Novembre 2012

Analyse en bref

Performance du système de santé

Les personnes âgées et les niveaux de soins alternatifs : mettre à profit nos connaissances

Sommaire

La présente étude examine en profondeur les transferts des patients en soins de courte durée vers la collectivité à partir des données de trois banques de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle vise à éclairer la planification du système de santé sur les besoins en matière de soins des Canadiens âgés qui sont hospitalisés et en attente de leur placement dans la collectivité. Ces personnes, désignées comme patients de niveau de soins alternatif (patients NSA), ne nécessitent plus de soins de courte durée, mais continuent d'occuper des lits de soins de courte durée en attendant leur admission dans un milieu de soins plus approprié, comme les services à domicile ou un établissement de soins en hébergement. On s'attend à ce que le nombre de patients NSA grimpe considérablement en raison du vieillissement de la population canadienne. Selon des données probantes, les personnes âgées en soins de courte durée qui attendent d'obtenir leur congé risquent de voir leur santé générale et leur bien-être se détériorer.

Voici quelques-unes des principales constatations :

- Plus de la moitié (54 %) des personnes âgées qui étaient en attente dans un établissement de soins de courte durée ont été admises dans un établissement de soins en hébergement après l'obtention de leur congé. Les personnes transférées d'un établissement de soins de courte durée vers un établissement de soins en hébergement représentent au total plus de cinq millions de jours NSA. Les résultats de l'étude donnent à penser que certains de ces patients pourraient être soignés à domicile s'ils disposaient du soutien adéquat.

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Programme de coordination de l'image de marque

La production du présent rapport 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.

www.icis.ca

Au cœur des données

Institut canadien d'information sur la santé

Canadian Institute for Health Information

- Les personnes présentant des symptômes de démence, notamment des comportements difficiles, étaient plus susceptibles d'avoir attendu en soins de courte durée avant leur admission dans un établissement de soins en hébergement. Ainsi, on peut supposer qu'ils sont en attente de services spécialisés comme le soutien à la gestion du comportement.
- Les personnes qui avaient des besoins complexes en matière de soins et qui ne disposaient pas d'un soutien solide étaient plus susceptibles d'avoir attendu en soins de courte durée avant leur admission aux services à domicile, ce qui laisse croire qu'elles doivent attendre qu'un aidant naturel soit disponible ou que des services soient mis en place.
- Les initiatives comme le programme Chez soi avant tout en Ontario aident à réduire le temps d'attente des personnes âgées dans les hôpitaux. Ce programme vise à identifier les personnes susceptibles d'être admises dans un établissement de soins en hébergement afin de leur fournir le soutien adéquat qui favorisera un retour à la maison réussi.

L'utilisation d'un système d'information normalisé sur la santé prenant appui sur les bases de données de l'ICIS offre une occasion unique de mieux connaître les besoins des patients NSA et d'aborder de façon éclairée cette question de plus en plus préoccupante.

La présente analyse aidera les planificateurs et les décideurs du secteur de la santé à mieux comprendre les facteurs associés au NSA et à la destination à la sortie.

Introduction

On se préoccupe de plus en plus du fait que des lits de soins de courte durée au Canada sont occupés par des personnes âgées en attente de transfert vers un milieu de soins plus approprié[1]. Ces personnes, qui ne nécessitent plus de soins de courte durée, sont communément appelées patients de niveau de soins alternatif (patients NSA).

Le NSA représente un enjeu de taille tant pour les patients que pour le système de santé[2]. Un NSA est souvent défini comme un patient en attente de placement dans un établissement de soins en hébergement. Toutefois, cette perspective a récemment changé. Nous savons que les personnes âgées en attente de placement risquent de voir leur santé générale et leur bien-être se détériorer[3-5]. Ainsi, on privilégie maintenant une augmentation des capacités du secteur des soins communautaires en vue de répondre aux besoins de ces clients[6].

Les planificateurs et les décideurs du secteur de la santé aimeraient comprendre les transferts de personnes entre les hôpitaux et d'autres secteurs du système de santé afin d'explorer la possibilité de faire dévier la demande des soins en hébergement vers les services à domicile. La plupart des personnes âgées souhaitent demeurer à la maison, et des données probantes semblent indiquer que la prestation de services à domicile représente une solution économique[7]. Les projections montrent que la proportion de personnes âgées parmi la population du Canada va presque doubler dans les prochaines décennies (de 15 % en 2011 à 25 % en 2036)[8]. Cette hausse entraînerait également une augmentation du nombre de patients NSA. Par exemple, en Ontario, on s'attend à ce que le nombre de patients NSA, la majorité étant âgés de plus de 75 ans, augmente de 32 % au cours des 10 prochaines années[9]. Les changements dans cette population pourraient accroître la pression exercée sur les établissements de soins de courte durée et les établissements de soins en hébergement, à moins que la demande soit détournée vers le milieu communautaire[10].

La présente analyse vise à

- permettre aux cliniciens de mieux connaître la population de patients NSA qui ont regagné leur domicile ou qui ont été transférés dans un établissement de soins en hébergement afin d'améliorer les soins et la planification des sorties;
- fournir aux planificateurs et aux décideurs de l'information sur les caractéristiques et les besoins des patients NSA afin d'améliorer les programmes et la planification des ressources à partir de données probantes;
- tirer parti des analyses antérieures sur le NSA réalisées à l'ICIS[11, 12], ainsi que des données cliniques et de l'information sur les sorties des soins post-actifs provenant du Système d'information sur les services à domicile et du Système d'information sur les soins de longue durée.

La présente étude porte sur plus de 90 000 personnes âgées qui ont récemment été transférées d'un établissement de soins de courte durée vers des services à domicile ou un établissement de soins en hébergement. Elle met l'accent sur trois questions importantes :

- Quelle proportion de personnes âgées récemment transférées d'un établissement de soins de courte durée vers des services à domicile ou un établissement de soins en hébergement ont connu des jours NSA?
- Quels sont les facteurs individuels et organisationnels associés à la présence ou à l'absence de jours NSA?
- Quels sont les facteurs associés au placement dans un milieu de soins donné (à savoir les services à domicile ou les soins en hébergement)?

Méthodes

Les données utilisées dans le cadre de la présente analyse ont été obtenues grâce au rapprochement de trois bases de données de l'ICIS : le Système d'information sur les services à domicile (SISD), le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) et la Base de données sur les congés des patients (BDCP).

Base de données sur les congés des patients

La BDCP contient des données sur les hospitalisations et les chirurgies d'un jour. Plus de trois millions d'enregistrements sont soumis à la BDCP chaque année[13]. Les enregistrements sur les patients hospitalisés soumis à la BDCP représentent toutes les sorties de patients hospitalisés au Canada hors Québec[i]. Chaque enregistrement renferme un ensemble normalisé de données cliniques, démographiques et administratives sur un patient.

Systèmes d'information sur les services à domicile et les soins de longue durée

Le SISD fournit des renseignements sur les programmes de services à domicile financés par le secteur public à partir de données actuellement soumises par trois provinces ou territoires. Le SISLD fournit des renseignements sur les soins de longue durée en milieu hospitalier et les établissements de soins en hébergement à partir de données actuellement soumises par sept provinces ou territoires. (Veuillez prendre note qu'en raison de problèmes liés à la méthodologie, la présente analyse utilise les données de cinq provinces et territoires seulement.) Les deux systèmes produisent des rapports comparatifs qui comprennent des mesures cliniques normalisées, des indicateurs de la qualité et de l'information sur l'utilisation des ressources. La collaboration avec interRAI appuie les normes relatives aux données de base de ces systèmes d'information.

i. Les enregistrements sur les patients hospitalisés au Québec sont compris dans la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) gérée par l'ICIS.

Instruments d'évaluation interRAI

L'instrument d'évaluation des résidents — services à domicile (RAI-HC)©[ii] et l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal (RAI-MDS) 2.0©[iii] sont des instruments d'évaluation complets et normalisés qui ont été conçus par interRAI pour évaluer les besoins, les préférences et les forces d'une personne. Les instruments ont été soumis à des essais de fiabilité et de validité dans plusieurs pays, dont le Canada[14-26].

L'instrument RAI-HC sert à évaluer les clients des services à domicile de longue durée, soit ceux pour qui on prévoit avoir besoin de services pendant plus de 60 jours. Une évaluation à l'aide du RAI-MDS 2.0 est effectuée lorsqu'une personne est admise dans un établissement de soins en hébergement, puis tous les trois mois, ou plus fréquemment si l'état clinique de la personne change de façon significative. Enregistrées électroniquement, les évaluations fournissent une rétroaction en temps réel aux cliniciens et éclairent ainsi la planification et le suivi des soins. Elles fournissent également des données à l'échelle des organismes et des provinces et territoires pour faciliter la gestion systémique, l'amélioration de la qualité et l'élaboration de politiques.

Cadre conceptuel et mesures

La présente analyse est orientée par un cadre conceptuel élaboré à partir d'une analyse documentaire qui a permis de dégager plusieurs facteurs associés à la fois au statut de patient NSA et à la destination à la sortie chez les personnes âgées. Aux fins de l'analyse, ces facteurs ont été classés dans les catégories suivantes : caractéristiques démographiques, état fonctionnel, état de santé, qualité de vie, traitements et services, humeur et comportement, utilisation des ressources et facteurs organisationnels. La répartition des variables dans chacune de ces catégories, selon le statut de patient NSA et la destination à la sortie, est présentée à l'annexe A. Une description des échelles cliniques et fonctionnelles interRAI utilisées dans le cadre de l'analyse est fournie à l'annexe B.

Définition du niveau de soins alternatif

Le terme « niveau de soins alternatif » (NSA) est utilisé dans les milieux de soins de santé, dont les soins de courte durée, les soins continus complexes, les soins en santé mentale et la réadaptation. Il décrit les personnes qui continuent d'occuper un lit dans un établissement même si elles ne requièrent plus les ressources et les services qui y sont fournis[13].

Dans la présente analyse, le NSA fait référence à une personne qui a terminé son traitement en soins de courte durée, mais qui continue d'occuper un lit de soins de courte durée.

ii. RAI-HC© interRAI Corporation, 2001. Modifié avec permission d'utilisation sous licence au Canada par l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada ainsi que leur description sont protégés par le droit d'auteur © 2002, Institut canadien d'information sur la santé.

iii. RAI-MDS 2.0© interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1997, 1999. Modifié avec permission d'utilisation sous licence au Canada par l'Institut canadien d'information sur la santé.

Données utilisées

Les données utilisées pour ce rapport sont axées sur les nouveaux clients des services à domicile de longue durée (soit ceux qui sont susceptibles de nécessiter des services pendant plus de 60 jours) et les clients de 65 ans ou plus des établissements de soins en hébergement qui ont reçu leur congé d'un établissement de soins de courte durée entre avril 2007 et septembre 2011.

La première évaluation à l'aide du RAI-HC ou du RAI-MDS 2.0 effectuée dans les 30 jours suivant la sortie d'un établissement de soins de courte durée a été utilisée pour l'analyse, puisqu'elle refléterait le plus exactement le premier transfert d'un établissement de soins de courte durée vers des services à domicile ou des soins de longue durée. Par exemple, si une personne a reçu son congé d'une unité de soins de courte durée et qu'elle a fait l'objet d'une évaluation RAI-HC puis d'une évaluation RAI-MDS 2.0, seule l'évaluation RAI-HC a été utilisée aux fins de l'analyse.

Points à prendre en compte

- Les personnes transférées d'une unité de soins de courte durée vers la collectivité peuvent ne pas figurer dans cette cohorte pour plusieurs raisons, dont les suivantes :
  - Elles n'ont pas fait l'objet d'une évaluation en milieu communautaire.
  - Elles ont été admises dans un milieu communautaire plus de 30 jours après leur sortie de l'établissement de soins de courte durée.
  - Les données propres au milieu communautaire n'ont pas été transmises à l'ICIS par les provinces et territoires.
- Les éléments de données du RAI-HC et du RAI-MDS 2.0 ont été regroupés lorsque des catégories comparables étaient requises.

En outre, les personnes transférées d'un établissement de soins en hébergement vers un établissement de soins de courte durée, puis transférées de nouveau vers l'établissement de soins en hébergement ont été exclues de l'analyse afin que celle-ci ne porte que sur les nouvelles admissions aux services à domicile ou dans un établissement de soins en hébergement.

L'échantillon final compte 90 507 transferts d'unités de soins de courte durée vers des services à domicile (61 047 en Nouvelle-Écosse, en Ontario et au Yukon) ou vers des établissements de soins en hébergement (29 460 en Colombie-Britannique, à l'Office régional de la santé de Winnipeg, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Ontario et au Yukon). La présente analyse est axée sur les transferts d'un établissement de soins de courte durée vers des services à domicile et des soins de longue durée; par conséquent, une personne peut être comptée plus d'une fois dans l'échantillon.

Orientée par le cadre conceptuel, l'analyse étudie les facteurs associés à la fois au statut de patient NSA et à la destination à la sortie chez les personnes âgées (voir l'annexe C). La combinaison de facteurs associés au statut de patient NSA a été modélisée séparément pour les services à domicile et les soins en hébergement au moyen de l'analyse de régression logistique (voir l'annexe D).

Résultats

Comme le montre le tableau 1, la plupart (86,5 %) des clients en soins de courte durée âgés de 65 ans ou plus ont été transférés vers leur domicile ou un établissement de soins en hébergement. Parmi les personnes qui ont reçu leur congé sans avoir connu de jours NSA, la majorité sont retournées à leur domicile sans services de soutien. Parmi les personnes qui ont été en attente dans un lit de soins de courte durée alors qu'elles n'avaient plus besoin de ce type de soins, la majorité ont été transférées vers un établissement de soins en hébergement.

Tableau 1 : État à la sortie des personnes âgées ayant obtenu leur congé d'un établissement de soins de courte durée, selon le statut de patient NSA, 2007 à 2011

État à la sortie	Toutes les sorties		Patients ayant obtenu leur congé après avoir connu des jours NSA		Patients ayant obtenu leur congé sans avoir connu de jours NSA	
	N	Pourcentage de tous les patients	N	Pourcentage de tous les patients NSA	N	Pourcentage de tous les patients autres que NSA
Soins de longue durée	486 266	9,7	183 051	53,5	303 215	6,5
À domicile avec services de soutien	639 753	12,8	62 738	18,3	577 015	12,4
À domicile sans services de soutien	3 196 819	64,0	35 503	10,4	3 161 316	67,9
Décès	308 743	6,2	38 352	11,2	270 391	5,8
Établissement de réadaptation	311 128	6,2	14 518	4,2	296 610	6,4
Autres	55 396	1,1	7 957	2,3	47 439	1,0
Tous	4 998 105	100,0	342 119	100,0	4 655 986	100,0

Source

Base de données sur les congés des patients, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Le présent rapport met l'accent sur les sous-populations de personnes âgées admises à des services à domicile ou dans un établissement de soins en hébergement, qui avaient reçu récemment leur congé d'un établissement de soins de courte durée et fait l'objet d'une évaluation RAI-HC ou RAI-MDS 2.0. Il est important de noter la différence dans les pourcentages lorsqu'on compare des patients NSA qui ont été transférés des soins de courte durée vers un établissement de soins en hébergement (selon les données saisies seulement dans la BDCP) aux patients qui ont été admis et évalués dans un établissement de soins en hébergement dans les 30 jours suivant leur congé d'une unité de soins de courte durée (une limite de l'analyse). Ces différences sont probablement attribuables à des différences provinciales dans les données, qui sont amplifiées dans les données sur les services à domicile et les soins de longue durée en raison du nombre restreint de provinces et de territoires déclarant des données.

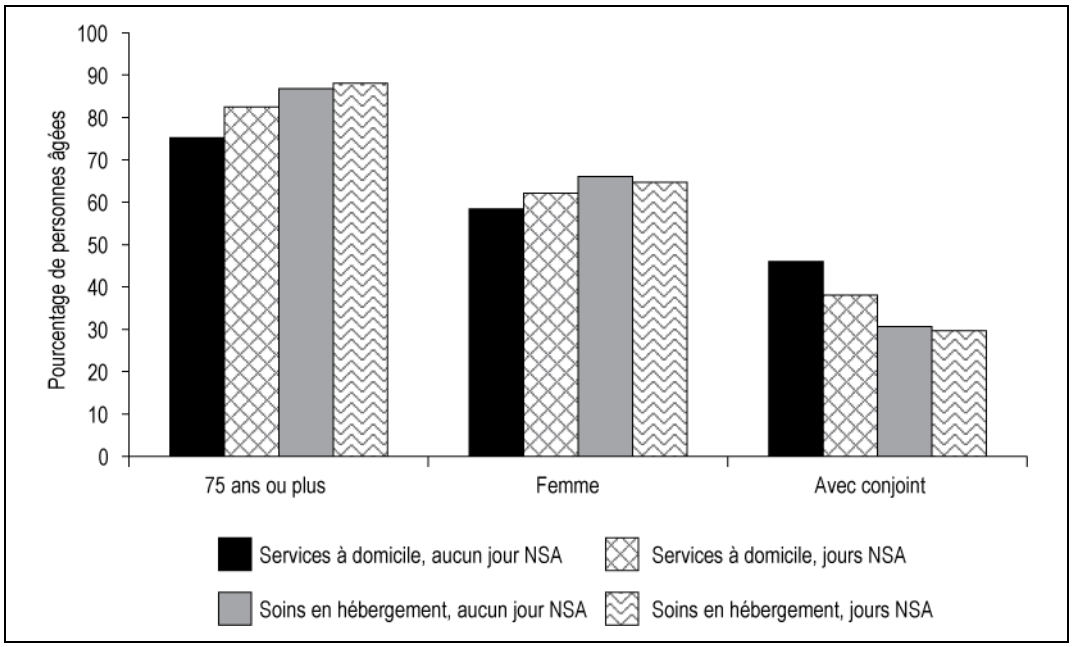
Présence de jours NSA chez les personnes âgées bénéficiant de services à domicile ou de soins de longue durée

D'après les résultats sur les sorties des unités de soins de courte durée à l'échelle du pays (tableau 1), la plupart des transferts examinés dans le cadre de la présente analyse étaient des transferts des soins de courte durée vers les services à domicile. Cette situation est normale puisque la plupart des personnes retournent à leur domicile à leur sortie d'un établissement de soins de courte durée. Toutefois, les jours NSA étaient plus courants lorsqu'il s'agissait de transferts vers un établissement de soins en hébergement. Une plus grande proportion de clients récemment admis et évalués dans un établissement de soins en hébergement (80 %) avaient connu des jours NSA comparativement aux clients ayant récemment été évalués et transférés d'un hôpital vers des services à domicile. Parmi les personnes âgées retournées à leur domicile pour y recevoir des services à domicile de longue durée, seulement une sur six avait connu des jours NSA. Les personnes âgées transférées dans un établissement de soins en hébergement ont attendu un nombre médian de 26 jours à l'hôpital et celles retournées à leur domicile, un nombre médian de 7 jours.

Facteurs démographiques

La figure 1 montre la répartition des variables démographiques selon le milieu de soins et le statut de patient NSA. Les clients des établissements de soins en hébergement étaient un peu plus âgés que les clients des services à domicile de longue durée. Dans les deux milieux de soins, plus de la moitié des clients étaient des femmes. Par ailleurs, les personnes admises à des services à domicile de longue durée étaient plus susceptibles d'avoir un conjoint que celles admises dans un établissement de soins en hébergement. Dans les deux milieux de soins, les personnes ayant connu des jours NSA étaient un peu plus âgées que celles qui n'en ont pas connu.

Figure 1 : Caractéristiques démographiques, selon le statut de patient NSA et le milieu de soins



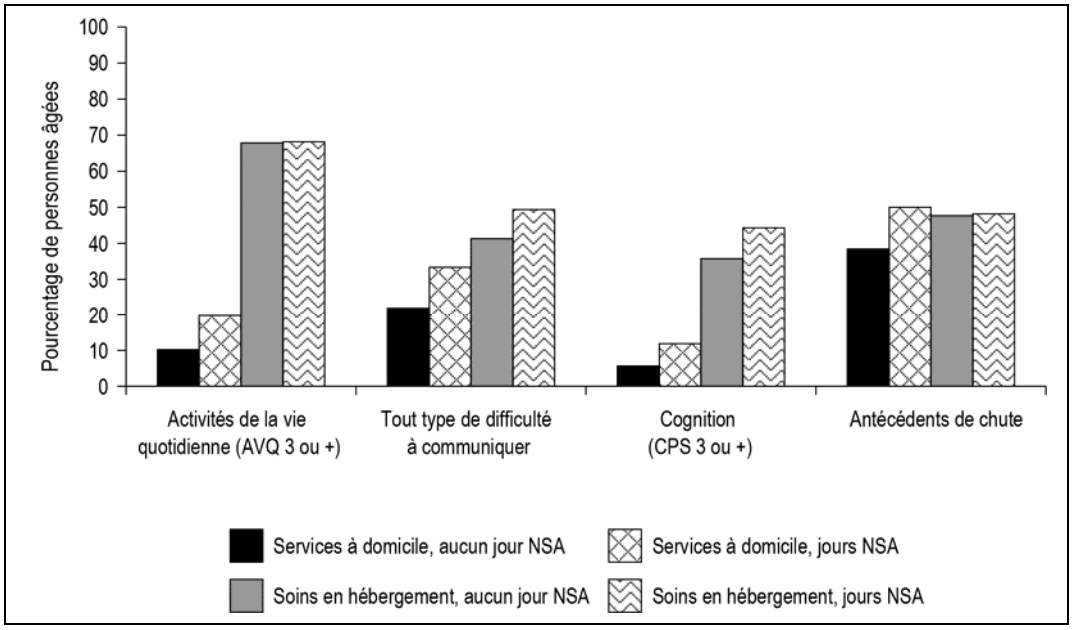
Sources

Base de données sur les congés des patients, Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

État fonctionnel

La figure 2 montre que les clients des établissements de soins en hébergement éprouvaient plus de difficultés physiques et cognitives que les clients des services à domicile, selon l'échelle hiérarchique des activités de la vie quotidienne (AVQ)[24] et l'échelle de rendement cognitif (CPS)[23] (voir l'annexe B pour en savoir davantage sur ces échelles). Les clients des services à domicile ayant connu des jours NSA éprouvaient davantage de difficultés physiques, cognitives et communicationnelles que ceux n'ayant pas connu de jours NSA. Dans les établissements de soins en hébergement, la fonction physique n'avait pas la même incidence sur la présence de jours NSA.

Figure 2 : Caractéristiques fonctionnelles, selon le statut de patient NSA et le milieu de soins



Sources
Base de données sur les congés des patients, Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

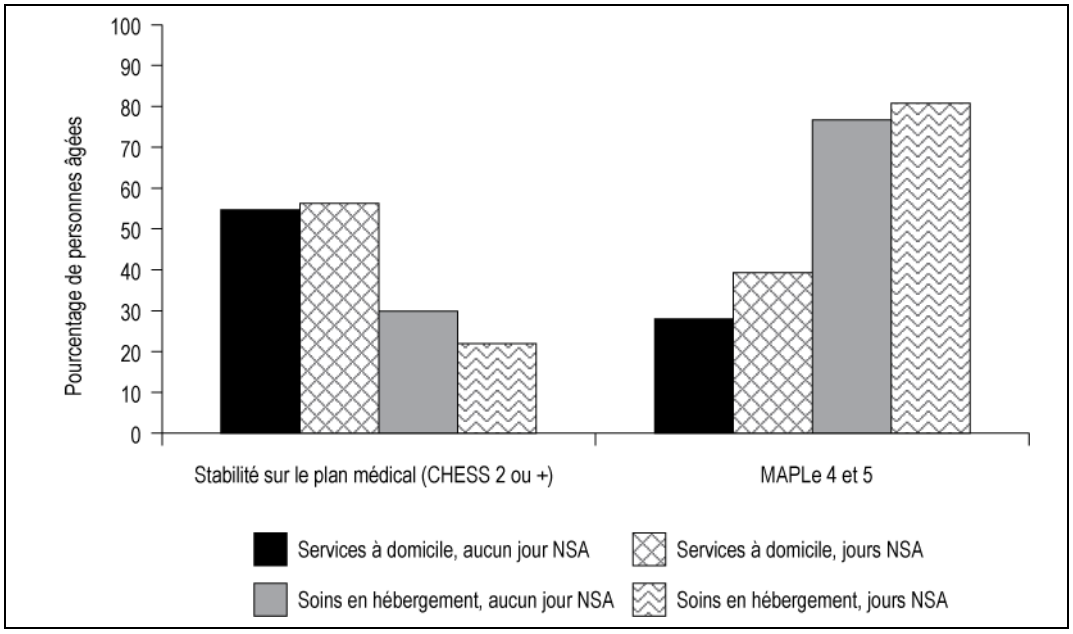
État de santé

La figure 3 illustre les principaux facteurs associés au milieu de soins et au statut de patient NSA en ce qui concerne l'état de santé. Les clients des établissements de soins en hébergement étaient plus stables sur le plan médical que les clients des services à domicile, comme l'indiquait l'échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes (CHESS)[18].

La méthode d'attribution des niveaux de priorité (MAPLe) a été conçue pour les services à domicile; toutefois, une version adaptée peut être appliquée aux soins en hébergement à des fins de comparabilité et d'évaluation des décisions en matière de placement. Plusieurs éléments d'importance pour les clients des services à domicile, comme la gestion des médicaments, la préparation des repas et le magasinage, ne sont pas pertinents pour les clients des établissements de soins en hébergement et, par conséquent, aucune donnée de ce type n'est disponible pour ces clients. Ces éléments sont inclus dans le calcul d'une note MAPLe faible ou moyenne (1 ou 2); en revanche, on ne peut en tenir compte dans la méthode MAPLe adaptée.

Comparativement aux clients des services à domicile, une plus grande proportion de clients des établissements de soins en hébergement ont obtenu une note MAPLe de 4 ou 5, ce qui indique des besoins plus importants. Cette tendance se confirme lorsqu'on compare des clients NSA et des clients autres que NSA dans le milieu des services à domicile et des soins en hébergement.

Figure 3 : Caractéristiques liées à la santé, selon le statut de patient NSA et le milieu de soins



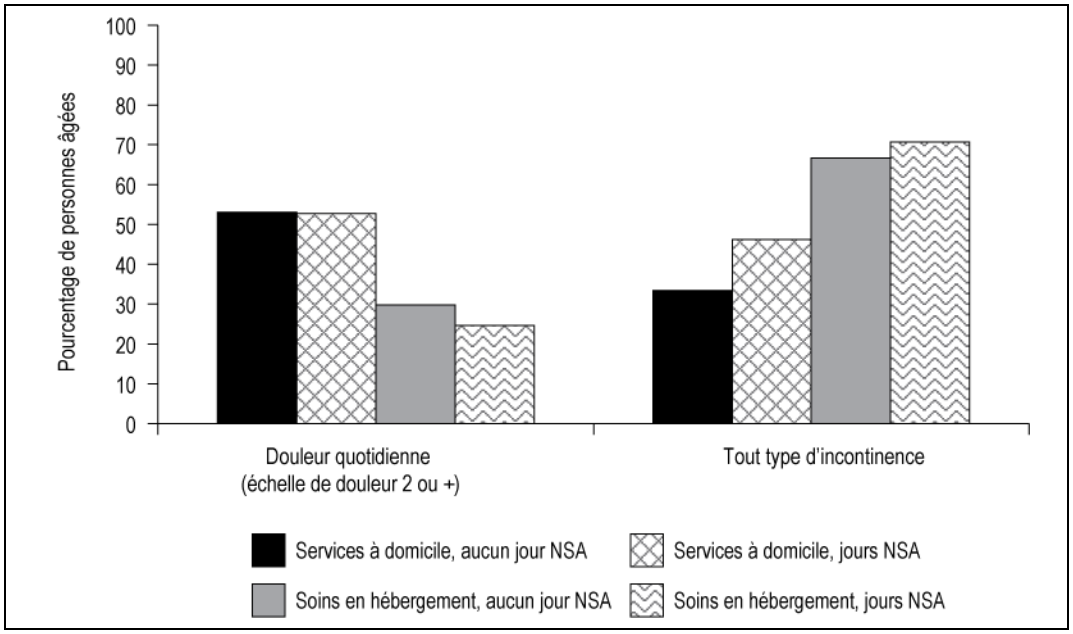
Sources

Base de données sur les congés des patients, Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Qualité de vie

La figure 4 illustre que la douleur quotidienne était deux fois plus répandue parmi les clients des services à domicile que parmi les clients des établissements de soins en hébergement. L'incontinence était fortement associée au transfert d'une unité de soins de courte durée vers un établissement de soins en hébergement (comparativement à un transfert à domicile). L'incontinence chez les clients des services à domicile et les clients des établissements de soins en hébergement était également fortement associée au fait d'avoir connu des jours NSA.

Figure 4 : Caractéristiques liées à la qualité de vie, selon le statut de patient NSA et le milieu de soins



Sources

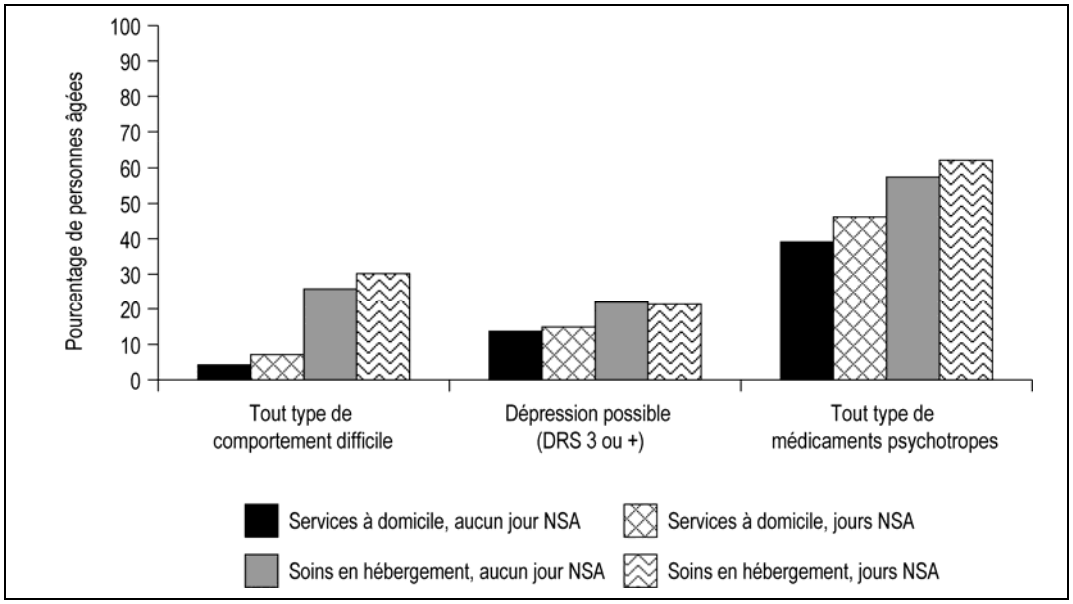
Base de données sur les congés des patients, Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Humeur et comportement

La figure 5 illustre les facteurs liés à l'humeur et au comportement, qui sont associés au milieu de soins et au statut de patient NSA. La présence de comportements difficiles, notamment l'agressivité verbale ou physique, la résistance aux soins et les comportements socialement inappropriés, était six fois plus élevée parmi les clients des établissements de soins en hébergement comparativement aux clients des services à domicile. Les personnes ayant obtenu leur congé après avoir connu des jours NSA étaient également plus susceptibles de présenter de tels comportements que les personnes n'ayant pas connu de jours NSA.

Les symptômes de dépression, mesurés au moyen de l'échelle de mesure de la dépression (DRS)[14], étaient plus courants parmi les clients des établissements de soins en hébergement que les clients des services à domicile, mais ne variaient pas beaucoup entre les personnes avec ou sans jours NSA qui ont obtenu leur congé. Les médicaments psychotropes, notamment les antidépresseurs, les antipsychotiques, les hypnotiques et les anxiolytiques, étaient plus utilisés parmi les personnes admises dans un établissement de soins en hébergement et les personnes ayant reçu leur congé après avoir connu des jours NSA que parmi les clients des services à domicile.

Figure 5 : Caractéristiques liées à l'humeur et au comportement, selon le statut de patient NSA et le milieu de soins



Sources
Base de données sur les congés des patients, Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

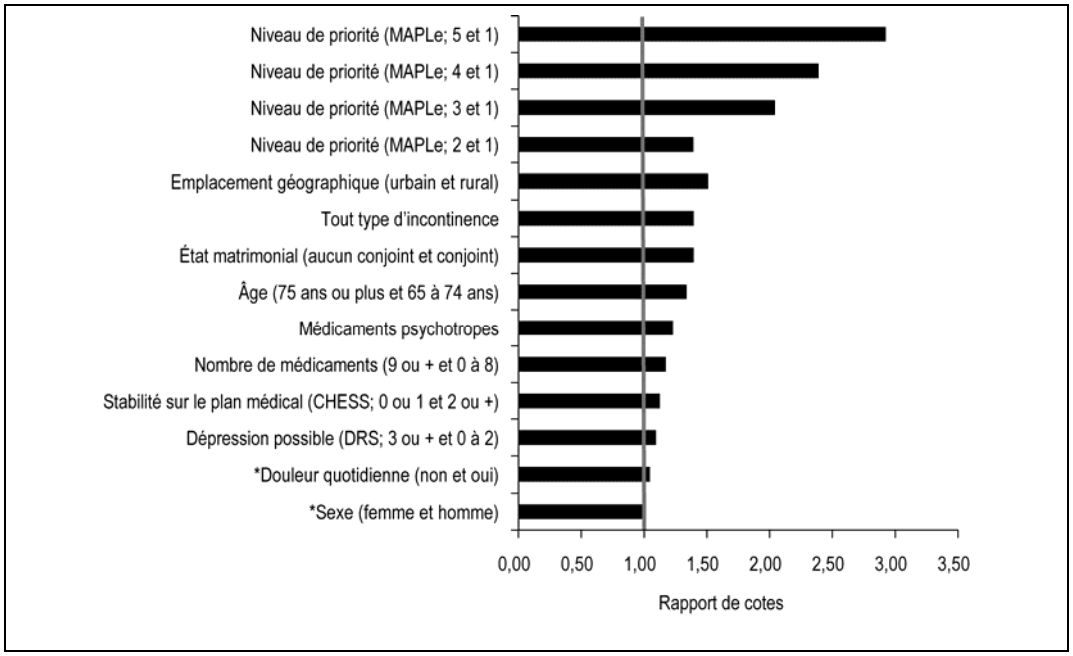
Prévisions relatives aux jours NSA chez les personnes admises aux services à domicile

De multiples facteurs influent sur le statut de patient NSA chez les personnes ayant reçu leur congé d'un établissement de soins de courte durée. Un modèle de régression logistique a été conçu pour déterminer la combinaison de facteurs qui permettait les meilleures prévisions en matière de jours NSA dans ce groupe. Ce modèle détermine les probabilités d'avoir connu des jours NSA chez les personnes âgées récemment admises aux services à domicile. Il prend en considération plusieurs facteurs définis dans la documentation et énumérés dans le cadre conceptuel (voir l'annexe A). Le modèle excluait l'échelle CPS, l'échelle hiérarchique des AVQ et les comportements difficiles, puisque ces facteurs sont pris en considération dans l'algorithme MAPLe (voir l'annexe B). La figure 6 montre les résultats de la régression logistique.

Régression logistique et rapports de cotes

- On utilise la régression logistique lorsque la variable dépendante est dichotomique (p. ex. a connu des jours NSA et n'a pas connu de jours NSA). On peut ainsi déterminer la probabilité prévue des résultats (a connu des jours NSA) selon la combinaison de variables prédictives (p. ex. les différentes caractéristiques cliniques).
- Le rapport de cotes est une estimation de la probabilité d'un événement (p. ex. les jours NSA) dans un groupe donné (p. ex. urbain) par rapport à la probabilité de l'événement dans un autre groupe (p. ex. rural). Un rapport de cotes de 1 indique que la probabilité d'un événement est comparable dans les deux groupes examinés.

Figure 6 : Rapports de cotes pour prévoir les jours NSA chez les personnes âgées recevant des services à domicile



Remarque
* Non statistiquement significatif.
Sources
Base de données sur les congés des patients, Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

L'algorithme MAPLe était le prédicteur de jours NSA le plus significatif. Une fois d'autres facteurs pris en compte, les probabilités d'avoir connu des jours NSA étaient presque trois fois plus élevées chez les personnes ayant obtenu une note MAPLe très élevée que chez les personnes ayant obtenu une note faible. Cette situation semble indiquer que les personnes présentant un risque accru d'institutionnalisation ou dont les aidants naturels courent un risque élevé de détresse sont plus susceptibles d'avoir connu des jours NSA avant leur admission aux services à domicile.

Comparativement aux personnes vivant dans des régions rurales, les personnes vivant dans des régions urbaines étaient plus susceptibles d'avoir connu des jours NSA, ce qui suggère que d'autres facteurs que les caractéristiques cliniques peuvent expliquer le statut de patient NSA. Une incontinence urinaire ou fécale fréquente était également un prédicteur important de jours NSA. Les probabilités d'avoir connu des jours NSA étaient 1,5 plus élevées chez les personnes sans conjoint et 1,4 fois plus élevées chez les clients plus âgés par rapport aux autres clients.

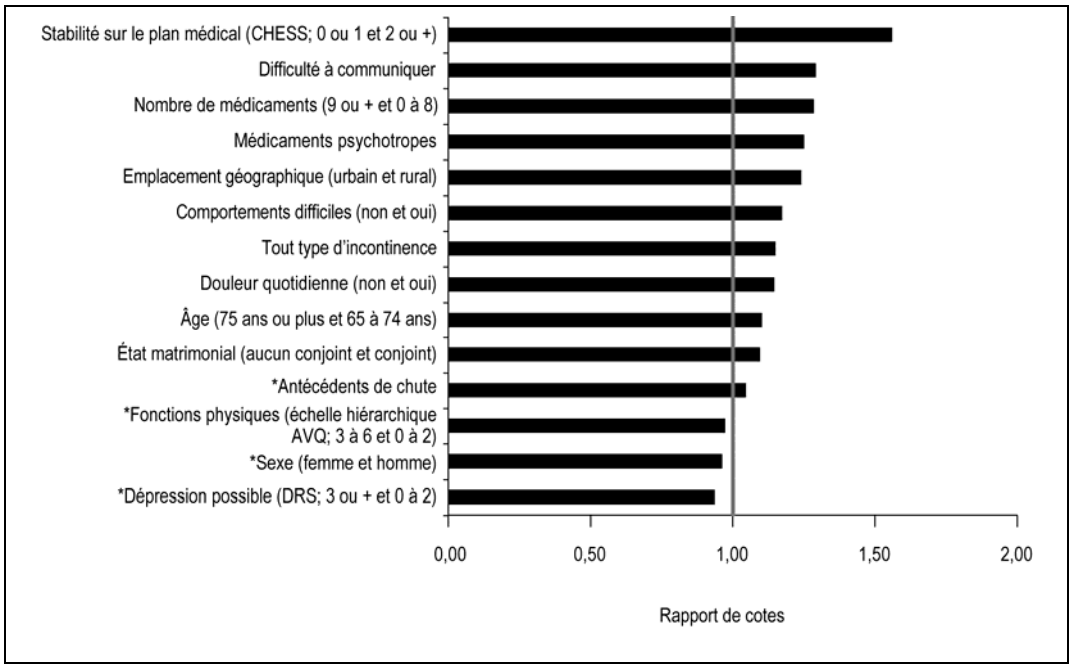
Il est intéressant de souligner que le sexe n'était pas un prédicteur significatif du statut de patient NSA, même si la plupart des bénéficiaires de services à domicile sont des femmes.

Prévision relative aux jours NSA chez les personnes admises dans un établissement de soins en hébergement

La figure 7 présente les facteurs associés au statut de patient NSA chez les personnes admises dans un établissement de soins en hébergement. Un modèle de régression logistique a été conçu pour déterminer la combinaison de facteurs qui permettrait les meilleures prévisions en matière de jours NSA dans ce groupe. Ce modèle détermine les probabilités d'avoir connu des jours NSA chez les personnes âgées ayant récemment obtenu leur congé d'un établissement de soins de courte durée.

Le modèle prend en considération plusieurs facteurs définis dans la documentation et énumérés dans le cadre conceptuel (voir l'annexe A). Selon la documentation, la démence représentait un prédicteur important des jours NSA, tout comme les symptômes associés à la démence tels que les comportements difficiles et les difficultés à communiquer. Pour la présente analyse, les jours NSA ont été modélisés en fonction des symptômes plutôt que des diagnostics. Cette méthode a permis de se concentrer sur les caractéristiques cliniques de chaque personne plutôt que sur la présence d'une maladie en particulier, comme la démence.

Figure 7 : Rapports de cotes pour prévoir les jours NSA chez les personnes âgées dans un établissement de soins en hébergement



Remarque
* Non statistiquement significatif.
Sources
Base de données sur les congés des patients, Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

La stabilité sur le plan médical, mesurée au moyen de l'échelle CHESS, représentait le prédicteur de jours NSA le plus important. Une fois d'autres facteurs pris en compte, les probabilités d'avoir connu des jours NSA en soins de courte durée (comparativement aux probabilités de n'en avoir pas connu) étaient 1,5 fois plus élevées chez les personnes stables sur le plan médical que chez les personnes présentant une instabilité médicale modérée à grave.

Les probabilités d'avoir connu des jours NSA étaient 1,3 fois plus élevées chez les personnes éprouvant des difficultés à communiquer et les personnes prenant plus de neuf médicaments. La prise d'un ou de plusieurs médicaments psychotropes, le fait de recevoir des soins dans un milieu urbain et la manifestation de comportements difficiles étaient tous des facteurs associés à la présence de jours NSA. L'humeur, le sexe, les fonctions physiques et les antécédents de chute ne représentaient pas des prédicteurs significatifs du statut de patient NSA dans ce groupe.

Discussion

L'étude jette la lumière sur l'enjeu grandissant que représente le NSA dans le système de santé du Canada. Elle vise les données de six provinces ou territoires sur plus de 60 000 clients des services à domicile et près de 30 000 clients d'établissements de soins en hébergement ayant récemment reçu leur congé d'un établissement de soins de courte durée. L'analyse aidera les planificateurs et les décideurs du secteur de la santé à mieux comprendre les facteurs associés au NSA et à la destination à la sortie.

La plupart des personnes âgées récemment transférées d'un établissement de soins de courte durée vers un établissement de soins en hébergement ont attendu d'obtenir leur congé une fois leurs besoins comblés en soins de courte durée. En général, les personnes âgées admises dans un établissement de soins en hébergement avaient des besoins plus complexes en matière de soins de santé que celles admises aux services à domicile. Toutefois, il existe des personnes ayant des besoins complexes dans ces deux milieux de soins. La prise en charge à domicile des personnes ayant des besoins complexes nécessite un système de soutien solide comprenant à la fois des services professionnels à domicile et le soutien de la famille et des amis. Les personnes qui bénéficiaient d'un système de soutien solide étaient beaucoup moins susceptibles d'attendre avant d'être admises aux services à domicile.

Réduction du nombre de jours NSA : les résultats prometteurs du programme Chez soi avant tout de l'Ontario[6]

- Le programme Chez soi avant tout représente un changement culturel dans le comportement et la pensée des dispensateurs de soins de santé et encourage la collaboration dans tout le continuum de soins.
- L'objectif est de mettre en place un soutien adéquat pour permettre le transfert d'une personne des soins de courte durée aux services à domicile, tout en réduisant le nombre de jours NSA et les transferts dans un établissement de soins en hébergement.
- Grâce à cette initiative, les personnes et leur famille reçoivent du soutien pour prendre des décisions éclairées à propos de leurs soins de santé futurs, y compris le placement dans un établissement de soins en hébergement, alors qu'ils sont à la maison plutôt qu'à l'hôpital.
- Plusieurs exemples montrent que le programme Chez soi avant tout permet de réduire le nombre de jours NSA. Dans le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) Mississauga Halton en Ontario, le nombre mensuel moyen de patients NSA a chuté de 56 % au cours d'une période de trois ans et le pourcentage de patients NSA jugés admissibles à des soins en hébergement a chuté de 76 % au cours de la même période[10].

Les modèles présentés dans ce rapport ont permis de tenir compte d'un grand nombre de différences cliniques entre les personnes âgées ayant connu des jours NSA et celles n'en ayant pas connus. Toutefois, le statut de patient NSA et le milieu de soins ne dépendent pas seulement de différences cliniques. Ils reflètent également des facteurs liés au système de santé, surtout dans le cas des personnes admises dans un établissement de soins en hébergement. La disponibilité de lits dans les établissements de soins en hébergement et les politiques d'admission dans ces établissements, de même que la possibilité de transferts dans d'autres milieux de soins à la sortie, comme les logements supervisés, varient sensiblement au sein des provinces ou territoires et entre ceux-ci[27].

Plus de la moitié (54 %) des personnes âgées dans les établissements de soins de courte durée en attente d'un transfert vers un milieu plus approprié ont été transférées vers un établissement de soins en hébergement. Bien que ce cheminement dans le système de santé soit approprié pour certaines personnes, les résultats de l'étude semblent indiquer que d'autres pourraient recevoir des services à domicile si on leur offrait un soutien approprié. Les ressources allouées aux services de soutien à domicile et les programmes mis en place pour soutenir les aidants naturels varient considérablement et peuvent influer de façon significative sur les politiques et les décisions associées à la planification des congés. De nombreux patients

en soins post-actifs doivent être transférés dans un établissement de soins en hébergement. Ainsi, pour répondre à cette demande pour des lits de soins en hébergement, les planificateurs et les décideurs devront peut-être prendre en considération d'autres destinations à la sortie[9, 10].

La présente analyse a permis de déterminer que les clients stables sur le plan médical qui ont reçu un diagnostic de démence ou présentaient des symptômes comportementaux associés à la démence étaient plus susceptibles d'attendre avant d'être admis dans un établissement de soins en hébergement que les clients stables sur le plan médical qui n'avaient pas reçu de diagnostic de démence ou ne présentaient pas de symptômes comportementaux associés à cette maladie. Ces résultats semblent indiquer que la disponibilité de soins spécialisés pour cette population pourrait être un facteur contributif. Il pourrait être nécessaire de porter une attention particulière aux besoins de ces personnes pour faciliter leur sortie des établissements de soins de courte durée; ils ont d'ailleurs été pris en note dans le cadre de récentes initiatives de certaines provinces visant à allouer des ressources au soutien à la gestion du comportement[28].

Il est attesté par de nombreuses sources que l'attente dans un lit de soins de courte durée avant un placement peut mener à une détérioration de la santé[3-5]. Par ailleurs, cette attente est très coûteuse et exige de nombreuses ressources du système de santé puisqu'un lit est occupé par une personne qui ne requiert plus de soins de courte durée[10]. Pour faciliter un retour à la maison réussi ou un transfert vers un autre milieu communautaire, comme un logement supervisé, ou vers un établissement de soins en hébergement, il faut réfléchir sérieusement à la disponibilité des ressources, aux coûts, aux risques et aux avantages pour les personnes et le système de santé dans son ensemble.

Orientations futures

Cette analyse permet de mieux comprendre les caractéristiques des clients NSA et les facteurs associés à la destination à la sortie. Il s'agit de premières étapes importantes dans la compréhension de cette population complexe et diversifiée. Bien que l'analyse aborde bon nombre de questions importantes permettant d'orienter l'élaboration de politiques et la prise de décisions en matière de santé, de nombreuses autres questions demeurent sans réponse[11]. L'utilisation d'un système d'information normalisé sur la santé prenant appui sur les bases de données de l'ICIS offre une occasion unique de mieux connaître les besoins des patients NSA et d'aborder de façon éclairée cette question de plus en plus préoccupante.

Les leçons apprises

- Les clients en attente d'un transfert vers des services à domicile ou un établissement de soins en hébergement ont des besoins, des forces et des préférences diversifiées.
- Les personnes âgées qui ont été admises dans un établissement de soins en hébergement après avoir connu des jours NSA ont attendu en moyenne 26 jours avant de recevoir leur congé, comparativement à 7 jours en moyenne pour les personnes admises aux services à domicile.
- La plupart des personnes âgées admises dans un établissement de soins en hébergement à la suite de leur sortie récente d'un établissement de soins de courte durée ont connu des jours NSA.
- Environ une personne âgée sur six récemment admises aux services à domicile a connu des jours NSA.
- Chez les personnes âgées admises aux services à domicile, l'algorithme MAPLe, un instrument de mesure des risques d'institutionnalisation et de la détresse de l'aidant naturel, est le meilleur prédicteur de jours NSA.
- Parmi les personnes âgées admises dans un établissement de soins en hébergement, les personnes stables sur le plan médical, mais qui présentent des symptômes de démence ou de type de démence, comme des comportements difficiles et des difficultés à communiquer, sont plus susceptibles de connaître des jours NSA.
- Selon des données probantes préliminaires, de nouvelles initiatives, notamment Chez soi avant tout, ont contribué à réduire le fardeau que représentent les jours NSA en permettant un retour à domicile pour les clients susceptibles de nécessiter des soins en hébergement[10].

Ce qu'il reste à découvrir

- Le système de santé a-t-il la capacité de prendre en charge des patients NSA à leur domicile?
- Quelles sont les ressources qui faciliteraient le transfert des patients NSA vers leur domicile?
- Serait-il possible de mettre en place certains types de soutien avant ou dès l'admission en soins de courte durée pour réduire la probabilité de jours NSA?
- Les logements supervisés ou les résidences avec services peuvent-ils raccourcir la liste d'attente pour un lit dans un établissement de soins en hébergement pour les patients NSA?
- En quoi les caractéristiques des patients NSA et les ressources à leur disposition diffèrent-elles d'une province ou d'un territoire à l'autre?
- Les initiatives permettant aux patients NSA de retourner à la maison pendant qu'ils sont en attente de placement dans un établissement de soins en hébergement, comme le programme Chez soi avant tout, produiront-elles de bons résultats à long terme pour les patients et aideront-elles à réduire le niveau de stress des aidants naturels ainsi que les coûts?

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport : Norma Jutan, Diana Craiovan, Lacey Langlois, Natalie Damiano, Douglas Yeo et Jean-Marie Berthelot.

Il souhaite également remercier la personne suivante pour sa participation à l'examen par les pairs du présent rapport : Andrew Costa, associé de recherche, Université de Waterloo.

Annexe A : Cadre conceptuel

Domaine	Facteurs
Caractéristiques démographiques	Âge Sexe État matrimonial Milieu de vie Soutien informel
État fonctionnel	Échelle hiérarchique des activités de la vie quotidienne (AVQ) Communication Mémoire Fonctions cognitives (échelle CPS) Chutes
État de santé	Stabilité sur le plan médical (échelle CHESS) Algorithme MAPLe Comorbidités Médicaments
Qualité de vie	Incontinence Douleur
Humeur et comportement	Symptômes de dépression (échelle DRS) Comportements difficiles Médicaments psychotropes
Facteurs organisationnels	Emplacement géographique
Utilisation des ressources	Visites au service d'urgence
Traitements et services	Services de soins de santé à domicile Services de soutien à domicile Thérapies

Annexe B : Échelles de résultats et algorithmes

Échelle de résultats	Description	Éléments de l'évaluation	Notation
Échelle hiérarchique des AVQ[24]	L'échelle permet d'évaluer l'évolution de l'invalidité en regroupant les niveaux d'exécution des AVQ en catégories distinctes, soit perte précoce (hygiène personnelle), perte normale (déplacement, utilisation des toilettes) et perte tardive (alimentation).	L'échelle hiérarchique des AVQ comprend quatre éléments : • hygiène personnelle • utilisation des toilettes • mobilité • alimentation	0 à 6 Des notes élevées indiquent un déclin plus marqué (perte progressive) dans l'exécution des AVQ.
CHESS **Échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes**[18]	Conçue pour identifier les personnes dont l'état risque de se détériorer, l'échelle permet de détecter la fragilité et l'instabilité de la santé.	L'échelle CHESS comprend neuf éléments : • détérioration de la faculté de prendre des décisions • déclin dans les AVQ • vomissement • œdème • essoufflement • maladie en phase terminale • perte de poids • déshydratation • laisse de la nourriture dans l'assiette	0 à 5 Des notes élevées indiquent des niveaux plus élevés de complexité médicale et sont associées à des résultats défavorables comme la mortalité, l'hospitalisation, la douleur, le stress de l'aidant naturel et un mauvais état de santé autodéclaré.
CPS **Échelle de rendement cognitif**[16, 23]	Cette échelle permet de décrire l'état cognitif d'une personne. Les résultats sont comparés au Mini-examen de l'état mental (MMSE) et au Test de déficience grave (TSI).	L'échelle CPS comprend quatre éléments : • mémoire à court terme • habiletés cognitives dans la prise de décisions quotidiennes • capacité d'expression • difficulté à s'alimenter Un élément supplémentaire est utilisé dans le RAI-MDS 2.0 : état comateux. Une personne comateuse recevrait une note de 6 sur l'échelle CPS.	0 à 6 Des notes élevées indiquent des déficiences cognitives plus graves.

Échelle de résultats	Description	Éléments de l'évaluation	Notation
DRS **Échelle de mesure de la dépression**[14]	L'échelle peut servir au dépistage clinique de la dépression. Elle est validée par l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS), l'échelle de dépression au cours des démences de Cornell (CSDD) et l'échelle de dépression de Calgary (CDS).	L'échelle DRS comprend sept éléments : • sentiment de tristesse, d'être déprimé • colère persistante • peurs non fondées • plaintes répétitives au sujet de la santé • plaintes ou préoccupations anxieuses répétitives • visage exprimant tristesse, douleur ou inquiétude • pleurs	0 à 14 Une note de 3 ou plus peut indiquer un problème de dépression réel ou potentiel.
Échelle de douleur[15]	L'échelle sert à évaluer la présence de la douleur et son intensité. Les résultats se comparent bien à l'échelle visuelle analogique.	L'échelle de douleur comprend deux éléments : • fréquence de la douleur • intensité de la douleur	0 à 3 Des notes élevées indiquent des douleurs plus fortes.
MAPLe **Méthode d'attribution des niveaux de priorité**[19]	L'algorithme attribue au client un niveau de priorité. Il est un prédicteur éprouvé de la détresse chez les aidants naturels et du risque d'institutionnalisation.	• Échelle hiérarchique des AVQ • Échelle de rendement cognitif • Comportements • Détérioration de la faculté de prendre des décisions • Gestion des médicaments • Ulcères • Indice d'autonomie/ outil de dépistage gériatrique • Errance • Risque d'institutionnalisation • Préparation des repas • Déglutition • Chutes	1 à 5 Des notes élevées indiquent un plus haut niveau de priorité.

Annexe C : Caractéristiques des personnes âgées, selon le milieu de soins et le statut de patient NSA

	Services à domicile (61 047)						Soins en hébergement (29 460)					
	Aucun jour NSA (50 440)		Jours NSA (10 607)		Total (61 047)		Aucun jour NSA (6 037)		Jours NSA (23 423)		Total (29 460)	
Caractéristique	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Données démographiques												
Âge												
65 à 74 ans	12 539	24,9	1 863	17,6	14 402	23,6	796	13,2	2 786	11,9	3 582	12,2
75 à 84 ans	23 255	46,1	4 769	45,0	28 024	45,9	2 459	40,7	9 042	38,6	11 501	39,0
85 à 94 ans	13 702	27,2	3 665	34,6	17 367	28,4	2 492	41,3	10 280	43,9	12 772	43,4
95 ans ou plus	944	1,9	310	2,9	1 254	2,1	290	4,8	1 315	5,6	1 605	5,4
Sexe												
Femme	29 473	58,4	6 584	62,1	36 057	59,1	3 990	66,1	15 151	64,7	19 141	65,0
Homme	20 967	41,6	4 023	37,9	24 990	40,9	2 043	33,8	8 259	35,3	10 302	35,0
Marié(e)												
Non	27 238	54,0	6 565	61,9	33 803	55,4	4 190	69,4	16 477	70,3	20 667	70,2
Oui	23 202	46,0	4 042	38,1	27 244	44,6	1 847	30,6	6 946	29,7	8 793	29,8
Avec aidant principal												
Non	815	1,6	146	1,4	961	1,6	—	—	—	—	—	—
Oui	49 625	98,4	10 461	98,6	60 086	98,4	—	—	—	—	—	—
L'aidant principal vit avec le client												
Oui	28 721	56,9	5 528	52,1	34 249	56,1	—	—	—	—	—	—
Non	20 904	41,4	4 933	46,5	25 837	42,3	—	—	—	—	—	—
Sans aidant principal	815	1,6	146	1,4	961	1,6	—	—	—	—	—	—
Relation avec le client (aidant principal)												
Enfant, gendre ou bru	24 180	47,9	5 624	53,0	29 804	48,8	—	—	—	—	—	—
Conjoint (1)	18 900	37,5	3 227	30,4	22 127	36,2	—	—	—	—	—	—
Autre membre de la famille (2)	3 686	7,3	930	8,8	4 616	7,6	—	—	—	—	—	—
Ami ou voisin (3)	2 912	5,8	683	6,4	3 595	5,9	—	—	—	—	—	—
Nature de l'aide apportée (aidant principal)												
Conseils ou soutien affectif	48 697	96,5	10 246	96,6	58 943	96,6	—	—	—	—	—	—
Aide pour les AIVQ	46 012	91,2	9 648	91,0	55 660	91,2	—	—	—	—	—	—
Aide pour les AVQ	45 993	91,2	9 648	91,0	55 641	91,1	—	—	—	—	—	—
Détresse des aidants naturels*												
Oui	8 948	17,7	2 172	20,5	11 120	18,2	—	—	—	—	—	—
État de santé et diagnostics												
Comorbidités												
Diabète	13 964	27,7	2 890	27,2	16 854	27,6	1 650	27,3	5 956	25,4	7 606	25,8
Accident vasculaire cérébral	7 800	15,5	2 306	21,7	10 106	16,6	1 117	18,5	5 046	21,5	6 163	20,9
Cancer	10 973	21,8	1 489	14,0	12 462	20,4	742	12,3	2 878	12,3	3 620	12,3
Insuffisance cardiaque congestive	9 206	18,3	1 880	17,7	11 086	18,2	1 185	19,6	4 144	17,7	5 329	18,1
Hypertension	30 334	60,1	6 635	62,6	36 969	60,6	3 698	61,3	14 131	60,3	17 829	60,5

Caractéristique	Services à domicile (61 047)						Soins en hébergement (29 460)					
	Aucun jour NSA (50 440)		Jours NSA (10 607)		Total (61 047)		Aucun jour NSA (6 037)		Jours NSA (23 423)		Total (29 460)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Arthrite	22 789	45,2	4 993	47,1	27 782	45,5	2 266	37,5	7 959	34,0	10 225	34,7
Fracture de la hanche	1 968	3,9	1 000	9,4	2 968	4,9	743	12,3	2 288	9,8	3 031	10,3
Ostéoporose	9 159	18,2	2 414	22,8	11 573	19,0	1 525	25,3	5 227	22,3	6 752	22,9
Démence	5 954	11,8	2 189	20,6	8 143	13,3	2 448	40,5	12 019	51,3	14 467	49,1
Maladie en phase terminale	1 379	2,7	238	2,2	1 617	2,6	143	2,4	418	1,8	561	1,9
Échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes (CHESS)												
Aucune instabilité (0)	6 430	12,7	1 194	11,3	7 624	12,5	2 372	39,3	10 957	46,8	13 329	45,2
1	16 224	32,2	3 431	32,3	19 655	32,2	1 854	30,7	7 314	31,2	9 168	31,1
2	15 689	31,1	3 428	32,3	19 117	31,3	1 131	18,7	3 613	15,4	4 744	16,1
3	9 673	19,2	1 995	18,8	11 668	19,1	482	8,0	1 159	4,9	1 641	5,6
4	2 093	4,1	506	4,8	2 599	4,3	166	2,7	338	1,4	504	1,7
Instabilité élevée (5)	176	0,3	47	0,4	223	0,4	32	0,5	42	0,2	74	0,3
Méthode d'attribution des niveaux de priorité (MAPLe)												
1	10 449	20,7	1 089	10,3	11 538	18,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	6 684	13,3	1 046	9,9	7 730	12,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	19 153	38,0	4 301	40,5	23 454	38,4	1 405	23,3	4 496	19,2	5 901	20,0
4	10 712	21,2	2 926	27,6	13 638	22,3	2 531	41,9	9 200	39,3	11 731	39,8
5	3 438	6,8	1 242	11,7	4 680	7,7	2 101	34,8	9 727	41,5	11 828	40,1
Nombre de médicaments												
0 à 8	24 409	48,4	4 563	43,0	28 972	47,5	1 874	31,0	8 790	37,5	10 664	36,2
9 ou +	26 031	51,6	6 044	57,0	32 075	52,5	4 161	68,9	14 615	62,4	18 776	63,7
Traitements et services												
Aides de soins à domicile	24 460	48,5	7 211	68,0	31 671	51,9	—	—	—	—	—	—
Infirmières visiteuses	21 995	43,6	4 302	40,6	26 297	43,1	—	—	—	—	—	—
Services d'aide ménagère	12 793	25,4	3 640	34,3	16 433	26,9	—	—	—	—	—	—
Préparation des repas	4 854	9,6	1 656	15,6	6 510	10,7	—	—	—	—	—	—
Ergothérapie	11 598	23,0	3 348	31,6	14 946	24,5	344	5,7	1 588	6,8	1 932	6,6
Physiothérapie	10 128	20,1	3 066	28,9	13 194	21,6	3 727	61,7	12 466	53,2	16 193	55,0
Inhalothérapie	6 832	13,5	1 202	11,3	8 034	13,2	65	1,1	166	0,7	231	0,8
État fonctionnel												
Échelle hiérarchique des activités de la vie quotidienne (AVQ)												
Indépendance (0)	32 646	64,7	5 242	49,4	37 888	62,1	434	7,2	1 492	6,4	1 926	6,5
Supervision (1)	5 484	10,9	1 324	12,5	6 808	11,2	500	8,3	1 826	7,8	2 326	7,9
Aide limitée (2)	7 200	14,3	1 957	18,5	9 157	15,0	1 014	16,8	4 160	17,8	5 174	17,6
Aide considérable 1 (3)	2 247	4,5	713	6,7	2 960	4,8	1 344	22,3	5 618	24,0	6 962	23,6
Aide considérable 2 (4)	1 728	3,4	700	6,6	2 428	4,0	994	16,5	3 470	14,8	4 464	15,2
Dépendance (5)	885	1,8	517	4,9	1 402	2,3	1 367	22,6	5 565	23,8	6 932	23,5
Dépendance totale (6)	250	0,5	154	1,5	404	0,7	384	6,4	1 292	5,5	1 676	5,7
Échelle de rendement cognitif (CPS)												
Rendement intact (0)	28 013	55,5	4 186	39,5	32 199	52,7	1 842	30,5	4 776	20,4	6 618	22,5
Déclin limité (1)	8 709	17,3	1 935	18,2	10 644	17,4	888	14,7	3 501	14,9	4 389	14,9

Caractéristique	Services à domicile (61 047)						Soins en hébergement (29 460)					
	Aucun jour NSA (50 440)		Jours NSA (10 607)		Total (61 047)		Aucun jour NSA (6 037)		Jours NSA (23 423)		Total (29 460)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Déficience légère (2)	10 914	21,6	3 234	30,5	14 148	23,2	1 159	19,2	4 784	20,4	5 943	20,2
Déficience modérée (3)	1 768	3,5	758	7,1	2 526	4,1	1 359	22,5	6 687	28,5	8 046	27,3
Déficience modérée à grave (4)	230	0,5	104	1,0	334	0,5	263	4,4	1 264	5,4	1 527	5,2
Déficience grave (5)	631	1,3	271	2,6	902	1,5	299	5,0	1 658	7,1	1 957	6,6
Déficience très grave (6)	171	0,0	116	1,1	287	0,5	227	3,8	753	3,2	980	3,3
Communication												
Aucun problème	39 403	78,1	7 075	66,7	46 478	76,1	3 537	58,6	11 860	50,6	15 397	52,3
Tout type de problème	11 031	21,9	3 528	33,3	14 559	23,8	2 494	41,3	11 557	49,3	14 051	47,7
Chutes												
Chutes[†]	19 351	38,4	5 305	50,0	24 656	40,4	2 879	47,7	11 259	48,1	14 138	48,0
Qualité de vie												
Échelle de douleur												
Aucune douleur (0)	18 230	36,1	3 850	36,3	22 080	36,2	2 595	43,0	11 594	49,5	14 189	48,2
Douleur non quotidienne (1)	5 498	10,9	1 167	11,0	6 665	10,9	1 644	27,2	6 055	25,9	7 699	26,1
Douleur quotidienne légère ou modérée (2)	21 035	41,7	4 455	42,0	25 490	41,8	1 472	24,4	4 923	21,0	6 395	21,7
Douleur quotidienne aiguë (3)	5 676	11,3	1 135	10,7	6 811	11,2	326	5,4	851	3,6	1 177	4,0
Incontinence urinaire												
Continence[‡]	35 541	70,5	6 199	58,4	41 740	68,4	2 358	39,1	8 247	35,2	10 605	36,0
Continence, sauf exception	4 930	9,8	1 227	11,6	6 157	10,1	629	10,4	2 426	10,4	3 055	10,4
Incontinence occasionnelle	4 179	8,3	1 086	10,2	5 265	8,6	613	10,2	2 413	10,3	3 026	10,3
Incontinence fréquente	4 110	8,1	1 331	12,5	5 441	8,9	1 061	17,6	4 300	18,4	5 361	18,2
Incontinence	1 680	3,3	764	7,2	2 444	4,0	1 376	22,8	6 037	25,8	7 413	25,2
Incontinence fécale												
Continence[§]	44 705	88,6	8 586	80,9	53 291	87,3	3 440	57,0	12 308	52,5	15 748	53,5
Continence, sauf exception	2 124	4,2	612	5,8	2 736	4,5	611	10,1	2 472	10,6	3 083	10,5
Incontinence occasionnelle	1 271	2,5	387	3,6	1 658	2,7	399	6,6	1 907	8,1	2 306	7,8
Incontinence fréquente	1 262	2,5	417	3,9	1 679	2,8	573	9,5	2 398	10,2	2 971	10,1
Incontinence	1 078	2,1	605	5,7	1 683	2,8	1 014	16,8	4 338	18,5	5 352	18,2
Incontinence urinaire ou fécale												
Tout type d'incontinence	16 848	33,4	4 903	46,2	21 751	35,6	4 026	66,7	16 553	70,7	20 579	69,9
Humeur et comportement												
Échelle des comportements agressifs (ABS)												
0	—	—	—	—	—	—	4 476	74,1	16 350	69,8	20 826	70,7
1 ou +	—	—	—	—	—	—	1 555	25,8	7 067	30,2	8 622	29,3
Comportements difficiles[**]												
Errance	553	1,1	173	1,6	726	1,2	707	11,7	3 550	15,2	4 257	14,5
Agressivité verbale	935	1,9	289	2,7	1 224	2,0	557	9,2	2 718	11,6	3 275	11,1
Agressivité physique	165	0,3	71	0,7	236	0,4	325	5,4	1 558	6,7	1 883	6,4
Comportement socialement perturbateur ou inapproprié	339	0,7	114	1,1	453	0,7	532	8,8	2 380	10,2	2 912	9,9

Caractéristique	Services à domicile (61 047)						Soins en hébergement (29 460)					
	Aucun jour NSA (50 440)		Jours NSA (10 607)		Total (61 047)		Aucun jour NSA (6 037)		Jours NSA (23 423)		Total (29 460)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Résistance aux soins	1 417	2,8	543	5,1	1 960	3,2	1 235	20,5	5 617	24,0	6 852	23,3
Tout type de comportement difficile	2 121	4,2	754	7,1	2 875	4,7	1 555	25,8	7 067	30,2	8 622	29,3
Échelle de mesure de la dépression (DRS)												
Pas de dépression (0)	31 995	63,4	6 602	62,2	38 597	63,2	2 926	48,5	11 371	48,5	14 297	48,5
1	6 478	12,8	1 353	12,8	7 831	12,8	937	15,5	3 680	15,7	4 617	15,7
2	5 040	10,0	1 070	10,1	6 110	10,0	847	14,0	3 375	14,4	4 222	14,3
Signes de dépression possible (3 ou +)	6 927	13,7	1 582	14,9	8 509	13,9	1 321	21,9	4 991	21,3	6 312	21,4
Médicaments psychotropes												
Antipsychotiques	2 604	5,2	959	9,0	3 563	5,8	1 278	21,2	6 357	27,1	7 635	25,9
Anxiolytiques	7 515	14,9	1 753	16,5	9 268	15,2	959	15,9	3 424	14,6	4 383	14,9
Antidépresseurs	9 067	18,0	2 385	22,5	11 452	18,8	2 176	36,0	8 937	38,2	11 113	37,7
Hypnotiques	8 089	16,0	1 851	17,5	9 940	16,3	541	9,0	2 403	10,3	2 944	10,0
Tout type de médicament psychotrope	19 732	39,1	4 898	46,2	24 630	40,3	3 466	57,4	14 520	62,0	17 986	61,1
Utilisation des ressources												
Visites au service d'urgence au cours des 90 derniers jours††												
0	37 168	73,7	8 400	79,2	45 568	74,6	3 769	62,4	16 519	70,5	20 288	68,9
1 ou +	13 272	26,3	2 207	20,8	15 479	25,4	2 268	37,6	6 904	29,5	9 172	31,1
Facteurs organisationnels												
Milieu urbain ou rural												
Urbain	39 368	78	8 975	84,6	48 343	79,2	5 093	84,4	20 426	87,2	25 519	86,6
Rural	6 809	13,5	1 039	9,8	7 848	12,9	916	15,2	2 962	12,6	3 878	13,2

Remarques

* Un client avait un aidant naturel en détresse s'il répondait à l'un des critères suivants : un aidant ne peut plus continuer d'apporter de l'aide ou l'aidant principal exprime des sentiments de détresse, de colère ou de dépression.

† La période de vérification rétrospective des chutes était de 90 jours pour les services à domicile et de 180 jours pour les soins en hébergement.

‡ Comprend les personnes continentes avec cathéter.

§ Comprend les personnes continentes avec une stomie.

** La période de vérification rétrospective des comportements était de trois jours pour les services à domicile et de sept jours pour les soins de longue durée.

†† Les données sur les visites au service d'urgence et les admissions à l'hôpital ne sont consignées que sur les évaluations complètes du RAI-MDS 2.0. Pour ces deux catégories, les évaluations trimestrielles du RAI-MDS 2.0 ont été exclues.

— Données non recueillies

Certaines sous-catégories de caractéristiques ne totalisent pas 100 % étant donné que certaines variables contiennent des valeurs manquantes.

Sources

Base de données sur les congés des patients, Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe D : Résultats de la régression logistique

Régression logistique multidimensionnelle pour prévoir les probabilités de jours NSA (contre aucun jour NSA) chez les personnes âgées recevant des services à domicile

Variable	Rapport de cotes	Limites de confiance	
Niveau de priorité (MAPLe; 5 et 1)	2,92	2,65	3,23
Niveau de priorité (MAPLe; 4 et 1)	2,39	2,21	2,59
Niveau de priorité (MAPLe; 3 et 1)	2,04	1,90	2,20
Niveau de priorité (MAPLe; 2 et 1)	1,39	1,27	1,53
Emplacement géographique (urbain et rural)	1,51	1,41	1,62
État matrimonial (aucun conjoint et conjoint)	1,40	1,33	1,46
Tout type d'incontinence	1,40	1,33	1,46
Âge (75 ans ou plus et 65 à 74 ans)	1,34	1,27	1,42
Médicaments psychotropes	1,23	1,18	1,29
Nombre de médicaments (9 ou + et 0 à 8)	1,17	1,12	1,23
Stabilité sur le plan médical (CHESS; 0 ou 1 et 2 ou +)	1,13	1,08	1,18
Dépression possible (DRS; 3 ou + et 0 à 2)	1,10	1,03	1,17
***Douleur quotidienne (non et oui)**	1,05	1,00	1,09
***Sexe (femme et homme)**	1,00	0,95	1,05

Remarques

* Non statistiquement significatif.

c = 0,637.

Sources

Base de données sur les congés des patients, Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Régression logistique multidimensionnelle pour prévoir les probabilités de jours NSA (contre aucun jour NSA) chez les personnes âgées dans un établissement de soins en hébergement

Variable	Rapport de cotes	Limites de confiance	
Stabilité sur le plan médical (CHESS; 0 ou 1 et 2 ou +)	1,56	1,46	1,67
Difficultés à communiquer	1,29	1,21	1,38
Nombre de médicaments (9 ou + et 0 à 8)	1,29	1,21	1,37
Médicaments psychotropes	1,25	1,18	1,33
Emplacement géographique (urbain et rural)	1,24	1,14	1,35
Comportements difficiles	1,17	1,09	1,26
Tout type d'incontinence	1,15	1,07	1,23
Douleur quotidienne (non et oui)	1,15	1,07	1,22
Âge (75 ans ou plus et 65 à 74 ans)	1,10	1,01	1,20
État matrimonial (aucun conjoint et conjoint)	1,10	1,03	1,17
***Antécédents de chute**	1,05	0,99	1,11
***Fonctions physiques (échelle hiérarchique AVQ; 3 à 6 et 0 à 2)**	0,97	0,91	1,04
***Sexe (femme et homme)**	0,96	0,90	1,03
***Dépression possible (DRS; 3 ou + et 0 à 2)**	0,94	0,87	1,01

Remarques

* Non statistiquement significatif.

c = 0,597.

Sources

Base de données sur les congés des patients, Système d'information sur les services à domicile et Système d'information sur les soins de longue durée, 2007 à 2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Groupe d'experts sur le NSA. *Appropriate Level of Care: a Patient Flow, System Integration and Capacity Solution*. 2006.
2. Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, Association des hôpitaux de l'Ontario, Ontario Long-Term Care Association. *Alternate Level of Care—Challenges and Opportunities*. 2006.
3. Covinsky KE, R.M.Palmer RH, Fortinsky SR, Counsell AL, Stewart D, Kresevic. Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal of the American Geriatrics Sciety.* 2003;54(4):451-458.
4. Creditor MC. Hazards of Hospitalization of the Elderly. *Annals of Internal Medicine.* 1993;118(3):219-223.
5. Graf C. Functional Decline in Hospitalized Older Adults. *American Journal of Nursing.* 2006;106(1):58-67.
6. Partenariat des RLISS. *Home First: Implementation Guide & Toolkit*. 2011.
7. Weissert W, Chernew M, Hirth R. Titrating versus targeting home care services to frail elderly clients: An application of agency theory and cost-benefit analysis to home care policy. *Journal of Aging and Health*. 2003;15(1):99-123.
8. Statistique Canada. *Population Projections for Canada, Provinces and Territories.* 2010. 91-520-XWE. 2010.
9. Population Projections LHIN [ministère des Finances], 2010-2036. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Intellihealth Ontario; 2011.
10. Walker D. *Caring for Our Aging Population and Addressing Alternate Level of Care*. 2011. http://www.oanhss.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home&CONTENTID=9090&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm.
11. Institut canadien d'information sur la santé. *Alternate Level of Care in Canada*. 14 janvier 2009.
12. Institut canadien d'information sur la santé. *Alternate Level of Care in Atlantic Canada, 2009-2010*. 2010.
13. Institut canadien d'information sur la santé. *DAD Abstracting Manual, 2011-2012*. Ottawa, ON : ICIS; 2012;(chap 10):1-7.
14. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, et al. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age & Ageing.* Mars, 2000;29(2):165-172.
15. Fries BE, Simon SE, Morris JN, et al. Pain in U.S. nursing homes: validating a pain scale for the minimum data set. *Gerontologist.* Avril, 2001;41(2):173-179.
16. Hartmaier S, Sloane P, Guess H, Koch G. Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: Agreement With the Mini-Mental State Examination. *Journal of Gerontology: Medical Sciences.* 1995;50A:M128-M133.
17. Hawes C, Morris J, Phillips C, Mor V, Fries B, Nonemaker S. Reliability Estimates for the Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening (MDS). *The Gerontologist.* 1995;35:172-178.
18. Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF. The MDS-CHESS scale: a new measure to predict mortality in institutionalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society.* Janvier, 2003;51(1):96-100.
19. Hirdes J, Poss J, Curtin-Telegdi N. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine.* 2008;6(1):9. http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/9.

20. Lawton MP, Casten R, Parmelee PA, Haitsma KV, Corn J, Kleban MH. Psychometric Characteristics of the Minimum Data Set II: Validity. *Journal of the American Geriatric Society.* 1998;46:736-744.

21. Mor V, Branco K, Fleishman J, et al. The Structure of Social Engagement Among Nursing Home Residents. *The Gerontologist.* 1995;50B:1-8.

22. Morris J, Nonemaker S, Murphy K, et al. A Commitment to Change: Revision of HCFA's RAI. *Journal of the American Geriatric Society.* 1997;45:1011-1016.

23. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, et al. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology.* Juillet, 1994;49(4):M174-M182.

24. Morris JN, Fries BE, Morris SA, Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences.* Novembre, 1999;54(11):M546-M553.

25. Schroll M, Jonsson PV, Mor V, et al. An international study of social engagement among nursing home residents. *Age & Ageing.* Septembre, 1997;26(suppl 2):55-59.

26. Snowden M, McCormick W, Russo J, et al. Validity and Responsiveness of the Minimum Data Set. *Journal of the American Geriatric Society.* 1999;47:1000-1004.

27. Syndicat canadien de la fonction publique. Residential Long-Term Care in Canada Our Vision for Better Senior's Care. http://cupe.ca/updir/CUPE-long-term-care-seniors-care-vision.pdf. Mise à jour en 2009.

28. Réseaux locaux d’intégration des services de santé de l’Ontario. Behavioural Supports Ontario. http://www.akeresourcecentre.org/BSO. Mise à jour en 2012.