
	Démence vasculaire	CIM-10-CA : F010, F011, F012, F013, F018, F019
	Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs	CIM-10-CA : F020, F021, F022, F023, F024, F028
	Démence, sans précision	CIM-10-CA : F03
	Maladie d'Alzheimer	CIM-10-CA : G300, G301, G308, G309
Système d'information ontarien sur la santé mentale	Maladie d'Alzheimer ou démence vasculaire	DSM-IV : 290, 2904, 29040, 29041, 29042, 29043, 2941, 29410, 29411, 2948

Banque de données	Description	Variables ou codes
Système d'information sur les soins de longue durée	Maladie d'Alzheimer et autres démences	RAI-MDS 2.0 Valeurs des variables et des réponses : I1R = 1 ou I1V = 1
Système d'information sur les services à domicile	Maladie d'Alzheimer et autres démences	RAI-HC Valeurs des variables et des réponses : J1G = 1, 2 ou J1H = 1, 2, où 1 = diagnostiqué, mais pas dans le cadre d'un traitement ciblé ou d'une surveillance par un professionnel de la santé et 2 = dans le cadre d'un traitement ciblé
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits	Personnes qui se sont fait prescrire un inhibiteur de la cholinestérase ou un antagoniste des récepteurs NMDA	Donépézil, rivastigmine, galantamine, mémantine

Remarque

Pour la BDMH et le SNISA, les codes incluent tout type de diagnostic.

Critères généraux d'exclusion

Certains critères d'exclusion ont été appliqués à toutes les banques de données :

- La couverture provinciale ou territoriale n'a pas été considérée comme assez exhaustive pour la production de rapports.
- L'information requise pour coupler les données était manquante ou l'un ou l'autre des éléments suivants n'était pas valide :
 - numéro d'assurance maladie (NAM);
 - province émettrice du NAM.
- Le NAM a été émis par le gouvernement du Canada (p. ex. militaires ou prisonniers). Cette population est aussi exclue de la couverture du SCSMC.
- Le sexe déclaré n'était ni masculin ni féminin.
- La date d'admission ou de sortie n'était pas valide.
- La catégorie d'admission indiquait un donneur décédé (catégorie d'admission = R).
- La personne était âgée de moins de 65 ans. (Remarque : La plage d'âge de 18 à 64 ans a été utilisée aux fins de l'analyse sur la démence à début précoce.)

Création des cohortes de démence

Les méthodes suivantes ont servi à repérer les personnes ayant reçu un diagnostic de démence selon le milieu de soins :

Cohorte de démence principale (soins de courte durée)

Sources des données : BDMH, SIOSM

Années : 2012-2013 à 2015-2016

Critères d'inclusion :

- Sorties de l'hôpital avec au moins un code de démence (voir le tableau 1)
- Enregistrements des établissements de type 1 (soins de courte durée), 5 (établissements psychiatriques) et A (chirurgie d'un jour)

Nous avons créé une liste de NAM uniques incluant toutes les personnes de cette cohorte.

Cohorte de démence au service d'urgence

Source des données : SNISA

Années : 2012-2013 à 2015-2016

Critères d'inclusion :

- Visites au service d'urgence avec au moins un code de démence (voir le tableau 1)
- Habitants de l'Ontario et de l'Alberta, car ces provinces soumettent des données complètes au SNISA

Nous avons créé une liste de NAM uniques incluant toutes les personnes de cette cohorte.

Nous avons utilisé le NAM pour coupler cette cohorte avec la cohorte de démence principale afin d'inclure les personnes ayant reçu un diagnostic de démence qui n'ont pas visité un service d'urgence, mais qui ont été admises à l'hôpital durant la période étudiée.

Cohorte de démence en soins de longue durée

Source des données : SISLD

Années : 2012-2013 à 2015-2016

Critères d'inclusion :

- Évaluations de résidents en soins de longue durée avec au moins un indicateur de démence (voir le tableau 1)
- Personnes des 6 provinces et territoires qui soumettent des données complètes : Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique et Yukon

Nous avons utilisé le NAM pour coupler cette cohorte avec la cohorte de démence principale afin d'inclure les personnes qui n'ont pas reçu de diagnostic de démence dans un établissement de soins de longue durée, mais qui en ont reçu un lorsqu'elles ont été admises à l'hôpital durant la période étudiée.

Critères d'exclusion :

- Soins continus complexes en milieu hospitalier (code de secteur = 3), afin de ne cibler que les soins de longue durée offerts en établissement de soins en hébergement

Cohorte de démence dans les services à domicile

Source des données : SISD

Années : 2012-2013 à 2015-2016

Critères d'inclusion :

- Évaluations de clients en services à domicile avec au moins un indicateur de démence (voir le tableau 1)
- Personnes des 4 provinces et territoires qui soumettent des données complètes : Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario, Alberta et Yukon, ainsi que d'une province qui ne soumet que des données partielles : Colombie-Britannique

Nous avons utilisé le NAM pour coupler cette cohorte avec la cohorte de démence principale afin d'inclure les personnes qui n'ont pas reçu de diagnostic de démence dans le cadre de services à domicile, mais qui en ont reçu un lorsqu'elles ont été admises à l'hôpital durant la période étudiée.

Méthodes

Les méthodes utilisées pour l'analyse sont décrites après le tableau suivant :

Tableau 2 Bases de données et années de données analysées

Sujet	BDCP et BDMH	SIOSM	SNISA	SISLD	SISD	SNIUMP	SCSMC et ASPC
Conséquences de la démence	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2002-2003 à 2013-2014
Services à domicile et soins communautaires	2012-2013 à 2015-2016	2012-2013 à 2015-2016	s.o.	2012-2013 à 2015-2016	2012-2013 à 2015-2016	s.o.	2011-2012 à 2015-2016
Soins de longue durée	2008-2009 à 2015-2016	2010-2011 à 2015-2016	s.o.	2008-2009 à 2015-2016	s.o.	s.o.	s.o.
Démence dans les hôpitaux	2008-2009 à 2015-2016	2010-2011 à 2015-2016	2012-2013 à 2015-2016	s.o.	s.o.	s.o.	2015-2016
Prévention	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	2011-2012 à 2015-2016	s.o.
Conséquences des chutes	2008-2009 à 2015-2016	2010-2011 à 2015-2016	2012-2013 à 2015-2016	2008-2009 à 2015-2016	2012-2013 à 2015-2016	s.o.	2015-2016
Soins palliatifs	2012-2013 à 2015-2016	2012-2013 à 2015-2016	s.o.	2012-2013 à 2015-2016	2012-2013 à 2015-2016	s.o.	2013-2014 (mortalité seulement)
Démence à début précoce	2012-2013 à 2015-2016	2012-2013 à 2015-2016	s.o.	2012-2013 à 2015-2016	2012-2013 à 2015-2016	s.o.	s.o.
Aidants naturels	2012-2013 à 2015-2016	2012-2013 à 2015-2016	s.o.	s.o.	2012-2013 à 2015-2016	s.o.	s.o.

Remarque

s.o. : sans objet.

Démence à domicile et en soins communautaires

Aperçu : Comparaison des lieux de résidence (soins de longue durée ou autre) des personnes âgées atteintes de démence et non atteintes de démence

Sources des données : SISLD, SISD, SCSMC

Calcul du nombre de personnes âgées atteintes de démence ne vivant pas dans un établissement de soins de longue durée

Le SISD contient uniquement des données sur les bénéficiaires de services à domicile financés par le secteur public. Comme il ne contient pas de données sur les personnes âgées atteintes de démence qui vivent à la maison et ne reçoivent pas de services à domicile, il faut utiliser les données du SCSMC sur la prévalence des personnes âgées atteintes de démence et en soustraire le nombre de personnes âgées atteintes de démence qui vivent dans un établissement de soins de longue durée.

Source des données : SISLD

Critères d'inclusion :

- Personnes qui vivaient dans un établissement de soins de longue durée entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016
- Personnes des 5 provinces et territoires qui soumettent des données complètes : Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique et Yukon (le Yukon a été exclu en raison d'irrégularités observées lors de la comparaison avec les données du SCSMC)

Nous avons utilisé le NAM pour coupler cette cohorte avec la cohorte de démence en soins de longue durée afin d'identifier toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de démence, peu importe si elles avaient un diagnostic de démence en 2015-2016.

Critères d'exclusion :

- Soins continus complexes en milieu hospitalier (code de secteur = 3), afin de ne cibler que les soins de longue durée offerts en établissement de soins en hébergement

Analyse des bénéficiaires de services à domicile

Source des données : SISD

Critères d'inclusion :

- Évaluations réalisées lors de la prestation de services à domicile entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016
- Pour chaque personne, seule la dernière évaluation a été conservée

Critères d'exclusion :

- Clients dont la première évaluation a eu lieu à l'hôpital

Nous avons analysé les caractéristiques des bénéficiaires de services à domicile pour les échelles de résultats décrites à l'annexe 3.

Facteurs agissant sur l'admission en soins de longue durée après une évaluation initiale

La méthode fondée sur un modèle de régression logistique multivariable élaborée pour le rapport [Aînés en transition : cheminements dans le continuum des soins](#) de l'ICIS a permis de cibler les personnes âgées atteintes de démence. Dans ce modèle, toutes les personnes âgées ont subi une évaluation initiale en 2012-2013. Cette évaluation a été utilisée pour établir leur admissibilité aux soins de longue durée, ainsi que pour évaluer leur état de santé et leurs besoins en matière de soins. Après leur évaluation initiale, ces personnes âgées ont suivi l'une des 3 trajectoires de soins possibles (voir le tableau 3).

Tableau 3 Trajectoires de soins des personnes âgées atteintes de démence

Trajectoire	Milieu initial	Évaluation	Milieu final
1	Soins de longue durée	Instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 d'interRAI	Soins de longue durée
2	Services à domicile	Instrument d'évaluation des résidents — services à domicile d'interRAI	Services à domicile
3	Services à domicile	Instrument d'évaluation des résidents — services à domicile d'interRAI	Soins de longue durée

Le modèle a permis de comparer les personnes âgées selon leur trajectoire. Les facteurs inclus dans le modèle étaient fondés sur l'information recueillie lors de l'évaluation initiale. Au total, nous avons analysé 32 facteurs afin de définir ceux qui étaient associés à une probabilité accrue que le milieu de soins initial de la personne âgée atteinte de démence ait été un établissement de soins de longue durée.

Tableau 4 Facteurs inclus dans les modèles de régression logistique

Facteur	Définition
Facteurs relatifs au patient	
Hospitalisation	Hospitalisé au moment de l'évaluation initiale
Grand utilisateur	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
Âge	Âge en années révolues à la date de l'évaluation
Sexe masculin	Client de sexe masculin

Facteur	Définition
Facteurs relatifs au patient (suite)	
Quintile de revenu	Quintile de revenu du quartier (d'après Statistique Canada)
Région urbaine	Localisation urbaine de la résidence au moment de l'évaluation initiale, correspond aux types 1 à 3 de la Classification des secteurs statistiques
Vit seul	Le client vit seul : <ul style="list-style-type: none"> • Il ne vit pas avec un aidant principal. Selon l'évaluation RAI-HC, le client <ul style="list-style-type: none"> – a un aidant principal qui ne vit pas avec lui; ou – n'a pas d'aidant principal.
Symptômes de détresse de l'aidant	L'aidant exprime des symptômes de détresse, de colère ou de dépression
L'aidant n'est pas en mesure de continuer	L'aidant n'est pas en mesure de continuer à prodiguer des soins, où 0 = non et 1 = oui
Comportements et déficiences	
Besoin d'assistance physique	Évalué à l'aide de l'échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne, où 0 = aucune déficience fonctionnelle et 6 = dépendance totale
Déficience cognitive	Évaluée à l'aide de l'échelle de rendement cognitif, où 0 = intact et 6 = déficience très grave
Comportements réactifs	Comportements réactifs, notamment au moins un incident d'agressivité verbale ou physique, de comportement socialement inapproprié ou perturbateur ou de résistance aux soins, observés dans les 3 derniers jours
Errance	Errance dans les 3 derniers jours
Toute instabilité de la santé	Instabilité médicale évaluée à l'aide de l'échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes (CHESS), où une note égale ou supérieure à 1 indique une instabilité
Chutes	Au moins une chute enregistrée dans les 90 derniers jours
Incontinence urinaire	Incontinence évaluée comme occasionnelle ou plus fréquente
Incontinence fécale	Incontinence évaluée comme occasionnelle ou plus fréquente
Oxygène	Administration d'oxygène prévue dans le cadre du plan de soins
Douleur quotidienne	Tout signe de douleur quotidienne
Maladies et troubles	
Signes de dépression	Signes de dépression évalués à l'aide de l'échelle de mesure de la dépression, où une note de 3 ou plus indique que le client présente des symptômes nombreux ou fréquents
Tout trouble psychiatrique diagnostiqué	Tout diagnostic psychiatrique constaté
Diabète	Diabète constaté
Cardiopathie	Maladie cardiaque constatée

Facteur	Définition
Maladies et troubles (suite)	
Insuffisance cardiaque congestive	Insuffisance cardiaque congestive constatée
Emphysème/ MPOC/asthme	Emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou asthme constaté
Hypertension	Hypertension constatée
Accident vasculaire cérébral	Accident vasculaire cérébral constaté
Maladie de Parkinson	Maladie de Parkinson constatée
Cancer	Cancer constaté, à l'exclusion du cancer de la peau
Arthrite	Arthrite constatée
Fracture de la hanche	Fracture de la hanche constatée
Ostéoporose	Ostéoporose constatée

Démence en soins de longue durée

Aperçu : Recours à la contention physique et à des antipsychotiques potentiellement inappropriés chez les personnes âgées atteintes de démence qui résident dans un établissement de soins de longue durée, y compris les tendances et la comparaison avec les personnes âgées non atteintes de démence

Source des données : SISLD

Critères d'inclusion :

- 65 ans et plus
- Personnes qui ont reçu des soins de longue durée en établissement entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016
- Personnes des 6 provinces et territoires qui soumettent des données complètes : Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique et Yukon

Critères d'exclusion :

- Soins continus complexes en milieu hospitalier en Ontario, afin de ne cibler que les soins de longue durée en établissement de soins en hébergement

Tableau 5 Critères de sélection des cohortes en soins de longue durée

Cohorte	Critères de sélection
Tous les épisodes de soins actifs	<ul style="list-style-type: none"> • Résidents dont la date d'admission est antérieure au 31 mars 2016 et la date de sortie est manquante ou postérieure au 1^{er} avril 2015 • Dernier épisode seulement pour chaque résident
Épisodes d'admission sélectionnés pour les caractéristiques des résidents	<ul style="list-style-type: none"> • Résidents dont la date d'admission se situe entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016 • Retrait des épisodes où la personne est sortie dans les 92 jours précédant l'admission sélectionnée
Évaluations sélectionnées pour les caractéristiques des résidents en soins de longue durée	<ul style="list-style-type: none"> • Résidents évalués entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016 • Dernière évaluation seulement pour chaque résident
Évaluations sélectionnées pour la production de rapports sur les indicateurs de qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluations réalisées entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016 • Identificateur du dénominateur de l'indicateur de qualité = 1

Démence dans les hôpitaux

Aperçu : Comparaison des taux d'admissions, des raisons d'hospitalisation, de la durée des séjours (y compris au service d'urgence) et des préjudices à l'hôpital chez les personnes âgées atteintes de démence et non atteintes de démence

Sources des données : BDMH, SNISA, SCSCM

Visites au service d'urgence

Critères d'inclusion :

- Personnes incluses dans la cohorte de démence au service d'urgence (décrite ci-dessus)
- Toutes les visites au service d'urgence entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016

Admissions à l'hôpital

Critères d'inclusion :

- Personnes incluses dans la cohorte de démence principale (décrite ci-dessus)
- Toutes les sorties entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016

Préjudices à l'hôpital

Critères d'inclusion :

- Personnes incluses dans la cohorte de démence principale (décrite ci-dessus)
- Sorties entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016

Critères d'exclusion :

- Sorties des établissements de soins de courte durée du Québec
- Sorties de patients de 15 ans et plus ayant reçu certains diagnostics de santé mentale (code de diagnostic principal du groupe F10 à F99)

La définition d'un préjudice à l'hôpital repose sur celle fournie dans l'indicateur de l'ICIS intitulé Préjudices à l'hôpital (voir le [Répertoire des indicateurs](#) pour plus de détails). Un modèle de régression logistique multivariable a été utilisé pour définir les facteurs associés aux préjudices à l'hôpital chez les personnes âgées atteintes de démence. Les variables qui étaient significatives, et qui ont donc été incluses dans le modèle, étaient les suivantes : durée totale du séjour, transfert depuis un autre établissement ou programme de soins de santé, et présence de comorbidités avant l'admission mesurées selon l'indice Charlson.

Démence à début précoce

Aperçu : Comparaison des personnes ayant reçu un diagnostic de démence avant l'âge de 65 ans et de celles ayant reçu leur diagnostic à 65 ans et plus en ce qui a trait aux hospitalisations, aux soins de longue durée et aux services à domicile

Sources des données : BDCP, SIOSM, SISLD, SISD

Admissions à l'hôpital

Critères d'inclusion :

- Sorties des établissements de soins de courte durée déclarées dans la BDMH et le SIOSM (type d'établissement analytique = 1)
- Sorties survenues entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016
- Personnes âgées de 18 à 64 ans

Soins de longue durée

Critères d'inclusion :

- Mêmes critères que ceux utilisés pour la cohorte des soins de longue durée
- Résidents des établissements de soins de longue durée évalués entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016
- Personnes âgées de 18 à 64 ans

Services à domicile

Critères d'inclusion :

- Mêmes critères que ceux utilisés pour la cohorte des services à domicile
- Clients qui ont reçu des services à domicile et ont été évalués entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016
- Personnes âgées de 18 à 64 ans

Nous avons analysé les caractéristiques des bénéficiaires de services à domicile pour les échelles de résultats décrites à l'annexe 3.

Démence et chutes

Aperçu : Taux de visites au service d'urgence et d'hospitalisations liées à une chute chez les personnes âgées atteintes de démence et non atteintes de démence, vivant à la maison ou dans un établissement de soins de longue durée, et comparaison par niveau de revenu

Sources des données : BDCP/BDMH, SNISA, SISLD, SISD, Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+)

Visites au service d'urgence liées à une chute

Les critères d'inclusion suivants ont été appliqués à la cohorte des visites au service d'urgence (décrite ci-dessus) :

- Visites au service d'urgence en Ontario et en Alberta
- Visites entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016
- Présence d'au moins un code de chute de la CIM-10-CA du groupe W00 à W19 et d'un problème correspondant défini comme secondaire

Admissions à l'hôpital liées à une chute

Les critères d'inclusion suivants ont été appliqués à la cohorte de démence principale (décrite ci-dessus) :

- Sorties des établissements de soins de courte durée (type d'établissement analytique = 1)
- Sorties survenues entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016
- Présence d'au moins un code de chute de la CIM-10-CA du groupe W00 à W19 et d'un type de diagnostic correspondant = 9 (code de cause externe du traumatisme)

Le FCCP+ (version 6D) de Statistique Canada a été utilisé pour attribuer un quintile de revenu aux patients. Les mesures des inégalités liées au revenu ont été examinées selon 5 niveaux (quintiles) déterminés à l'aide du revenu moyen du quartier.

Chutes en soins de longue durée

Dans la cohorte de démence en soins de longue durée (décrite ci-dessus), nous avons identifié les résidents en soins de longue durée ayant fait une chute dans les 30 derniers jours, selon l'évaluation RAI-MDS 2.0.

Chutes parmi les clients des services à domicile

Dans la cohorte de démence dans les services à domicile (décrite ci-dessus), nous avons identifié les clients des services à domicile ayant fait une chute dans les 90 derniers jours, selon l'évaluation RAI-HC.

Soins palliatifs et de fin de vie

Aperçu : Soins palliatifs fournis aux personnes âgées atteintes de démence au cours de leur dernière année de vie dans divers milieux de soins, y compris une comparaison selon qu'elles étaient également atteintes d'un cancer ou non

Sources des données : BDCP, SIOSM, SISLD, SISD

Tableau 6 Critères de sélection des bénéficiaires de soins palliatifs

Milieu de soins	Source des données	Critères de sélection des bénéficiaires de soins palliatifs
Soins de courte durée	BDCP, SIOSM	<ul style="list-style-type: none"> • Sorties des établissements de soins de courte durée (type d'établissement analytique = 1) • Sorties survenues entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016 • Admissions à l'hôpital à l'extérieur du Québec (en raison de différences dans la codification des soins palliatifs) • Personnes dont la carte d'assurance maladie a été émise à l'extérieur du Québec • Personnes décédées à l'hôpital entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016 • Personnes désignées comme nécessitant des soins palliatifs si elles présentaient au moins une occurrence de n'importe lequel des facteurs suivants dans les 12 mois précédant leur décès : <ul style="list-style-type: none"> – Code de soins palliatifs de la CIM-10-CA Z51.5 dans l'abrégié de l'hôpital – Service principal = soins palliatifs – Code de service d'intervention = médecine palliative – Fournisseur de services = médecine palliative
Soins de longue durée	SISLD	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes ayant eu une évaluation RAI-MDS 2.0 dans leur dernière année de vie qui contenait la mention « soins palliatifs »
Services à domicile	SISD	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes qui appartenaient au groupe de clients en fin de vie; ou • Personnes ayant eu une évaluation RAI-HC dans leur dernière année de vie qui contenait n'importe lequel des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> – Objectif de soins palliatifs – Soins palliatifs planifiés – Pronostic de moins de 6 mois à vivre

Vous trouverez de plus amples renseignements sur la définition des soins palliatifs sur le site du [Réseau ontarien des soins palliatifs](#).

Analyse relative au cancer

- Soins de courte durée : Personnes qui présentaient au moins un code de la CIM-10-CA du groupe C00 à C97 (tout type de diagnostic) dans les 12 mois précédant leur décès
- Soins de longue durée et services à domicile : Indicateur de cancer dans les évaluations interRAI

Prévention et traitement de la démence

Aperçu : Tendances relatives aux médicaments contre la démence prescrits aux personnes âgées atteintes de démence

Source des données : SNIUMP

Critères d'inclusion :

- Enregistrements de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Manitoba, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique; le Yukon a été exclu, car les estimations requises n'étaient pas disponibles dans le SCSMC
- Personnes qui se sont fait prescrire l'un des médicaments contre la démence suivants : donépézil, rivastigmine, galantamine ou mémantine
- Prescriptions faites en 2011-2012 (entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 mars 2012) et en 2015-2016 (entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016)

Défis et soutien des aidants naturels

Aperçu : Comparaison des aidants naturels des personnes âgées atteintes de démence et non atteintes de démence, et facteurs associés à leur détresse

Source des données : SISD

Critères d'inclusion :

- Cohorte de démence dans les services à domicile (décrite ci-dessus)
- Présence de détresse si au moins un des éléments suivants était présent dans l'évaluation RAI-HC :
 - L'aidant n'est pas en mesure de continuer à prodiguer des soins
 - L'aidant principal exprime des sentiments de détresse, de colère ou de dépression

Facteurs associés à la détresse des aidants

Un modèle de régression logistique multivariable a été utilisé pour définir les facteurs associés à une probabilité accrue de détresse chez l'aidant naturel. Plus de 30 facteurs classés dans 6 grandes catégories (démographie, fonctions, état de santé, humeur et comportement, utilisation des services, et soutien informel) ont été examinés. Ils ont été sélectionnés à partir d'une analyse antérieure de l'ICIS.

Tableau 7 Facteurs inclus dans le modèle de régression logistique

Facteur	Définition
Caractéristiques démographiques des clients	
Région urbaine	Localisation urbaine de la résidence au moment de l'évaluation, correspond aux types 1 à 3 de la Classification des secteurs statistiques
Sexe masculin	Client de sexe masculin
Âge	Âge en années révolues en date du 1 ^{er} avril 2015
Fonctions	
Déficiência cognitive modérée à grave	Mesurée à l'aide de l'échelle de rendement cognitif (CPS) (de 0 à 6), où une note de 3 ou plus indique une déficiencia modérée à grave
Un peu ou beaucoup de difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne	Mesurée à l'aide de l'échelle d'évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) (de 0 à 21), où une note de 3 ou plus indique une difficulté à effectuer les AIVQ de manière autonome
Besoin d'assistance physique	Mesuré à l'aide de l'échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) (de 0 à 6), où une note de 1 ou plus indique une dépendance allant de faible à totale et le besoin d'assistance physique
État de santé	
Toute instabilité médicale	Mesurée à l'aide de l'échelle CHESS (de 0 à 5), où une note de 1 ou plus indique une instabilité
Mauvais état de santé autodéclaré	Le client évalue sa santé comme étant mauvaise
Chutes	Au moins une chute enregistrée dans les 90 derniers jours
Insuffisance rénale	Insuffisance rénale constatée
Toute incontinence	Incontinence urinaire ou fécale évaluée comme occasionnelle ou plus fréquente
Humeur et comportement	
Dépression possible	Mesurée à l'aide de l'échelle de mesure de la dépression (DRS) (de 0 à 14), où une note de 3 ou plus indique un problème de dépression réel ou potentiel
Comportements réactifs	Au moins un incident d'agressivité verbale ou physique, de comportement socialement inapproprié ou perturbateur, ou de résistance aux soins a été observé dans les 3 derniers jours
Expressions de colère ou conflit avec la famille	Exprime de la colère envers la famille ou est en conflit avec la famille
Délires ou hallucinations	Délires ou hallucinations constatés
Errance	Errance dans les 3 derniers jours

Facteur	Définition
Utilisation des services	
Utilisation de soins de relève, de soins de jour ou de services hospitaliers de jour	Reçoit des soins de relève, des soins de jour ou des services hospitaliers de jour
Aucune visite d'un infirmier ou d'une aide de services à domicile et aucun service de physiothérapie	Ne reçoit pas la visite d'un infirmier ou d'une aide de services à domicile ni de services de physiothérapie à domicile
Toute hospitalisation ou visite à l'urgence	Nombre d'admissions avec séjour de nuit à l'hôpital ou de visites au service d'urgence supérieur à 0
Aucun service d'entretien ménager	Ne reçoit pas de services d'entretien ménager
Soutien informel	
Heures de soins informels	Heures de soins prodigués par l'aidant naturel par semaine
Relation conjugale avec l'aidant principal	L'aidant principal est le conjoint
Reçoit de l'assistance dans les activités de la vie quotidienne	Reçoit du soutien pour l'exécution des activités de la vie quotidienne

Limites

Différences dans la disponibilité des soins aux personnes âgées et la terminologie selon l'autorité compétente

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. Pour en savoir plus, consultez le document de l'ICIS intitulé [Aînés en transition : cheminements dans le continuum des soins — notes méthodologiques](#). Par souci d'uniformité, l'expression « établissement de soins de longue ou centres de soins infirmiers » est utilisée dans le rapport numérique pour désigner les établissements de soins en hébergement. Pour cette raison, il faut faire preuve de vigilance dans les comparaisons entre provinces.

Différences dans la disponibilité des données selon l'autorité compétente

Les provinces et territoires ne soumettent pas tous des données aux banques de données de l'ICIS utilisées aux fins de l'analyse. Par conséquent, il n'est pas toujours possible de tous les comparer. Le cas échéant, il a été supposé que les résultats étaient représentatifs de l'ensemble des provinces et territoires du Canada.

Projection de la prévalence de la démence

Les estimations du SCSMC pour 2015-2016 pour le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et le Yukon n'étaient pas disponibles au moment de l'analyse. Des projections ont donc été utilisées.

Identification des cas de démence diagnostiquée

Pour être incluses dans les analyses, les personnes âgées devaient

- avoir eu des interactions avec le système de santé;
- avoir des renseignements à leur dossier indiquant la présence de démence, comme un diagnostic, un indicateur ou un médicament contre la démence.

Les personnes âgées atteintes de démence qui n'ont pas eu d'interactions avec le système de santé au cours de la période étudiée ou pour qui aucune démence n'a été enregistrée n'ont pas été incluses dans les analyses. Le nombre réel de personnes âgées atteintes de démence est donc probablement sous-estimé.

Le fait d'utiliser les données du SCSMC présente des avantages pour décrire le fardeau actuel de la démence et surveiller les changements au fil du temps, notamment un cycle annuel de collecte de données; la disponibilité d'indicateurs de prévalence, d'incidence et de mortalité toutes causes confondues; les tendances au fil du temps. Bien que les estimations du SCSMC semblent conservatrices comparativement à celles d'autres sources de données, l'algorithme et la méthodologie sous-jacente ont été sélectionnés pour maximiser la validité et la comparabilité nationale des données¹. La sensibilité de l'algorithme du SCSMC pourrait aussi augmenter avec le temps, à mesure que la couverture des bases de données provinciales et territoriales sur les médicaments s'élargit.

Annexe 1 : Acronymes

AIVQ	activités instrumentales de la vie quotidienne
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
AR	agglomération de recensement
AVQ	activités de la vie quotidienne
BDCP	Base de données sur les congés des patients
BDMH	Base de données sur la morbidité hospitalière
CCI	Classification canadienne des interventions en santé
CHESS	échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes
CIM-9	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième version
CIM-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada
CPS	échelle de rendement cognitif
DRS	échelle de mesure de la dépression
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition
FCCP+	Fichier de conversion des codes postaux plus
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MPOC	maladie pulmonaire obstructive chronique
NAM	numéro d'assurance maladie
RAI-HC	instrument d'évaluation des résidents — services à domicile
RAI-MDS 2.0	instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0

RMR	région métropolitaine de recensement
SCSMC	Système canadien de surveillance des maladies chroniques
SIOSM	Système d'information ontarien sur la santé mentale
SISD	Système d'information sur les services à domicile
SISLD	Système d'information sur les soins de longue durée
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
SNIUMP	Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

Annexe 2 : Glossaire

activités de la vie quotidienne : Activités exécutées dans la vie de tous les jours, comme les soins personnels et la mobilité.

aidant naturel : Personne non rémunérée, aussi appelée « proche aidant », qui prodigue des soins à une personne qui a besoin d'aide en raison d'une déficience physique ou cognitive, d'une blessure ou d'une maladie chronique réduisant l'espérance de vie⁸.

comportements réactifs : Ce terme provient des personnes atteintes de démence qui privilégient son usage pour décrire comment leurs actions, paroles et gestes sont des réactions, souvent intentionnelles, à quelque chose d'important à leurs yeux.

démence : Terme générique désignant un ensemble de symptômes causés par des troubles affectant le cerveau. Parmi les symptômes figurent la perte de mémoire et des difficultés à réfléchir, à résoudre des problèmes ou à parler, assez graves pour réduire la capacité d'une personne à accomplir les activités de la vie quotidienne. Une personne atteinte de démence peut aussi avoir des sautes d'humeur ou des comportements changeants. La démence n'est pas une maladie comme telle. De nombreuses maladies peuvent la causer, notamment la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, un traumatisme crânien, la démence frontotemporale, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la maladie de Parkinson et la chorée de Huntington. Les symptômes associés à ces affections peuvent se ressembler et se recouper⁴.

diagnostic principal : Diagnostic ou affection considéré comme principalement responsable du séjour du patient à l'hôpital.

durée du séjour : Nombre de jours depuis l'admission jusqu'à la sortie, déclaré en nombre entier.

échelle de rendement cognitif : Échelle d'évaluation combinant de l'information sur les troubles de la mémoire, le niveau de conscience et la fonction exécutive. Les notes vont de 0 (intact) à 6 (déficience très grave)³.

indicateurs de la qualité du Système d'information sur les soins de longue durée : Indicateurs élaborés par interRAI pour fournir aux organismes des mesures de la qualité dans des domaines clés, comme les fonctions physiques et cognitives, la sécurité et la qualité de vie. Chaque indicateur est ajusté en fonction des caractéristiques du résident qui ne relèvent pas de la qualité des soins, mais peuvent influencer sur le résultat.

maladie d'Alzheimer : Type de démence qui affecte la mémoire, la pensée et le comportement. Les symptômes se développent habituellement lentement et s'aggravent au fil du temps, jusqu'au point où ils interfèrent dans l'exécution des tâches quotidiennes. La maladie d'Alzheimer est la forme de démence la plus courante. Elle représente de 60 % à 80 % des cas de démence².

Organisation de coopération et de développement économiques : Organisation internationale multidisciplinaire à laquelle participent 30 pays membres et qui sert de structure et de forum permettant aux gouvernements de se consulter et de coopérer afin d'élaborer et de perfectionner des politiques économiques et sociales⁵.

personne atteinte de démence : Personne qui a reçu un diagnostic de démence.

protocoles d'évaluation clinique : Gamme d'outils d'évaluation clinique et de gestion d'interRAI définissant les domaines où un résident présente un taux de déclin plus élevé que prévu, un potentiel accru de s'améliorer ou des symptômes qui pourraient être atténués si un problème était réglé.

région éloignée : Région éloignée des grands centres urbains et dont l'intégration sociale et économique aux grands centres urbains est faible ou inexistante.

région rurale : Toute région située à l'extérieur des régions urbaines, mais relativement proche, et dont la population est inférieure à 10 000 personnes.

région urbaine : Toute région qui peut être définie comme une région métropolitaine de recensement (RMR) ou une agglomération de recensement (AR), c'est-à-dire une région composée d'une ou de plusieurs municipalités voisines situées à proximité d'un grand centre urbain. Une RMR doit avoir une population totale d'au moins 100 000 habitants et son noyau urbain doit compter au moins 50 000 habitants. Une AR doit avoir un noyau urbain d'au moins 10 000 habitants.

soins communautaires : Comprennent un large éventail de services qui peuvent être classés comme services à domicile de courte durée (habituellement définie comme inférieure à 60 jours) et services à domicile de longue durée (qui peuvent être fournis au domicile du client ou dans un établissement d'hébergement en milieu communautaire).

soins en hébergement : Soins prodigués à diverses populations ayant besoin d'un accès en tout temps à des soins infirmiers, à des soins personnels et à d'autres services thérapeutiques et de soutien (de courte ou de longue durée). Les soins en hébergement comprennent diverses options d'hébergement pour les personnes, principalement des aînés, qui ont divers besoins en matière de services de soutien. Parmi les établissements de soins en hébergement figurent les résidences pour personnes âgées, les résidences avec services de soutien, les logements supervisés et les établissements de soins de longue durée.

soins palliatifs : Type de soins de santé pour les patients et les familles aux prises avec une maladie mortelle. Les soins palliatifs aident les patients à obtenir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à leur décès. Ils sont aussi appelés « soins de fin de vie » ou « soins de confort »⁶.

statut socioéconomique : Statut estimé en alliant à l'indice socioéconomique international de statut professionnel (ISEI) des renseignements sur le niveau de scolarité le plus élevé des parents de l'élève, le patrimoine familial, les ressources pédagogiques au foyer et les biens culturels de la famille⁷.

Annexe 3 : Échelles de résultats

Chaque instrument d'interRAI intègre diverses échelles et divers indices qui peuvent être utilisés pour évaluer l'état clinique actuel d'une personne. Si des données longitudinales sont recueillies, les changements dans l'état clinique au fil du temps peuvent aussi être évalués et comparés. Ces échelles sont le fruit de travaux de recherche rigoureux qui ont permis de veiller à leur comparabilité aux mesures de référence de l'industrie. Pour en savoir plus, consultez le [site Web d'interRAI](#) (en anglais seulement).

Tableau A1 Liste des échelles de résultats incluses dans l'analyse

Échelle de résultats	Description	Notation
Échelle de mesure de la dépression	Cette échelle peut servir au dépistage clinique de la dépression.	De 0 à 14, où les valeurs les plus élevées indiquent que le résident présente des symptômes nombreux ou fréquents
Échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes	Cette échelle permet de détecter la fragilité et l'instabilité de l'état de santé.	De 0 à 5, où 0 indique l'absence d'instabilité et 5, l'instabilité la plus élevée
Échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne	Cette échelle permet d'évaluer l'évolution de l'invalidité en regroupant les niveaux d'exécution des AVQ en catégories distinctes (perte précoce : hygiène personnelle; perte normale : utilisation des toilettes et locomotion; perte tardive : alimentation).	De 0 à 6, où une note élevée indique un déclin important dans l'exécution des AVQ
Échelle de rendement cognitif	Cette échelle permet de décrire l'état cognitif d'un résident.	De 0 à 6, où une note élevée indique des déficiences cognitives graves
Échelle des comportements agressifs	Cette échelle décrit le degré des comportements agressifs, notamment l'agressivité verbale ou physique, les comportements socialement inappropriés ou perturbateurs et la résistance aux soins.	De 0 à 12, où une note élevée indique un degré élevé de comportement agressif

Références

1. Jaakkimainen RL, Bronskill SE, Tierney MC, Herrmann N, Green D, Young J, Ivers N, Butt D, Widdifield J, Tu K. [Identification of physician-diagnosed Alzheimer's disease and related dementias in population-based administrative data: A validation study using family physicians' electronic medical records](#). *Journal of Alzheimer's Disease*. 2016.
2. Alzheimer's Association. [Qu'est-ce que la démence?](#). Consulté le 16 avril 2018.
3. interRAI. [Scales: Status and outcome measures](#). Consulté le 16 avril 2018.
4. Société Alzheimer du Canada. [En quoi consistent l'Alzheimer et maladies apparentées](#). Consulté le 16 avril 2018.
5. Statistique Canada. [Organisation for Economic Co-operation and Development \(OECD\)](#). Consulté le 16 avril 2018.
6. Société Alzheimer du Canada. [Les maladies cognitives et les soins en fin de vie — section I : quelles décisions dois-je prendre?](#). 2016.
7. Statistique Canada. [Statut socioéconomique](#). Consulté le 16 avril 2018.
8. Proches aidants au Canada. [Carer facts](#). Consulté le 18 mai 2018.

**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

0418

