

Analyse en bref

Août 2010 **Types de soins**



Les soins aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence

Sommaire

La présente étude utilise deux banques de données en expansion de l'ICIS qui éclairent la planification du système de santé en vue de répondre aux besoins du nombre grandissant de Canadiens atteints de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. On s'attend à ce que la taille de cette population double au cours des 30 prochaines années pour atteindre 1,1 million ou près de 3 % des Canadiens.

Voici les principaux résultats :

- Une personne âgée sur cinq (20 %) qui bénéficie de services à domicile de longue durée subventionnés a reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence. La proportion observée chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins en hébergement, notamment les centres de soins infirmiers ou les établissements de soins de longue durée, était près de trois personnes sur cinq (57 %).
- On a constaté un chevauchement entre les populations recevant des services dans ces deux secteurs. Une personne âgée sur six (17 %) atteinte de démence et de déficience grave (difficulté modérée à importante touchant les fonctions cognitives de base et les activités de soins personnels) vivait à la maison et recevait des services à domicile. À l'autre extrémité du spectre, la même proportion de personnes âgées atteintes de démence et de déficience légère (difficulté légère touchant les fonctions cognitives et les activités de soins personnels) vivait dans un établissement de soins en hébergement.
- Parmi les personnes âgées atteintes de démence et de déficience légère (hautement fonctionnelles), les nouveaux résidents d'établissements de soins en hébergement étaient deux fois plus susceptibles d'être célibataires (par définition, les personnes veuves, séparées, divorcées ou qui n'ont jamais été mariées). Cette constatation témoigne du rôle essentiel que joue le conjoint dans le maintien à domicile des personnes âgées atteintes de démence.

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

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



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

- L'errance (rapport de cotes de près de sept) est le principal facteur qui explique qu'une personne atteinte de démence et de déficience légère reçoive des services dans un établissement de soins en hébergement et non à domicile. Une récente admission à l'hôpital, la résistance aux soins et l'agressivité physique étaient également des facteurs importants.

Ces constatations laissent croire qu'il existe des raisons importantes pour lesquelles certaines personnes âgées atteintes de démence, même celles qui ne présentent que de légers symptômes de déficience, ne sont pas en mesure de demeurer à la maison. Bon nombre de ces mêmes facteurs ont fait l'objet d'une récente étude de l'ICIS sur les facteurs liés à la détresse chez les aidants naturels, une raison courante motivant l'admission de personnes âgées dans un établissement de soins en hébergement¹.

À mesure que s'accroît cette population particulière, les planificateurs et les décideurs devront équilibrer les investissements dans les établissements de soins en hébergement avec ceux dans les autres milieux de soins. Une demande croissante de lits dans les établissements de soins en hébergement pourrait entraîner le recours aux services à domicile ou le placement dans une résidence pour personnes âgées ou dans une résidence avec services pour un plus grand nombre de personnes âgées atteintes de démence.

La présente étude ainsi que de futures études peuvent contribuer à façonner l'avenir du système de soins de santé canadien en fournissant des tendances et des profils détaillés de populations importantes comme les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.

Introduction

Le terme démence désigne « une vaste catégorie de troubles caractérisés par la détérioration progressive des facultés intellectuelles et de la mémoire, à mesure que le cerveau est endommagé² ». En plus de la détérioration progressive des fonctions cognitives, les autres symptômes comprennent un changement de la capacité à exercer les activités de la vie quotidienne ainsi que des variations d'humeur et de comportement. En 2008, près de 500 000 Canadiens étaient atteints de démence, ce qui représente 1,5 % de la population². Il s'agit de la principale cause d'invalidité chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus². En raison du vieillissement de la population, on s'attend à ce que près de 1,1 million de Canadiens soient atteints de démence d'ici 2038, c'est-à-dire près de 3 % de la population².

Plus la maladie évolue, plus la personne touchée a besoin de soins et de soutien. Selon le soutien offert par la famille et le niveau de soins requis, elle pourrait être en mesure de rester à la maison et de recevoir des services à domicile ou être admise dans un établissement de soins en hébergement (comme un centre de soins infirmiers ou un établissement de soins de longue durée)³. En fait, la démence est actuellement la principale cause de placement en établissement des personnes âgées⁴.

Depuis la mise en place de certains changements visant les soins de santé, on offre davantage de services communautaires au Canada⁵. Il existe également des projets de construction d'établissements de soins en hébergement supplémentaires à l'échelle du pays. Il sera de plus en plus important de comprendre les besoins de la population et les facteurs clés qui pourraient permettre aux personnes atteintes de démence de rester à la maison ainsi que prévenir ou repousser le placement en établissement.

La présente étude vise près de 185 000 personnes âgées qui demeuraient à la maison et recevaient des services à domicile subventionnés ou qui vivaient dans un établissement de soins en hébergement. Elle répond à trois questions :

- Quelle est la proportion de personnes âgées atteintes de démence dans ces deux milieux de soins?
- Quels sont les principaux problèmes de santé et les caractéristiques clés des personnes âgées atteintes de démence dans chacun des milieux de soins?
- Quels sont les facteurs liés à l'admission des personnes âgées atteintes de démence et de déficience fonctionnelle légère dans les établissements de soins en hébergement?

Méthode

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

Le programme sur les services à domicile et les soins de longue durée de l'ICIS fournit aux cliniciens, aux gestionnaires, aux décideurs et au grand public des renseignements à l'appui de la planification, de l'amélioration de la qualité et de la responsabilisation. Le Système d'information sur les services à domicile (SISD) fournit des renseignements sur les programmes de services à domicile subventionnés. Le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) fournit des renseignements sur les soins de longue durée en milieu hospitalier et dans les établissements de soins en hébergement (établissements dotés de soins infirmiers professionnels 24 heures sur 24). Les deux systèmes fournissent des rapports comparatifs traitant de mesures cliniques normalisées, d'indicateurs de qualité et de l'utilisation des ressources. La collaboration avec interRAI, un réseau international de chercheurs établis dans 30 pays, a permis d'établir les normes relatives aux données de base de ces systèmes d'information.

Instruments d'évaluation interRAI

L'instrument d'évaluation des résidents pour les services à domicile (RAI-HCⁱ) et l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal (RAI-MDS 2.0ⁱⁱ) sont des instruments d'évaluation complets et normalisés conçus par interRAI portant sur les besoins, les préférences et les forces d'une personne. Ces deux outils servent à documenter les mesures des fonctions physiques, cognitives et sociales, ainsi que certains indicateurs concernant l'état clinique et les services reçus. Les instruments ont été soumis à des essais de fiabilité et de validité dans plusieurs pays, dont le Canada⁶⁻¹⁸.

Le RAI-HC (SISD) sert à évaluer les clients des services à domicile de longue durée, soit ceux qui risquent d'avoir besoin de services pendant plus de 60 jours. Une évaluation RAI-MDS 2.0 (SISLD) est effectuée lorsqu'une personne est admise dans un établissement de soins en hébergement (comme un établissement de soins de longue durée ou un centre de soins infirmiers), puis tous les trois mois, ou plus fréquemment si l'état clinique de la personne change de façon importante. Les évaluations sont enregistrées électroniquement et fournissent une rétroaction en temps réel aux cliniciens, ce qui favorise la planification et le suivi des soins. Elles fournissent également des données comparatives à l'échelle des organismes, des régions et des provinces et territoires qui facilitent la gestion systémique, l'amélioration de la qualité et l'élaboration de politiques.

Définir la démence

Deux types de diagnostic lié à la démence figurent dans les évaluations du RAI-HC et du RAI-MDS 2.0. Dans le cadre de la présente analyse, on a jugé qu'une personne avait reçu un diagnostic de démence lorsqu'on a recensé dans une évaluation la maladie d'Alzheimer ou une autre forme de démence. La maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative du cerveau qui, au début, touche principalement la capacité de se souvenir des noms et des événements récents. À mesure que la maladie évolue, la détérioration se poursuit, ce qui entraîne des problèmes comme la confusion et la difficulté de communiquer. Parmi les autres formes de démence, notons la démence vasculaire, qui découle souvent d'un accident vasculaire cérébral. Ces autres formes peuvent être caractérisées par une déficience cognitive plus ou moins grave¹⁹.

Cadre conceptuel et mesures

Notre analyse des personnes âgées atteintes de démence qui reçoivent des services dans l'un des deux milieux est orientée par un cadre conceptuel élaboré à partir d'une analyse documentaire portant sur des facteurs démographiques, fonctionnels ainsi que liés à l'état de santé et à l'utilisation des ressources. Le cadre conceptuel est présenté à l'annexe A. Une description des échelles cliniques et fonctionnelles interRAI utilisées dans le cadre de l'analyse se trouve à l'annexe B.

i. Le RAI-HC est protégé par le droit d'auteur : © interRAI Corporation, 2001. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé. Les éléments propres au Canada et leur description sont protégés par le droit d'auteur © Institut canadien d'information sur la santé, 2002.

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

Données utilisées

L'ensemble de données utilisées pour la présente analyse comportait des évaluations de 131 246 clients de services à domicile de longue durée (ceux supposés avoir eu besoin des services pendant plus de 60 jours) âgés de 65 ans ou plus qui recevaient des services à domicile subventionnés en Nouvelle-Écosse, en Ontario, à l'Office régional de la santé de Winnipeg et au Yukon en 2007-2008.

L'ensemble de données comportait également des évaluations de 53 420 résidents âgés de 65 ans ou plus qui vivaient dans un établissement de soins en hébergement subventionné de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, de l'Office régional de la santé de Winnipeg, de la Saskatchewan et du Yukon en 2008-2009. Pour ce qui est des établissements de soins en hébergement, les visites au service d'urgence et les admissions à l'hôpital n'ont été consignées qu'au moyen de l'évaluation lors de l'admission ou de l'évaluation annuelle. Ainsi, la population de résidents des établissements de soins en hébergement ayant servi dans la présente analyse à calculer les taux d'utilisation des services de soins de courte durée était un sous-ensemble de 32 197 résidents.

Pour faire la lumière sur certains des facteurs liés à l'admission dans un établissement de soins en hébergement, on a comparé les personnes âgées atteintes de démence dans les deux milieux de soins selon leur degré de déficience. Pour les besoins de la présente analyse et du modèle de régression logistique, on a sélectionné les évaluations d'admission des personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement, tandis qu'on a utilisé les évaluations les plus récentes pour les clients des services à domicile. Cette méthode a été utilisée afin de rendre compte de l'état fonctionnel des résidents au moment le plus proche possible de celui où l'on a décidé que la personne n'était plus capable de rester à la maison.

Questions statistiques

Les évaluations du RAI-HC et du RAI-MDS 2.0 ont été conçues de façon à être compatibles, mais comportent certaines différences mineures en raison des populations distinctes visées. Le cas échéant, ces différences ont été consignées dans un tableau de comparaison se trouvant à l'annexe C. Le RAI-HC est conçu pour les personnes âgées qui reçoivent des services à domicile de longue durée. Ainsi, les personnes qui reçoivent des services à domicile de courte durée, soit des services dont la durée prévue est inférieure à 60 jours, ont été exclues de la présente analyse.

L'analyse se veut un aperçu intersectoriel des deux milieux de soins plutôt qu'une étude des personnes âgées au fil du temps. Il est donc impossible de tirer des conclusions expliquant des relations de cause à effet.

Un modèle de régression logistique a été utilisé pour déterminer les facteurs les plus fortement liés à chaque milieu de soins chez les personnes âgées atteintes de démence qui présentaient une légère déficience fonctionnelle (terme défini plus loin dans le rapport). L'analyse expose les facteurs relatifs à chacun des domaines du cadre conceptuel et présente les résultats selon les profils de comparaison des personnes âgées atteintes de démence.

Résultats

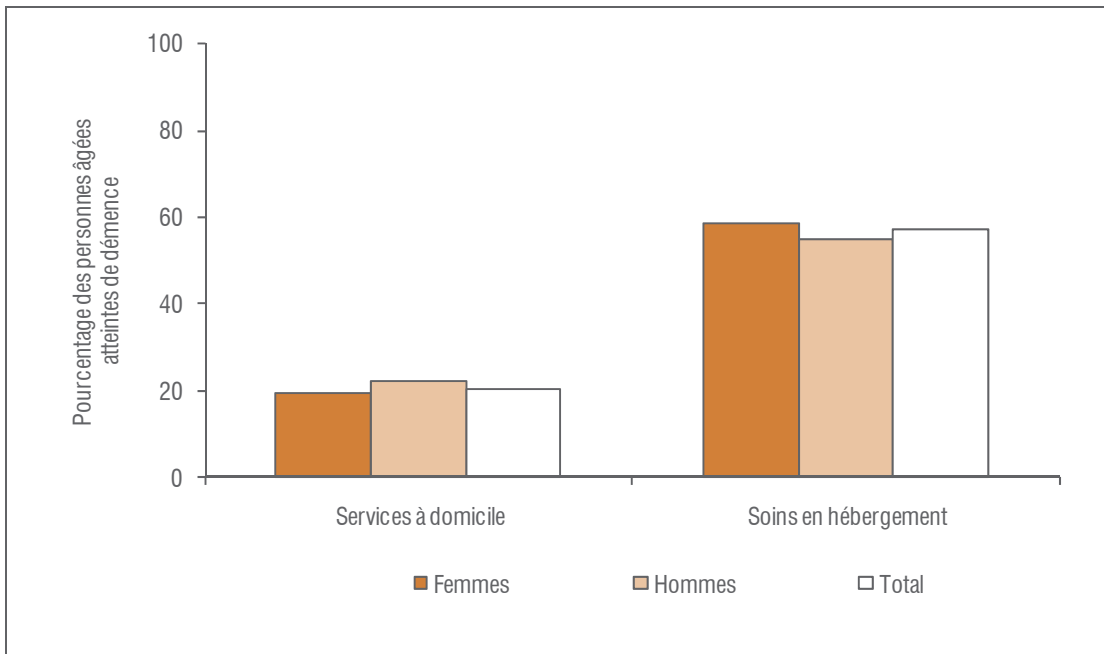
Caractéristiques des personnes âgées atteintes de démence

La figure 1 indique qu'une personne âgée sur cinq (20 %) qui bénéficie de services à domicile de longue durée et près de trois personnes âgées sur cinq (57 %) qui résident dans un établissement de soins en hébergement ont reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'un autre type de démence.

Les personnes âgées atteintes de démence qui vivent dans un établissement de soins en hébergement avaient tendance à être plus âgées que celles qui reçoivent des services à domicile. Dans les établissements de soins en hébergement, 59 % des résidents atteints de démence étaient âgés de 85 ans ou plus, contre 42 % des bénéficiaires de services à domicile. Une proportion légèrement supérieure d'hommes atteints de démence recevaient des services à domicile, tandis que les femmes étaient un peu plus nombreuses à vivre dans un établissement de soins en hébergement.

Figure 1

Prévalence de la démence selon le milieu de soins et le sexe

**Sources**

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

La proportion de personnes mariées atteintes de démence était plus faible chez les résidents d'établissements de soins en hébergement que chez les bénéficiaires de services à domicile (26 % et 42 %, respectivement). Presque tous les clients des services à domicile ayant reçu un diagnostic de démence (99 %) avaient au moins un aidant naturel, soit un membre de la famille, un ami ou un voisin lui apportant un soutien émotionnel et l'aidant à réaliser des activités clés comme le magasinage, le transport, la prise de médicaments, les repas et les soins personnels.

Parmi ces clients ayant un aidant naturel, 30 % recevaient le soutien d'un aidant qui affirme éprouver de la détresse associée à son rôle. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la détresse des aidants naturels, veuillez consulter le rapport intitulé *Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile* sur le site Web de l'ICIS¹.

État fonctionnel

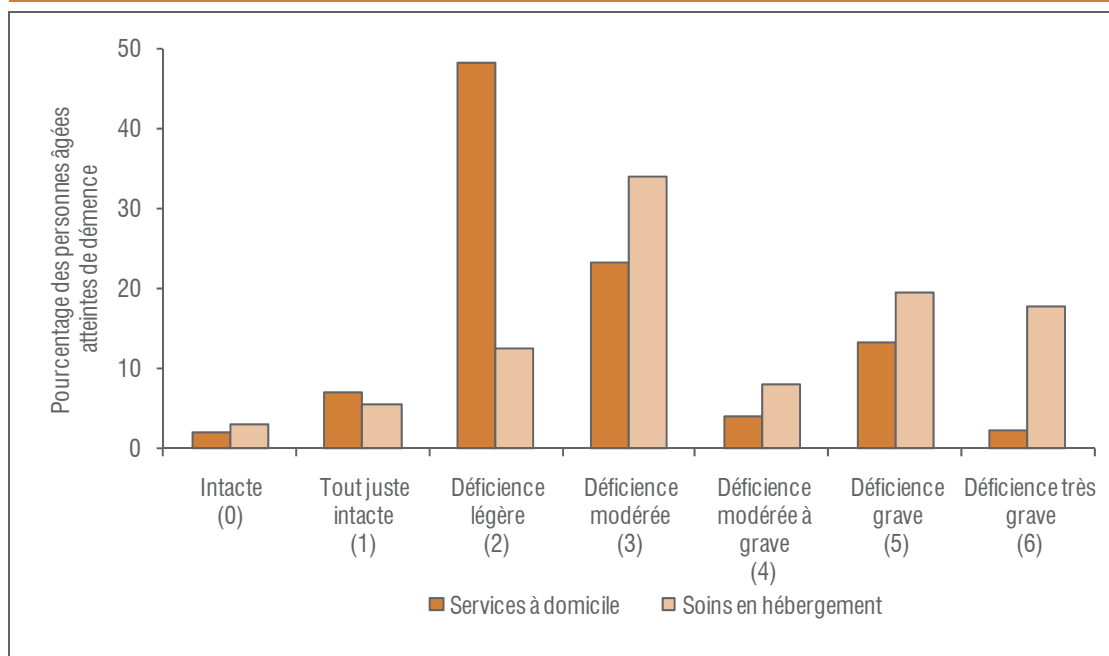
À mesure que la démence évolue, les troubles de la mémoire et d'autres incapacités cognitives s'accroissent. Au début, les troubles de la mémoire à court terme font en sorte que les personnes âgées touchées oublient les événements récents et peuvent avoir de la difficulté à gérer leurs finances ou la prise de leurs médicaments. À mesure que la détérioration se poursuit, les personnes atteintes ont plus de difficulté à effectuer leurs activités quotidiennes et, au fil du temps, à s'occuper de leurs soins personnels. Elles ne reconnaissent plus les membres de leur famille et leurs amis pourtant proches. Elles peuvent s'embrouiller et être incapables de prendre des décisions simples.

Dans le cadre de la présente analyse, on a évalué la déficience cognitive au moyen de l'échelle de rendement cognitif (CPS) tirée des évaluations interRAI. Les principaux éléments qu'elle étudie sont la mémoire, les habiletés dans la prise de décisions, la communication et l'alimentation. Plus la note est élevée, plus la déficience est grave. Une note de 0 (intacte) indique que la personne ne connaît aucune difficulté à ces égards. Une note de 6 (déficience très grave) indique que la personne a de très graves problèmes de mémoire et est incapable de prendre des décisions au quotidien, de se faire comprendre ou de se nourrir. Une personne comateuse recevrait une note de 6. Des précisions sur l'échelle CPS et d'autres échelles sont données à l'annexe B.

La figure 2 présente les degrés de déficience cognitive des personnes âgées atteintes de démence dans les deux milieux de soins. Comme prévu, celles qui vivent dans un établissement de soins en hébergement avaient tendance à présenter un degré supérieur de déficience cognitive. Près de deux personnes âgées sur cinq (37 %) qui vivent dans ce type d'établissement étaient atteintes de déficience grave ou très grave. Une personne âgée sur six (16 %) qui vit à la maison et bénéficie de services à domicile souffrait toutefois de déficience cognitive grave ou très grave.

Figure 2

Déficience cognitive des personnes âgées atteintes de démence selon le milieu de soins



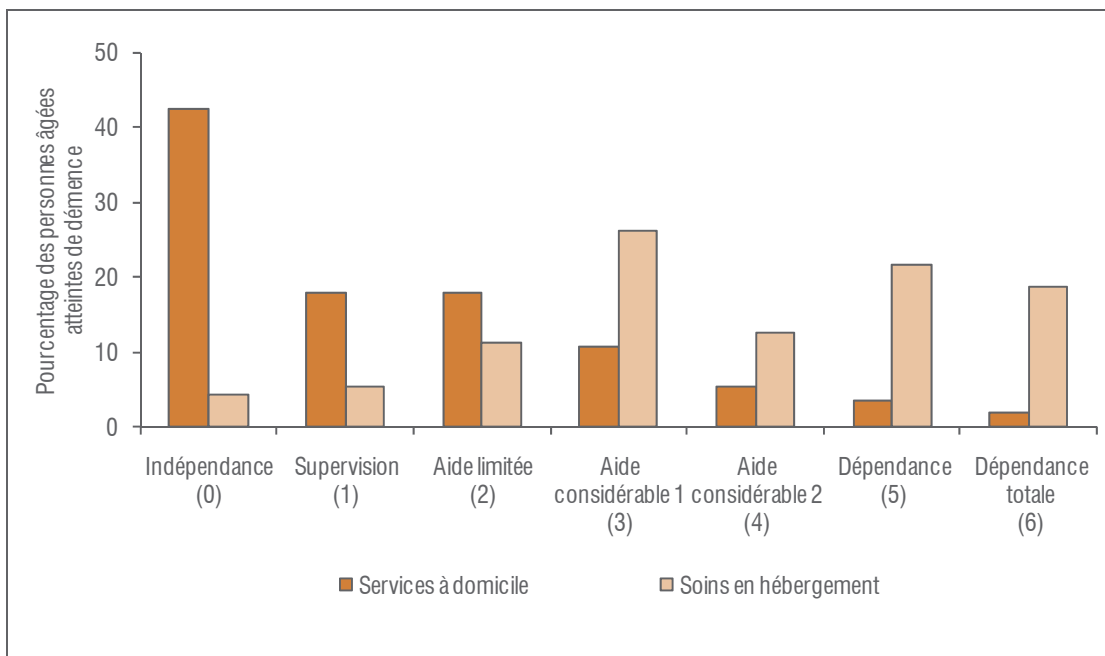
Sources

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Souvent, à mesure que leur déficience cognitive progresse, les personnes atteintes de démence ont de la difficulté à réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ). La figure 3 présente les degrés de déficience dans les AVQ chez les personnes âgées atteintes de démence selon le milieu de soins. La déficience dans les AVQ est évaluée selon l'échelle hiérarchique de performance dans les AVQ. Sur cette échelle, plus la note est élevée, plus la déficience est grave. Une note de 0 (indépendance) signifie que la personne n'a aucune difficulté à réaliser les AVQ, tandis qu'une note de 6 (dépendance totale) signifie que la personne est complètement dépendante pour les déplacements, l'alimentation, l'utilisation des toilettes et l'hygiène personnelle. Les personnes âgées atteintes de démence vivant dans un établissement de soins en hébergement avaient tendance à présenter un degré supérieur de déficience dans les AVQ. En effet, près d'une personne sur cinq (19 %) était totalement dépendante pour les AVQ.

Figure 3

Déficience dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées atteintes de démence selon le milieu de soins



Sources

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

État de santé

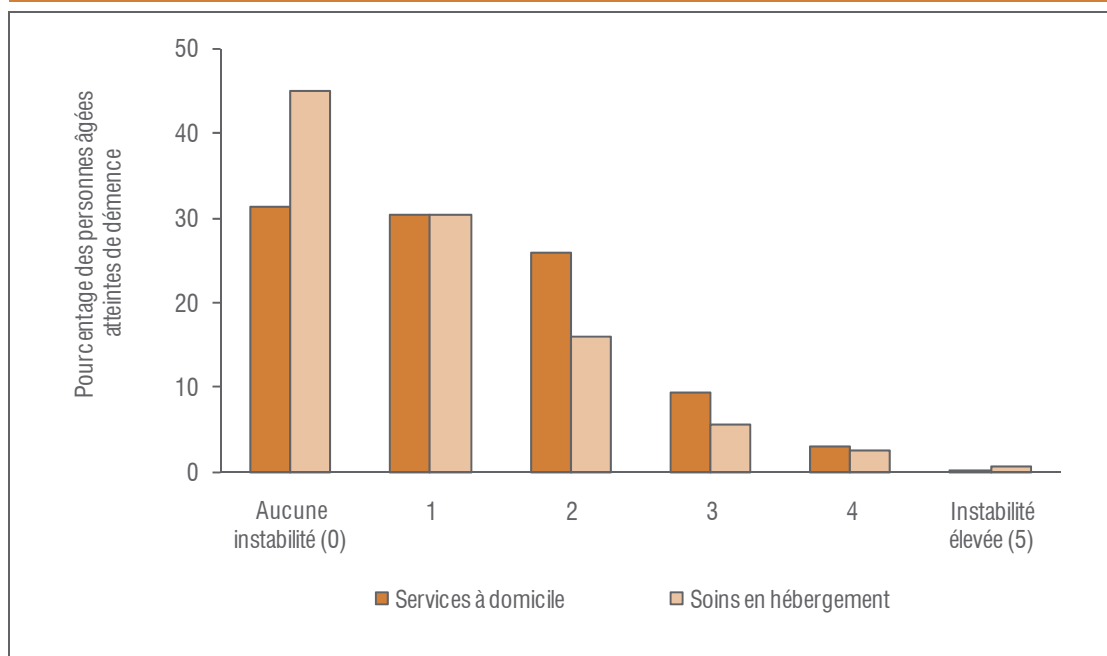
La démence est associée à d'autres problèmes de santé importants qui nuisent à la qualité de vie de la personne atteinte et de son réseau de soutien.

L'échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes (CHESS) d'interRAI est tirée des évaluations effectuées dans les deux milieux de soins. Il s'agit d'une mesure de l'instabilité de l'état de santé qui cerne les personnes risquant d'obtenir des résultats indésirables, y compris le décès. L'échelle va de 0 (aucune instabilité) à 5 (instabilité élevée) et étudie des éléments comme un déclin récent dans les AVQ, le vomissement et l'essoufflement. Des précisions sont données à l'annexe B.

La figure 4 indique que, parmi les personnes âgées atteintes de démence, on a évalué que la proportion de personnes âgées présentant un état de santé instable était plus élevée chez les bénéficiaires de services à domicile (69 %) que chez les résidents des établissements de soins en hébergement (55 %). Il se pourrait que cet écart soit engendré par un certain nombre de facteurs, liés aux personnes, à leur famille et au système, qui devront être analysés de façon plus approfondie.

Figure 4

Instabilité de l'état de santé des personnes âgées atteintes de démence selon le milieu de soins



Sources

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

La figure 5 présente trois autres problèmes de santé importants et leur prévalence chez les personnes âgées atteintes de démence dans les deux milieux de soins. Une récente étude de l'ICIS a confirmé que la dépression était un grave problème chez les personnes âgées, particulièrement pour celles qui vivent dans un établissement de soins en hébergement²⁰. On utilise l'échelle de mesure de la dépression (DRS) pour évaluer la fréquence des symptômes de dépression des personnes recevant des services à domicile ou vivant dans un établissement de soins en hébergement. On a démontré qu'une note de 3 ou plus sur la DRS est un bon indicateur de dépression possible, d'après les diagnostics posés par un gériopsychiatre^{6, 21}. La proportion de personnes âgées potentiellement atteintes de dépression était plus élevée chez les résidents d'établissements de soins en hébergement que chez les bénéficiaires de services à domicile (29 % et 17 %, respectivement).

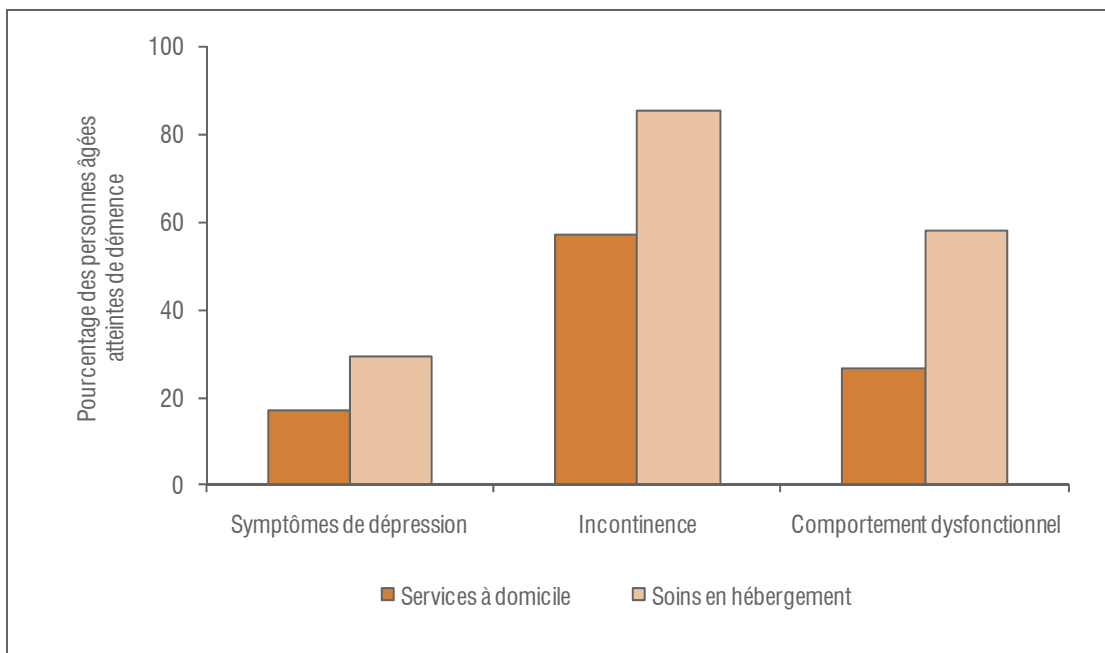
Plus de 85 % des personnes âgées atteintes de démence vivant dans un établissement de soins en hébergement étaient incontinentes, contre 57 % des personnes âgées recevant des services à domicile.

Dans le cadre de la présente analyse, les comportements dysfonctionnels observés comprenaient l'errance, l'agressivité verbale, l'agressivité physique, un comportement socialement inapproprié ou perturbateur et la résistance aux soins. La proportion de personnes âgées atteintes de démence adoptant tout comportement dysfonctionnel était plus de deux fois plus élevée chez les résidents d'établissements de soins en hébergement (58 %) que chez les bénéficiaires de services à domicile (27 %). Le comportement le plus fréquent était la résistance aux soins (41 % chez les résidents d'établissements de soins en hébergement et 16 % chez les bénéficiaires de services à domicile).

L'errance est une préoccupation particulière pour ceux qui prennent soin des personnes âgées atteintes de démence étant donné les inquiétudes relatives aux risques pour la sécurité associés à ce comportement. La proportion de cas d'errance était plus élevée chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins en hébergement (23 %) que chez les personnes âgées recevant des services à domicile (10 %).

Figure 5

Problèmes de santé des personnes âgées atteintes de démence selon le milieu de soins



Sources

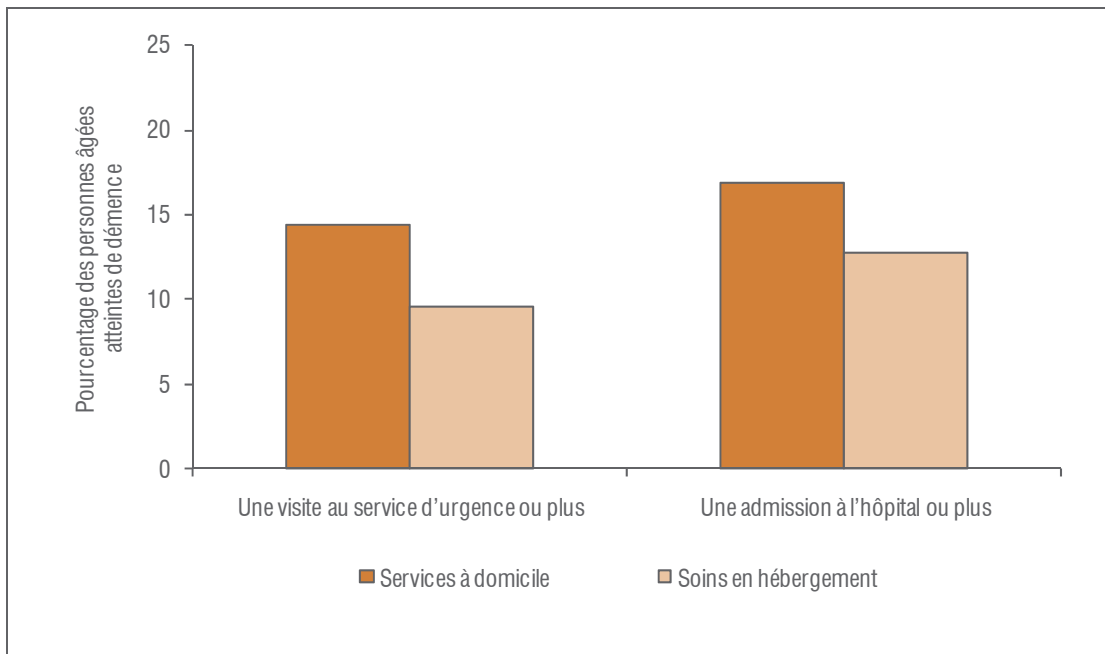
Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Utilisation des ressources

Comme l'indique la figure 6, la proportion de personnes âgées atteintes de démence ayant nécessité une visite dans un service d'urgence ou une admission à l'hôpital était plus élevée chez les bénéficiaires de services à domicile que chez les résidents d'établissements de soins en hébergement. Cette conclusion n'est pas étonnante étant donné la proportion supérieure précédemment signalée de personnes âgées dont l'état de santé est instable chez les bénéficiaires de services à domicile.

Figure 6

Utilisation des ressources par les personnes âgées atteintes de démence selon le milieu de soins



Sources

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Personnes âgées atteintes de démence et de déficience légère

Un rapport publié en 2010 par le Conseil ontarien de la qualité des services de santé laisse croire qu'un résident d'un établissement de soins en hébergement sur quatre a des besoins relativement faibles en matière de soins et pourrait envisager d'autres milieux de soins²². L'analyse suivante étudie les personnes âgées atteintes de démence selon deux dimensions importantes du fonctionnement au quotidien qui influent sur la quantité de soins nécessités par une personne âgée, soit les fonctions cognitives et les AVQ. On a sélectionné les personnes présentant les degrés de déficience les plus faibles dans les deux milieux de soins et comparé leurs caractéristiques pour essayer de déterminer pourquoi certaines personnes âgées dotées de profils fonctionnels semblables restaient chez elles, tandis que d'autres étaient placées en établissement.

Pour les besoins de la présente analyse et du modèle de régression logistique, on a utilisé les évaluations les plus récentes pour les bénéficiaires de services à domicile, tandis qu'on a sélectionné uniquement les évaluations d'admission pour les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement. Cette méthode a été utilisée pour rendre compte le mieux possible de l'état fonctionnel des résidents au moment où l'on a décidé que la personne n'était plus capable de rester à la maison.

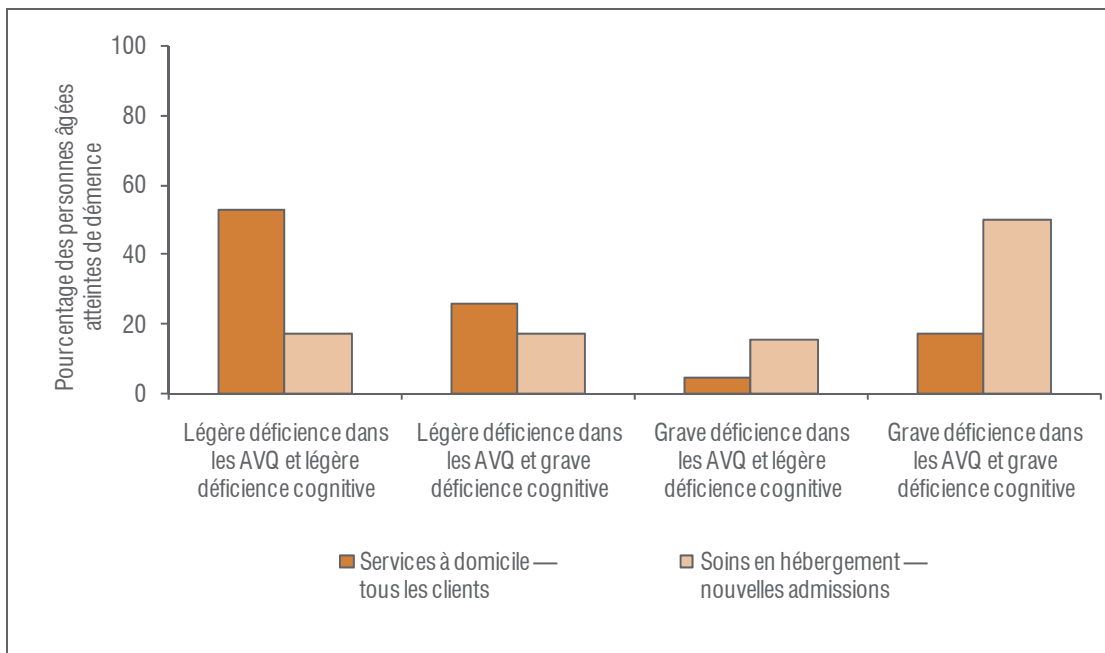
On a classé les personnes âgées atteintes de démence dans chacun des milieux de soins en quatre groupes selon qu'elles présentaient une déficience légère ou grave dans les AVQ et les fonctions cognitives. Une déficience légère dans les AVQ signifie que la personne n'a aucune ou peu de difficulté à effectuer les AVQ. Une déficience grave dans les AVQ signifie que la personne nécessite une aide considérable ou est totalement dépendante dans les AVQ.

Une déficience cognitive légère signifie que la personne est exempte de troubles cognitifs ou ne connaît que des difficultés mineures pour ce qui est de la mémoire, de la prise de décisions ou de la communication. Une déficience cognitive grave signifie que la personne connaît des difficultés modérées à importantes touchant ces fonctions.

La figure 7 présente la répartition des personnes âgées selon le type de déficience. Plus de la moitié (53 %) des clients des services à domicile atteints de démence présentaient une déficience relativement légère dans les AVQ et les fonctions cognitives, par rapport à une personne âgée sur six (17 %) récemment admise dans un établissement de soins en hébergement. La situation était inversée chez les personnes âgées atteintes d'une grave déficience cognitive et dans les AVQ, la plupart d'entre elles vivant dans un établissement de soins en hébergement.

Figure 7

Déficience cognitive et dans les AVQ des personnes âgées atteintes de démence selon le milieu de soins



Sources

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

On a constaté un chevauchement entre les groupes de personnes âgées recevant des services à domicile et vivant dans un établissement de soins en hébergement. Cette observation est conforme aux données de recherche diffusées précédemment, qui laissent croire que les différents milieux de soins ne s'adressent pas à des populations tout à fait distinctes²³.

Comme prévu, la proportion totale de personnes âgées présentant une déficience légère était supérieure chez les bénéficiaires de services à domicile. Toutefois, une question cruciale demeure :

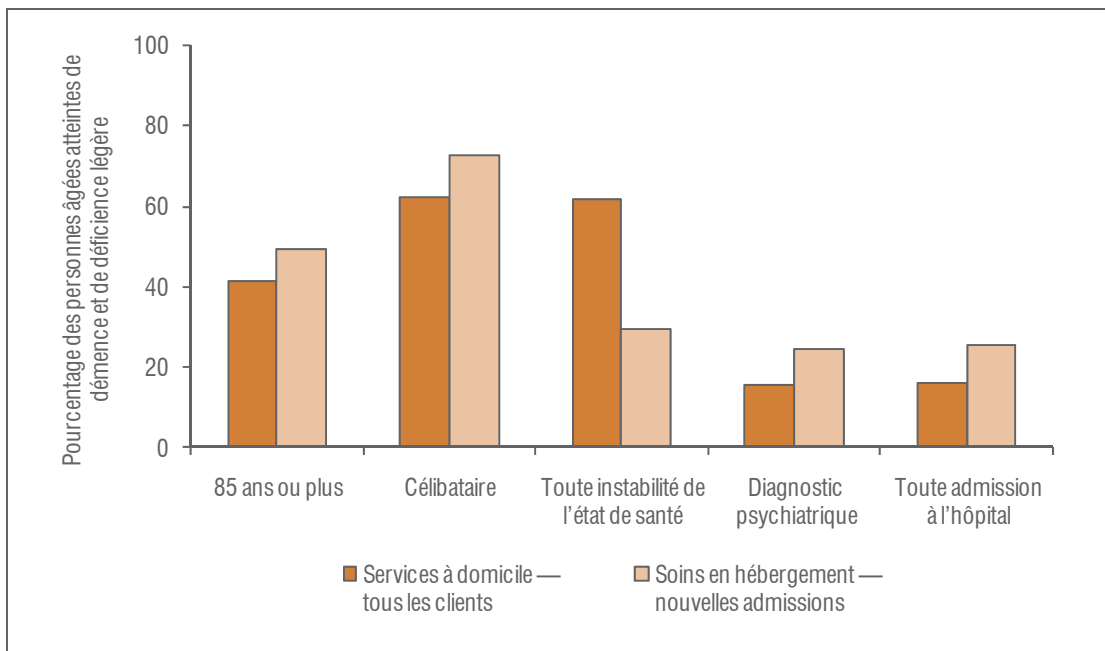
Quels facteurs pourraient expliquer qu'une personne âgée atteinte de déficience légère sur six soit susceptible de résider dans un établissement de soins en hébergement plutôt qu'à la maison avec des services à domicile?

Les figures 8 et 9 présentent certaines différences entre les personnes âgées atteintes de démence et de déficience légère, c'est-à-dire celles qui présentaient une déficience légère à la fois dans les AVQ et les fonctions cognitives. Les nouveaux résidents des établissements de soins en hébergement avaient tendance à être plus âgés et étaient plus susceptibles d'être célibataires (par définition, les personnes veuves, séparées, divorcées ou qui n'ont jamais été mariées). Ces personnes âgées étaient également plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic psychiatrique et d'avoir été hospitalisées dans les 90 jours précédant l'évaluation.

Les comportements dysfonctionnels étaient plus fréquents chez les personnes âgées atteintes de déficience légère qui ont récemment été admises dans un établissement de soins en hébergement. Plus particulièrement, les cas d'errance et de résistance aux soins étaient beaucoup plus nombreux chez les personnes âgées dans ce milieu de soins que chez celles qui restent à la maison.

Figure 8

Caractéristiques des personnes âgées atteintes de démence et de légère déficience cognitive et dans les AVQ selon le milieu de soins

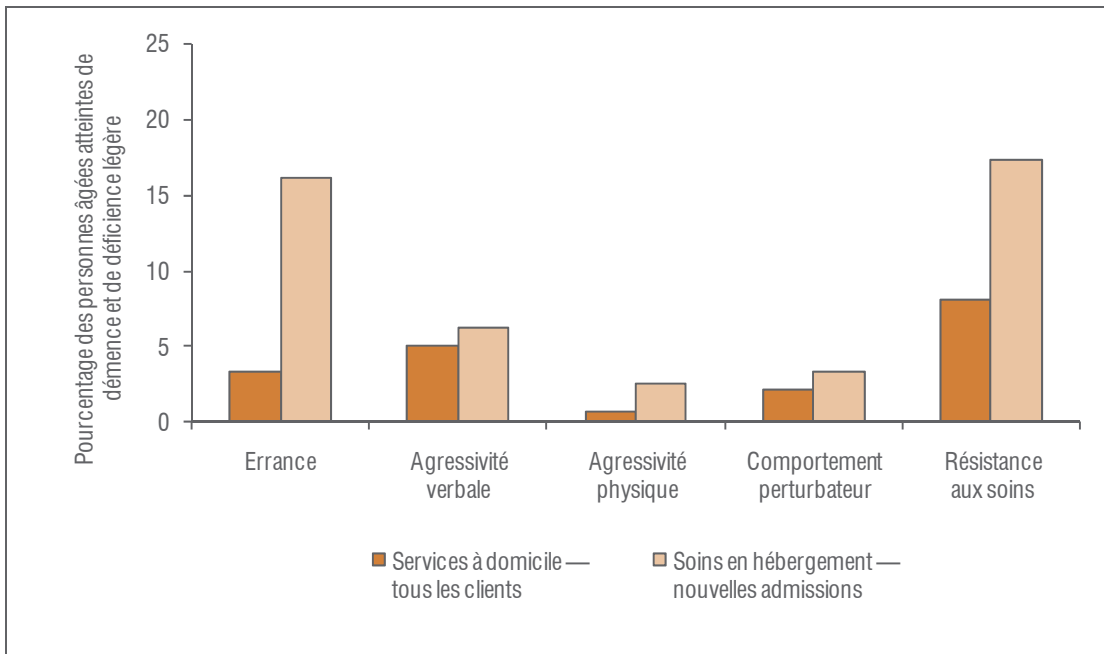


Sources

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 9

Comportements des personnes âgées atteintes de démence et de légère déficience cognitive et dans les AVQ selon le milieu de soins



Sources

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Il existe de nombreux facteurs divers liés à l'admission dans un centre de soins infirmiers, notamment bon nombre des facteurs dont il a été question précédemment ainsi que la présence d'un problème de santé comme un cancer, le diabète et un accident vasculaire cérébral²⁴. On a élaboré un modèle de régression logistique pour déterminer les facteurs clés selon le milieu de soins. Ce modèle a permis de dégager les probabilités que les personnes âgées atteintes de démence et de déficience légère soient des résidents d'établissements de soins en hébergement plutôt que des bénéficiaires de services à domicile en contrôlant divers facteurs définis dans le cadre conceptuel (annexe A). Les résultats sont présentés à la figure 10 et des détails supplémentaires se trouvent à l'annexe D.

Le modèle sélectionné n'utilisait pas l'échelle CPS ou les AVQ, puisqu'on a utilisé ces éléments pour définir le groupe « déficience légère ». De plus, il existe une forte corrélation entre l'aptitude à communiquer d'une personne et la déficience cognitive et dans les AVQ. Ainsi, cette mesure a également été exclue du modèle. La détresse des aidants naturels a aussi été exclue, car ce type de renseignement n'était pas accessible pour les personnes âgées vivant dans un établissement de soins en hébergement.

Les résultats laissent croire que l'errance est le meilleur indicateur du milieu de soins des personnes âgées atteintes de démence et de déficience légère. Une fois les facteurs d'autres domaines pris en compte, il était presque sept fois plus probable que les cas d'errance soient nouvellement admis dans un établissement de soins en hébergement plutôt qu'ils bénéficient de services à domicile, comparativement aux personnes âgées qui n'ont jamais adopté de comportement d'errance.

L'inverse était vrai pour les personnes âgées dont l'état de santé est instable. Lorsqu'on contrôlait les autres facteurs, il était plus probable que ces personnes âgées reçoivent des services à domicile plutôt qu'elles soient admises dans un établissement de soins en hébergement. Bien que cette situation puisse découler des critères d'admission des établissements de soins en hébergement ou de l'accessibilité aux lits pour les personnes dont l'état de santé est instable ou se dégrade, il faudrait réaliser des études plus approfondies pour comprendre cette conclusion.

De plus, les probabilités d'admission dans un établissement de soins en hébergement étaient plus de deux fois plus élevées pour les personnes admises à l'hôpital au cours des 90 jours précédents, ce qui laisse croire qu'il s'agit d'un événement favorisant l'admission dans ce type d'établissement. La résistance aux soins et l'agressivité physique sont des comportements associés avec le fait d'être dans un établissement de soins en hébergement (probabilités de plus de deux contre un).

Il est près de deux fois plus probable qu'une personne âgée célibataire vive dans un établissement de soins en hébergement, comparativement à une personne âgée mariée, ce qui met en lumière le rôle essentiel du conjoint à titre d'aidant naturel. Il est plus d'une fois et demie plus probable qu'une personne vive dans un établissement de soins en hébergement si elle a un problème psychiatrique.

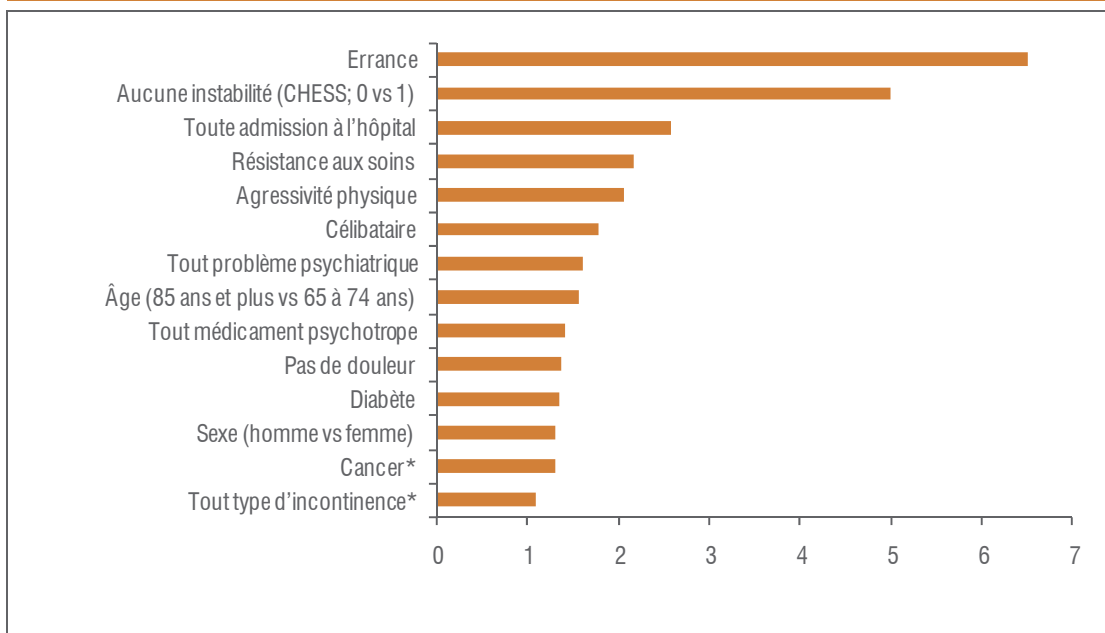
Il est intéressant de souligner que ce ne sont pas toutes les catégories d'âge qui constituaient un indicateur significatif du milieu de soins chez les personnes atteintes de déficience légère. Seul le rapport de cotes comparant les personnes âgées de 85 ans et plus à celles âgées de 65 à 74 ans était significatif, soit une probabilité de 1,6.

Les médicaments psychotropes, le diabète et le cancer étaient aussi des facteurs largement associés avec le fait d'être dans un établissement de soins en hébergement, bien qu'ils fussent des indicateurs moins efficaces. La douleur était un facteur important, mais dans le sens inverse. Il était un peu plus probable que les personnes vivant dans un établissement de soins en hébergement ne ressentent aucune douleur, comparativement aux personnes recevant des services à domicile, ce qui peut laisser croire à une meilleure gestion de la douleur dans les établissements. Lorsqu'on contrôlait les autres facteurs, il était un peu plus probable que les hommes vivent dans un établissement de soins en hébergement, comparativement aux femmes.

L'incontinence, un problème très prévalent, surtout dans les établissements de soins en hébergement, n'a pas été associée aux résidents d'établissements de soins en hébergement ni aux bénéficiaires de services à domicile. Il en est de même pour la présence de chutes ou d'un accident vasculaire cérébral.

Figure 10

Rapports de cotes indiquant la probabilité que les personnes âgées atteintes de démence et de légère déficience cognitive et dans les AVQ soient des résidents d'établissements de soins en hébergement plutôt que des bénéficiaires de services à domicile



Remarque

* Non significatif.

Sources

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Discussion

La présente étude fait la lumière sur les caractéristiques des personnes âgées atteintes de démence qui reçoivent des services à domicile et les compare à celles des personnes âgées atteintes de démence vivant dans un établissement de soins en hébergement. On a constaté un chevauchement entre les populations recevant des services dans ces deux secteurs. Certaines personnes âgées atteintes de démence et de déficience grave vivaient à la maison et recevaient des services à domicile, tandis que près d'une personne âgée atteinte de démence sur six vivant dans un établissement de soins en hébergement présentait une déficience relativement légère des fonctions de base.

Les principaux facteurs expliquant le placement en établissement des personnes âgées atteintes de démence et de déficience légère étaient l'errance, une récente admission à l'hôpital, la résistance aux soins, l'agressivité physique, le célibat, un diagnostic psychiatrique et l'utilisation de médicaments psychotropes.

Ces conclusions laissent croire qu'il existe des raisons importantes pour lesquelles certaines personnes âgées atteintes de démence, même celles qui ne présentent que de légers symptômes de déficience, ne sont pas en mesure de demeurer à la maison. Bon nombre de ces mêmes questions ont fait l'objet d'une récente étude de l'ICIS sur les facteurs liés à la détresse chez les aidants naturels, une raison courante motivant l'admission de personnes âgées dans un établissement de soins en hébergement¹.

Conclusion

La présente étude visant 185 000 personnes âgées repose sur deux banques de données en expansion de l'ICIS qui contribuent à éclairer la planification du système de santé en vue de répondre aux besoins du nombre grandissant de Canadiens atteints de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.

Le chevauchement des populations de personnes âgées atteintes de démence qui reçoivent des services à domicile et de celles qui vivent dans un établissement de soins en hébergement soulève des questions importantes, notamment à l'égard des raisons pour lesquelles les personnes âgées atteintes de démence et de déficience légère vivent dans un établissement de soins en hébergement et de la manière dont les personnes âgées atteintes de déficience grave survivent à la maison en recevant des services à domicile. La présente étude répond à la première question. Une analyse ultérieure permettra de relever les facteurs qui contribuent au maintien à domicile des personnes âgées atteintes de démence.

À mesure que s'accroît cette population particulière, les planificateurs et les décideurs devront équilibrer les investissements dans les établissements de soins en hébergement avec ceux dans les autres milieux de soins. Une demande croissante de lits dans les établissements de soins en hébergement pourrait entraîner une augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de démence recevant des services à domicile ou traitées dans les résidences pour personnes âgées ou les résidences avec services. La présente étude ainsi que des études ultérieures pourront contribuer à façonner l'avenir du système de soins de santé canadien en fournissant des tendances et des profils détaillés de populations importantes comme les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.

Lorsque les données d'autres provinces et territoires s'ajouteront aux banques de données de l'ICIS, il sera possible de commencer à analyser les points communs et les différences entre les populations atteintes de démence à l'échelle du pays ainsi que les tendances en matière d'utilisation des services à domicile et des services de soins en hébergement. L'ICIS entend continuer à étudier ces questions au fil du temps.

Entre-temps, le présent rapport représente une première étape importante vers la planification fondée sur des données probantes afin d'offrir des soins de qualité aux personnes âgées atteintes de démence dans les milieux les plus appropriés et de favoriser la viabilité du système de santé pour tous les Canadiens.

Annexe A : Cadre conceptuel

Domaine	Facteurs
Données démographiques	Âge État matrimonial Sexe
État fonctionnel	Déficiences dans les activités de la vie quotidienne (échelle hiérarchique de performance dans les AVQ) Déficiência cognitive (échelle CPS) Communication
État de santé	Instabilité de l'état de santé (échelle CHESS) Comorbidités Chutes Incontinence Usage de médicaments Détresse des aidants naturels Comportements dysfonctionnels Symptômes de dépression (échelle DRS) Douleur
Utilisation des ressources	Visites au service d'urgence Admissions à l'hôpital

Annexe B : Échelles de résultats et algorithmes

Échelle de résultats	Description	Éléments de l'évaluation RAI-HC	Pointage
Échelle hiérarchique de performance dans les AVQ ¹⁶	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 de performance dans les AVQ comprend quatre éléments : <ul style="list-style-type: none"> hygiène personnelle utilisation des toilettes déplacement alimentation 	De 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 ¹⁰	L'échelle permet d'identifier les personnes dont l'état risque de se détériorer et de détecter la fragilité et l'instabilité de la santé.	L'échelle CHESS comprend neuf éléments : <ul style="list-style-type: none"> détérioration de la faculté de prendre des décisions déclin dans les AVQ vomissement œdème essoufflement phase terminale perte de poids déshydratation laisse de la nourriture dans l'assiette 	De 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 ^{8, 15}	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 de rendement cognitif comprend quatre éléments : <ul style="list-style-type: none"> mémoire à court terme habiletés cognitives dans la prise de décisions quotidiennes capacité d'expression difficulté à s'alimenter <p>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.</p>	De 0 à 6 Des notes élevées indiquent des déficiences cognitives plus graves.
DRS Échelle de mesure de la dépression ⁶	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 de mesure de la dépression comprend sept éléments : <ul style="list-style-type: none"> 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 	De 0 à 14 Une note de 3 ou plus peut indiquer un problème de dépression réel ou potentiel.
Échelle de douleur ⁷	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 : <ul style="list-style-type: none"> fréquence de la douleur intensité de la douleur 	De 0 à 3 Des notes plus élevées indiquent des douleurs plus fortes.

Annexe C : Caractéristiques des personnes âgées atteintes de démence selon le milieu de soins

Caractéristique	Services à domicile (N = 26 514)		Soins en hébergement (N = 30 645)		Valeur prédictive
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Données démographiques					
Âge					<0,0001
De 65 à 74 ans	2 926	11,0	2 179	7,1	
De 75 à 84 ans	12 411	46,8	10 476	34,2	
De 85 à 94 ans	10 303	38,9	14 963	48,8	
95 ans et plus	874	3,3	3 027	9,9	
Sexe					<0,0001
Féminin	17 171	64,8	21 980	71,8	
Masculin	9 343	35,2	8 646	28,2	
État matrimonial					<0,0001
Jamais marié(e)	913	3,4	1 959	6,7	
Marié(e)	11 074	41,8	7 563	25,7	
Veuf/veuve	13 081	49,3	17 860	60,7	
Séparé(e)	331	1,3	438	1,5	
Divorcé(e)	807	3,0	1 183	4,0	
Autre/inconnu	308	1,2	426	1,5	
État fonctionnel					
Hiérarchie des activités de la vie quotidienne					<0,0001
Indépendance (0)	11 274	42,5	1 352	4,4	
Déficiência limitée (1 ou 2)	9 501	35,8	5 083	16,6	
Aide considérable (3 ou 4)	4 289	16,2	11 829	38,6	
Dépendance (5 ou 6)	1 450	5,5	12 381	40,4	
Échelle de rendement cognitif (CPS)					<0,0001
Relativement intacte (0 ou 1)	2 419	9,1	2 562	8,4	
Déficiência légère à modérée (2 ou 3)	18 919	71,4	14 198	46,3	
Déficiência grave (de 4 à 6)	5 175	19,5	13 885	45,3	
Communication					<0,0001
Aucun problème	8 406	31,7	6 991	22,8	
Tout type de problème	18 107	68,3	23 619	77,2	
État de santé					
CHESS					<0,0001
Aucune instabilité (0)	8 320	31,4	12 348	45,1	
1	8 026	30,3	8 357	30,5	
2	6 873	25,9	4 368	16,0	
3	2 470	9,3	1 494	5,5	
4	799	3,0	668	2,4	
Instabilité élevée (5)	26	0,1	133	0,5	
Incontinence urinaire					<0,0001
Continence*	12 340	46,5	5 227	17,1	
Continence habituelle	3 345	12,6	2 022	6,6	
Incontinence occasionnelle	3 090	11,7	2 117	6,9	
Incontinence fréquente	4 387	16,6	5 648	18,4	
Incontinence	3 352	12,6	15 631	51,0	
Incontinence fécale					<0,0001
Continence†	19 172	72,3	9 903	32,3	
Continence habituelle	2 420	9,1	3 236	10,6	
Incontinence occasionnelle	1 654	6,2	2 583	8,4	
Incontinence fréquente	1 425	5,4	3 853	12,6	
Incontinence	1 843	7,0	11 070	36,1	
Tout type d'incontinence	15 205	57,4	26 200	85,5	<0,0001
Chutes‡	8 093	30,5	10 257	33,5	<0,0001

Caractéristique	Services à domicile (N = 26 514)		Soins en hébergement (N = 30 645)		Valeur prédictive
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Comorbidités					
Diabète	5 364	20,2	5 659	18,5	<0,0001
Accident vasculaire cérébral	5 500	20,7	5 428	17,7	<0,0001
Cancer	2 243	8,5	2 559	8,4	0,64
Médicaments psychotropes					
Antipsychotiques	5 533	20,9	12 198	39,8	<0,0001
Anxiolytiques	3 771	14,2	4 306	14,1	0,56
Antidépresseurs	7 436	28,1	13 603	44,4	<0,0001
Hypnotiques	2 438	9,2	2 227	7,3	<0,0001
Tous les autres	13 309	50,2	21 017	68,6	<0,0001
Comportements dysfonctionnels[§]					
Errance	2 584	9,8	6 952	22,7	<0,0001
Agressivité verbale	2 380	9,0	6 097	19,9	<0,0001
Agressivité physique	744	2,8	4 643	15,2	<0,0001
Comportement socialement perturbateur ou inapproprié	1 414	5,3	6 175	20,2	<0,0001
Résistance aux soins	4 133	15,6	12 414	40,5	<0,0001
Tous les autres	7 020	26,5	17 736	57,9	<0,0001
Détresse des aidants naturels**	7 797	29,7	—	—	
Échelle de mesure de la dépression					<0,0001
Aucun symptôme ou légers symptômes de dépression (de 0 à 2)	22 044	83,1	21 662	70,8	
Signes de dépression possible (3 et plus)	4 470	16,9	8 948	29,2	
Échelle de douleur					<0,0001
Pas de douleur (0)	14 194	53,5	18 710	61,1	
Douleur, mais pas chaque jour (1)	3 983	15,0	6 542	21,4	
Douleur quotidienne non aiguë (2)	7 188	27,1	4 748	15,5	
Douleur aiguë quotidienne (3)	1 149	4,3	645	2,1	
Utilisation des ressources					
Visites au service d'urgence au cours des 90 derniers jours^{††}					<0,0001
0	22 700	85,6	16 427	90,4	
1 ou plus	3 814	14,4	1 748	9,6	
Admissions à l'hôpital au cours des 90 derniers jours^{††}					<0,0001
0	22 038	83,1	15 863	87,3	
1 ou plus	4 476	16,9	2 312	12,7	

Remarques

La valeur prédictive indique la validité selon le test du chi carré.

* Comprend les personnes continentes avec cathéter.

† Comprend les personnes continentes avec une stomie.

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

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

** 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.

†† 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.

Sources

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe D : Résultats de la régression logistique

Tableau 1

Résultats de la régression logistique multidimensionnelle indiquant la probabilité que les personnes âgées atteintes de démence et de légère déficience cognitive et fonctionnelle soient des résidents d'établissements de soins en hébergement

Variable	Rapport de cotes	Limites de confiance	
Données démographiques			
Célibataire	1,77	1,43	2,20
Âge (85 ans et plus contre 65 à 74 ans)	1,55	1,12	2,15
Âge (75 à 84 ans contre 65 à 74 ans)*	1,05	0,76	1,45
Sexe (homme contre femme)	1,30	1,06	1,59
État de santé			
Errance	6,51	4,90	8,65
Aucune instabilité	5,00	4,07	6,15
Agressivité physique	2,07	1,01	4,26
Résistance aux soins	2,16	1,65	2,83
Tout problème psychiatrique	1,60	1,27	2,01
Tout médicament psychotrope	1,42	1,17	1,73
Pas de douleur	1,38	1,14	1,67
Diabète	1,34	1,08	1,67
Cancer*	1,31	0,96	1,78
Aucun ou peu de symptômes de dépression (3 ou plus contre 0 à 2 sur l'échelle DRS)*	1,27	0,94	1,72
Tout type d'incontinence*	1,08	0,90	1,30
Aucune agressivité verbale*	1,17	0,76	1,80
Aucun comportement perturbateur*	1,16	0,67	2,00
Aucune chute*	1,08	0,87	1,34
Aucun accident vasculaire cérébral*	1,26	0,99	1,62
Utilisation des ressources			
Toute admission à l'hôpital	2,58	2,06	3,22
Toute visite au service d'urgence*	1,23	0,94	1,60

Remarque

* Non statistiquement significatif.

Sources

Système d'information sur les services à domicile, 2007-2008, et Système d'information sur les soins de longue durée, 2008-2009, Institut canadien d'information sur la santé.

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport, notamment Lacey Langlois, Norma Jutan, Robyn Hastie, Chad Gyrofi-Dyke, Nancy White, Brent Diverty et Jean-Marie Berthelot.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Supporting Informal Caregivers—The Heart of Home Care* [Le soutien aux aidants naturels — le cœur des services à domicile], Ottawa (Ont.), ICIS, 2010. Internet : <www.cihi.ca>.
2. Société Alzheimer, *Rising Tide: The Impact of Dementia on Canadian Society*, Toronto (Ont.), Société Alzheimer du Canada, 2010. Consulté le 5 mai 2010. Internet : <http://www.alzheimer.ca/docs/RisingTide/Rising%20Tide_Full%20Report_Eng_FINAL_Secured%20version.pdf>.
3. M. Luppia et coll., « Prediction of Institutionalisation in Dementia. A Systematic Review », *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, vol. 26, n° 1 (2008), p. 65-78.
4. M. Brod et coll., « Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL) », *Gerontologist*, vol. 39, n° 1 (1999), p. 25-35.
5. J. P. Hirdes et coll., « Integrated Health Information Systems Based on the RAI/MDS Series of Instruments », *Healthcare Management Forum*, vol. 12, n° 4 (1999), p. 30-40.
6. A. B. Burrows et coll., « Development of a Minimum Data Set–Based Depression Rating Scale for Use in Nursing Homes », *Age & Ageing*, vol. 29, n° 2 (2000), p. 165-172.
7. B. E. Fries et coll., « Pain in U.S. Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set », *Gerontologist*, vol. 41, n° 2 (2001), p. 173-179.
8. S. Hartmaier et coll., « Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: Agreement With the Mini-Mental State Examination », *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 50A (1995), p. M128-M133.
9. C. Hawes et coll., « Reliability Estimates for the Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening (MDS) », *Gerontologist*, vol. 35 (1995), p. 172-178.
10. J. P. Hirdes et coll., « The MDS-CHESS Scale: A New Measure to Predict Mortality in Institutionalized Older People », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 51, n° 1 (2003), p. 96-100.
11. J. P. Hirdes et coll., « The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A New Decision-Support System for Allocating Home Care Resources », *BMC Medicine*, vol. 6 (2008), p. 9.
12. M. P. Lawton et coll., « Psychometric Characteristics of the Minimum Data Set II: Validity », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 46 (1998), p. 736-744.
13. V. Mor et coll., « The Structure of Social Engagement Among Nursing Home Residents », *Gerontologist*, vol. 50B (1995), p. 1-8.
14. J. Morris et coll., « A Commitment to Change: Revision of HCFA's RAI », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 45 (1997), p. 1011-1016.
15. J. N. Morris et coll., « MDS Cognitive Performance Scale », *Journal of Gerontology*, vol. 49, n° 4 (1994), p. M174-M182.
16. J. N. Morris et coll., « Scaling ADLs Within the MDS », *Journals of Gerontology Series A—Biological Sciences & Medical Sciences*, vol. 54, n° 11 (1999), p. M546-M553.
17. M. Schroll et coll., « An International Study of Social Engagement Among Nursing Home Residents », *Age & Ageing*, vol. 26, suppl. 2 (1997), p. 55-59.
18. M. Snowden et coll., « Validity and Responsiveness of the Minimum Data Set », *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 47 (1999), p. 1000-1004.
19. Alzheimer's Association, *Alzheimer's Disease Facts and Figures*, Chicago (Illinois), Alzheimer's Association, 2010. Consulté le 5 mai 2010. Internet : <http://www.alz.org/documents_custom/report_alzfactsfigures2010.pdf>.
20. Institut canadien d'information sur la santé, *Depression Among Seniors in Residential Care* [La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement], Ottawa (Ont.), ICIS, 2010. Consulté le 5 juillet 2010. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_2935_E&cw_topic=2935&cw_rel=AR_2129_E#media/>.
21. M. Koehler et coll., « Measuring Depression in Nursing Home Residents With the MDS and GDS: An Observational Psychometric Study », *BMC Geriatrics*, vol. 5 (2005). Consulté le 22 juillet 2010. Internet : <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/5/1>>.

22. Conseil ontarien de la qualité des services de santé, *2010 Yearly Report [Rapport annuel 2010]*, Toronto (Ont.), COQSS, 2010. Consulté le 19 juillet 2010. Internet : <<http://www.ohqc.ca/en/yearlyreport.php>>.
23. J. P. Hirdes, « Addressing the Health Needs of Frail Elderly People: Ontario's Experience With an Integrated Health Information System », *Age & Ageing*, vol. 35, n° 4 (2006), p. 329-331.
24. J. E. Gaugler et coll., « Predicting Nursing Home Admission in the U.S.: A Meta-Analysis », *BMC Geriatrics*, vol. 7, n° 13 (2007), p. 1-14.