



Surveillance des troubles neurocognitifs majeurs : prévalence, incidence, utilisation des services hospitaliers et des médicaments de 2000 à 2019

SURVEILLANCE ET VIGIE

JUIN 2023

SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

N^o. 43

AUTRICES ET AUTEUR

Claire Godard-Sebillotte

Mary Henein

Isabelle Vedel

Département de médecine de famille, Université McGill

Edeltraut Kröger

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Louis Rochette

Victoria Massamba

Bureau d'information et d'études en santé des populations

SOUS LA COORDINATION DE

Éric Pelletier, chef d'unité scientifique

Bureau d'information et d'études en santé des populations

RÉVISION

Manon Noiseux

Direction de santé publique du CISSS de la Montérégie-Centre

Caroline Sirois

Faculté de pharmacie, Université Laval

Benoît Cossette

Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et, en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE ET RÉVISION

Isabelle Gagnon, agente administrative

Bureau d'information et d'études en santé des populations

Pour consulter tous les feuillets de la collection Surveillance des maladies chroniques, visitez la page :

<https://www.inspq.qc.ca/publications/collections/surveillance-des-maladies-chroniques>

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2023

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISSB : 1922-1762 (PDF)

ISBN : 978-2-550-95992-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

REMERCIEMENTS

Nous remercions Sonia Jean, coordonnatrice scientifique dans l'équipe *Surveillance des maladies chroniques et traumatismes* au Bureau d'information et d'études en santé des populations, pour ses suggestions en vue de clarifier notre méthode de calcul des indicateurs. Nous tenons également à remercier Juliette Champoux-Pellegrin, coordonnatrice administrative de l'équipe *Recherche en organisation des services sur l'Alzheimer* (ROSA), pour son aide précieuse dans l'élaboration des tableaux et graphiques.

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique, ainsi que les établissements locaux, régionaux et nationaux dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

Ce rapport trace un portrait à l'aide d'indicateurs clés en surveillance, tels que la prévalence, l'incidence, l'utilisation des services hospitaliers et l'utilisation des médicaments, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur au Québec.

Il a été élaboré à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec dans le cadre du volet *Surveillance des habitudes de vie, maladies chroniques et comportements* de l'Entente spécifique portant sur la surveillance continue de l'état de santé de la population.

Ce document s'adresse aux acteurs de surveillance ainsi qu'aux cliniciens et chercheurs qui s'intéressent aux personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur au Québec. Il contribue également à la planification des soins du réseau de la santé et des services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES	V
FAITS SAILLANTS	1
RÉSUMÉ	2
1 INTRODUCTION	3
2 MÉTHODOLOGIE	4
2.1 Source de données et périodes considérées	4
2.2 Définition des cas	5
2.3 Populations étudiées et méthode de calcul des indicateurs	6
3 RÉSULTATS	8
3.1 Prévalence et incidence.....	8
3.2 Utilisation des services hospitaliers	11
3.3 Utilisation des médicaments	12
4 DISCUSSION	15
4.1 Prévalence et incidence.....	15
4.1.1 Implication pour la prise de décision et la pratique clinique.....	15
4.2 Utilisation des services hospitaliers	15
4.2.1 Implications pour la prise de décision et la pratique clinique.....	16
4.3 Utilisation des médicaments	16
4.3.1 Implications pour la prise de décision et la pratique clinique.....	18
4.4 Limites.....	18
5 CONCLUSION	20
6 RÉFÉRENCES	21
ANNEXE	24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Méthode de calcul des indicateurs de surveillance des troubles neurocognitifs majeurs au Québec.....	24
Tableau 2	Incidence et prévalence des troubles neurocognitifs majeurs diagnostiqués dans la population de 40 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019	27
Tableau 3	Utilisation des services hospitaliers (hôpital ou urgence) ajustée pour l'âge, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019	28
Tableau 4	Utilisation des services hospitaliers (réadmission dans les 30 jours ou nombre moyen de jours hospitalisés), dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019.....	29
Tableau 5	Proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs de benzodiazépines, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019	30
Tableau 6	Proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs d'antipsychotiques, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019	31
Tableau 7	Proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs d'antidépresseurs, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019	32

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Prévalence ajustée pour l'âge et nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, dans la population âgée de 40 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019.....	9
Figure 2	Incidence ajustée pour l'âge et nombre de personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, dans la population âgée de 40 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019	10
Figure 3	Utilisation des services hospitaliers (urgence ou hôpital) ajustée pour l'âge, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, année financière 2019.....	11
Figure 4	Proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs de benzodiazépines, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019	13
Figure 5	Proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs d'antipsychotiques, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019	13
Figure 6	Proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs d'antidépresseurs, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, 2000 à 2019.....	14
Figure 7	Prévalence ajustée pour l'âge et nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs, dans la population de 65 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019	33
Figure 8	Incidence ajustée pour l'âge et nombre de personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs dans la population de 65 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019.....	34
Figure 9	Prévalence ajustée pour l'âge des troubles neurocognitifs majeurs dans la population de 40 ans et plus, par régions sociosanitaires, Québec, année financière 2019	35
Figure 10	Incidence ajustée pour l'âge des troubles neurocognitifs majeurs dans la population de 40 ans et plus, par régions sociosanitaires, Québec, année financière 2019	36
Figure 11	Prévalence des troubles neurocognitifs majeurs dans la population de 40 ans et plus par âge, Québec, année financière 2019.....	37
Figure 12	Incidence des troubles neurocognitifs majeurs dans la population de 40 ans et plus par âge, Québec, année financière 2019	37

FAITS SAILLANTS

- La prévalence et l'incidence ajustées pour l'âge des troubles neurocognitifs majeurs, incluant la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs, au Québec, restent relativement stables de 2000 à 2019. Cependant, du fait du vieillissement de la population, le nombre absolu de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur a triplé entre 2000 et 2019.
- Les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur utilisent jusqu'à trois fois plus les services hospitaliers (hôpital ou urgence) que les personnes n'ayant pas reçu de diagnostic, et ce de manière constante de 2000 à 2019.
- Sur l'ensemble de la période, les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur utilisent plus fréquemment des psychotropes (benzodiazépines, antipsychotiques et antidépresseurs) que les personnes n'ayant pas reçu de diagnostic. Par exemple, en 2019, les personnes ayant reçu un diagnostic présentaient une proportion d'utilisateurs d'antipsychotiques 5 fois plus élevée. Ces psychotropes peuvent être inappropriés pour certaines personnes et dans certaines conditions.

RÉSUMÉ

Contexte

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) sont caractérisés par une perte des facultés mentales qui réduit la capacité d'une personne à s'occuper d'elle-même de façon autonome. Environ 50 millions de personnes dans le monde vivent avec un TNCM. Ce rapport présente un portrait des indicateurs de surveillance (prévalence, incidence, utilisation des services hospitaliers et des médicaments) des TNCM en vue de soutenir la prise de décisions sociosanitaires au Québec.

Méthode

La population d'étude comprend les personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM identifiées dans le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) en utilisant un algorithme validé. Les analyses couvrent les années financières 2000-2001 à 2019-2020.

Résultats

Au Québec, dans la population âgée d'au moins 40 ans, trois fois plus de personnes ont reçu un diagnostic de TNCM en 2019-2020 (n= 126 285, soit 2,8 %) comparativement à l'année 2000-2001 (n= 43 130, soit 1,4 %). Le nombre annuel de nouveaux cas a doublé, passant de 14 120 (4,9 %) en 2000-2001 à 24 475 (5,1 %) en 2019-2020. Dans la population âgée de 65 ans et plus, les personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM utilisent jusqu'à trois fois plus l'urgence et l'hôpital que celles n'ayant pas reçu de diagnostic. Quoique les profils d'utilisation varient en fonction du type de psychotrope, plus de personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM utilisent des psychotropes comparativement à celles n'ayant pas reçu de diagnostic.

Conclusion

Ce portrait populationnel montre une augmentation continue du nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM au Québec et souligne une utilisation élevée de l'hospitalisation, de l'urgence ainsi que des médicaments psychotropes (benzodiazépines, antipsychotiques et antidépresseurs) dans cette population.

1 INTRODUCTION

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), incluant la maladie d'Alzheimer et les autres TNCM, sont caractérisés par une perte des facultés mentales qui réduit la capacité d'une personne à s'occuper d'elle-même de façon autonome, affectant ainsi les activités de la vie quotidienne ou le fonctionnement social¹. Les autres TNCM incluent, notamment, les démences vasculaires, la démence à corps de Lewy, la démence fronto-temporale, la démence liée à la maladie de Parkinson¹.

Les TNCM touchent 50 millions d'individus dans le monde^{2,3}. En 2016, on estimait que 564 000 Canadiens âgés d'au moins 65 ans vivaient avec un TNCM, et que ce chiffre allait presque doubler d'ici 2031, notamment du fait du vieillissement de la population⁴⁻⁶. Au Québec, on estimait que 108 865 personnes âgées de 65 ans et plus vivaient avec un TNCM en 2011⁷. Les personnes vivant avec un TNCM ont des besoins complexes, nécessitant une réponse coordonnée entre différents intervenants issus de différents services de santé et services sociaux. Il s'agit de grands utilisateurs des services hospitaliers (hôpital et urgence) et à risque de recevoir des médicaments potentiellement inappropriés^{3,8-14}. Au Canada, les coûts totaux du système de soins de santé et ceux à la charge des aidants des personnes atteintes de TNCM ont été estimés à 10,4 milliards de dollars en 2016⁴. Ce coût serait 5 fois et demie plus élevé que celui pour les personnes non atteintes, et devrait augmenter à 16,6 milliards d'ici 2031⁴, du fait du vieillissement de la population.

Afin de soutenir la prise de décision dans le domaine sociosanitaire, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a développé des indicateurs de surveillance des TNCM (prévalence, incidence, utilisation des services hospitaliers, utilisation des médicaments) accessibles aux membres du réseau de la santé et des services sociaux via l'Infocentre de santé publique. L'objectif de ce rapport est de présenter un portrait, à l'aide de ces indicateurs, des personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM au Québec.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Source de données et périodes considérées

La surveillance des TNCM au Québec porte sur les cas identifiés à partir du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)¹⁵. Le SISMACQ résulte du jumelage de cinq fichiers, à savoir :

- le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA), qui renseigne sur les données démographiques ainsi que sur les périodes d'admissibilité à l'assurance maladie;
- le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, qui recense l'ensemble des actes médicaux facturés par les médecins;
- le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière), qui recense l'ensemble des hospitalisations ainsi que les diagnostics principaux et secondaires associés;
- le fichier des services pharmaceutiques, qui recense les médicaments réclamés, ainsi que les périodes d'admissibilité à l'assurance médicaments, pour les personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments;
- le fichier des décès du Registre des événements démographiques (RED).

Il est à noter que le fichier des services pharmaceutiques inclut uniquement les médicaments prescrits et remboursés par le régime public d'assurance médicaments pour les personnes qui en sont bénéficiaires. Toutes les personnes de 65 ans et plus sont potentiellement admissibles à l'assurance médicaments et la grande majorité y adhère (90 %)¹⁵. Chez les 40-64 ans, 35-40 % de la population québécoise est adhérente au régime d'assurance médicaments¹⁵. Quatre fichiers du SISMACQ sont utilisés pour identifier les cas de TNCM : le fichier MED-ÉCHO, le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, le fichier des services pharmaceutiques et le FIPA.

Le SISMACQ couvre la période à partir du 1^{er} janvier 1996. Toutefois, au début de la période d'observation, il est impossible de distinguer les cas incidents (personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic) des cas prévalents (personnes ayant reçu un diagnostic à n'importe quelle période). C'est pour cette raison que la période d'analyse débute le 1^{er} avril 2000. La période d'analyse se termine au 31 mars 2020. Nous avons choisi de présenter un portrait excluant la période pandémique. Celle-ci sera traitée dans une publication portant spécifiquement sur l'effet de la pandémie. Les résultats sont présentés par année financière du 1^{er} avril au 31 mars. Pour simplifier la lecture, seule la première année est mentionnée : pour l'année 2000-2001, par exemple, on réfère à l'année 2000.

2.2 Définition des cas

Une personne est considérée comme ayant reçu un diagnostic de TNCM au cours d'une année financière (1^{er} avril au 31 mars) si elle satisfait à l'un ou l'autre des trois critères de l'algorithme validé suivant^{7,16}, soit :

- avoir un diagnostic principal ou secondaire de TNCM inscrit au fichier MED-ÉCHO au cours de l'année;
- avoir trois diagnostics de TNCM au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte à l'intérieur d'une période de deux ans (année d'intérêt et année précédente) avec au moins 30 jours de délai entre deux réclamations;
- avoir une réclamation de médicament spécifique aux TNCM : donépézil, rivastigmine, galantamine ou mémantine au cours de l'année.

La date du diagnostic est la date à laquelle le premier des trois critères devient positif. Pour le critère reposant sur les services médicaux, la date du diagnostic est la date de la troisième facturation médicale.

Une personne est considérée comme n'ayant pas reçu de diagnostic de TNCM au cours d'une année financière (1^{er} avril au 31 mars) si elle ne satisfait à aucun des trois critères de l'algorithme présenté ci-haut^{7,16}.

Codes de la classification internationale des maladies (CIM) utilisés

Les codes des 9^e et 10^e révisions de la CIM ont été utilisés pour identifier les diagnostics de TNCM. La codification CIM-9 a été utilisée exclusivement pour le fichier des services médicaux jusqu'au 31 mars 2019. À partir du 1^{er} avril 2019, la codification est mixte en CIM-9 ou CIM-10 selon les préférences de l'utilisateur. Pour le fichier MED-ÉCHO, la codification CIM-9 est utilisée jusqu'au 31 mars 2006 ; à partir du 1^{er} avril 2006, la codification CIM-10 est utilisée. Pour le fichier des services médicaux, les codes CIM-9 sont : 290, 331. Les codes CIM-10 sont : G30, F00, F01, F02, F03. Pour MED-ÉCHO, les codes CIM-9 sont : 046.1, 290.0, 290.1, 290.2, 290.3, 290.4, 294.1, 294.2, 331.0, 331.1, 331.5. Les codes CIM-10 sont : G30, F00, F01, F02, F03. Les codes de l'*Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system* associés aux médicaments des TNCM sont de la classe N06 et comprennent les médicaments suivants : donépézil (DA02), rivastigmine (DA03), galantamine (DA04) et mémantine (DX01). Les codes de dénomination commune de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) associés à ces médicaments ont été utilisés pour la programmation.

2.3 Populations étudiées et méthode de calcul des indicateurs

La méthode de calcul de l'ensemble des indicateurs est détaillée au tableau 1 de l'annexe.

La prévalence et l'incidence sont calculées sur la population des personnes de 40 ans et plus, assurées par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ces indicateurs ont été développés ainsi à l'Infocentre de santé publique pour rendre compte de l'ensemble des personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM. Au contraire, les indicateurs d'utilisation des services hospitaliers et de médicaments sont calculés sur la population de 65 ans et plus assurée par la Régie de l'assurance maladie du Québec, population qui représente la majorité des personnes avec un TNCM. Ce choix permet de présenter un portrait d'une population plus homogène, pour les indicateurs d'utilisation des services hospitaliers et de médicaments, soit celui de la population âgée ayant reçu un diagnostic de TNCM. De plus, les indicateurs d'utilisation des médicaments ne sont disponibles pour l'ensemble des personnes qu'à partir de 65 ans. Avant cet âge, il n'existe pas de couverture de l'ensemble de la population.

La prévalence de TNCM est calculée en divisant le nombre de personnes ayant reçu un diagnostic pendant l'année considérée par la population de 40 ans et plus pour la même année. Une personne est considérée comme ayant un TNCM pour toutes les années subséquentes à sa première identification (prévalence à vie). L'incidence est calculée en divisant le nombre de nouvelles personnes ayant reçu un diagnostic au cours de l'année considérée par la population de 40 ans et plus à risque pour la même année. La population à risque réfère à la population totale excluant les cas prévalents de l'année précédente.

Concernant les indicateurs d'utilisation des services hospitaliers, une hospitalisation réfère à une admission enregistrée dans le fichier MED-ÉCHO à l'exception des chirurgies d'un jour. Une visite à l'urgence réfère à des facturations d'actes médicaux au sein d'un service d'urgence et est identifiée à partir d'un algorithme validé à partir du fichier des services médicaux rémunérés à l'acte¹⁷.

Trois indicateurs d'utilisation de médicaments sont présentés : proportion d'utilisateurs de benzodiazépines, d'antipsychotiques et d'antidépresseurs. L'utilisation des médicaments réfère à au moins une réclamation enregistrée dans le fichier des services pharmaceutiques durant l'année considérée, quelles que soient la dose et la durée. Les codes de l'American Hospital Formulary Service (AHFS) utilisés pour identifier les réclamations de médicaments sont présentés au tableau 1 de l'annexe. Les antidépresseurs correspondent au code 28:16.04 de la classification AHFS. Ce code comprend les sous-classes suivantes : 28:16.04.12 inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO); 28:16.04.16 inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN); 28:16.04.20 inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS); 28:16.04.24 modulateurs de la sérotonine; 28:16.04.28 tricycliques et dérivés; 28:16.04.92 antidépresseurs non classés ailleurs. Les antipsychotiques correspondent au code 28:16.08 de la classification AHFS. Ce code comprend les sous-classes suivantes : 28:16.08.04 antipsychotiques atypiques, 28:16.08.08 butyrophénones, 28:16.08.24 phénothiazines, 28:16.08.32 thioxanthènes, 28:16.08.92 antipsychotiques non classés ailleurs. Les benzodiazépines correspondent au code

28:24.08 de la classification AHFS. À noter, les « Z drugs », qui ne sont pas remboursées par l'assurance médicaments, ne sont pas mesurées.

L'ajustement selon l'âge est utilisé pour analyser les tendances temporelles et comparer les indicateurs chez les personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM et celles n'en ayant pas reçu. L'ajustement est réalisé selon la méthode de standardisation directe en utilisant la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

3 RÉSULTATS

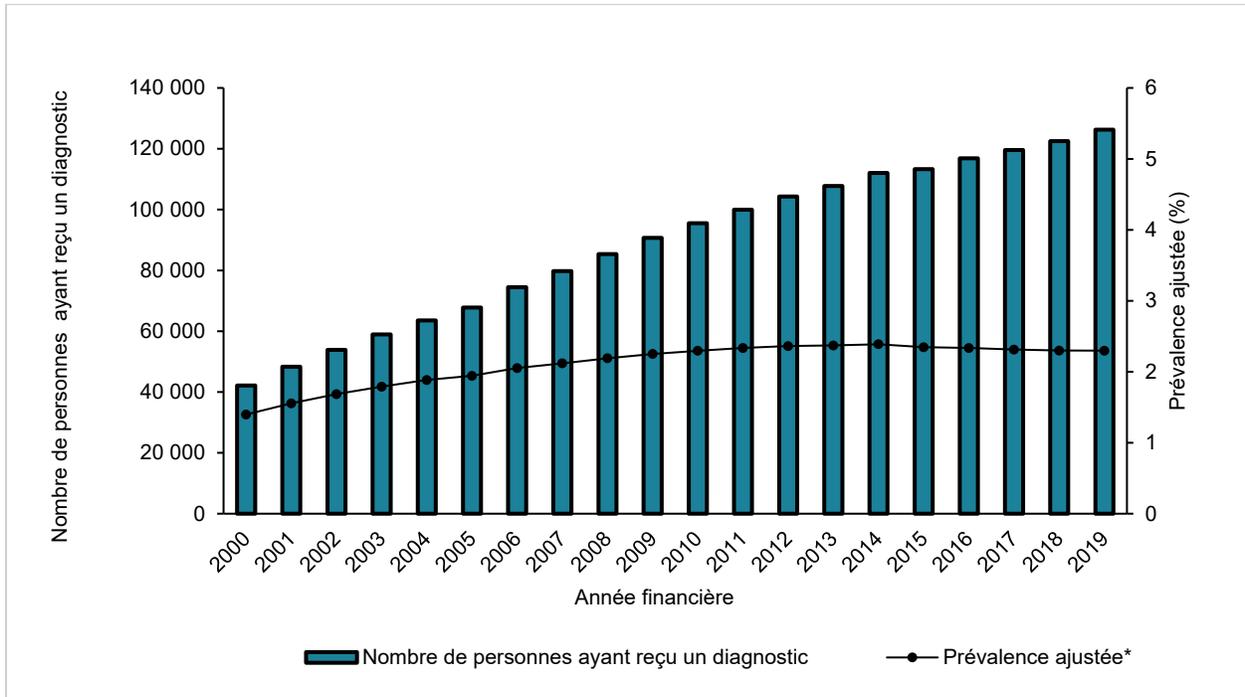
3.1 Prévalence et incidence

La figure 1 et le tableau 2 de l'annexe montrent que la prévalence ajustée pour l'âge des TNCM diagnostiqués augmente légèrement jusqu'en 2010 puis se stabilise jusqu'en 2019. La prévalence ajustée dans la population de 40 ans et plus est de 2,3 % en 2019, correspondant à une prévalence non ajustée de 2,8 %, soit 126 285 personnes. Malgré une relative stabilité de la prévalence ajustée, le nombre des personnes ayant reçu un diagnostic augmente fortement et continuellement durant l'ensemble de la période, passant de 42 130 en 2000 à 126 285 en 2019, soit une augmentation relative de 200 %. La figure 7 de l'annexe présente la prévalence ajustée pour les personnes de 65 ans et plus. La prévalence ajustée dans la population de 65 ans et plus est 7,2 % en 2019, soit 121 055 personnes.

La figure 2 et le tableau 2 de l'annexe montrent que l'incidence ajustée pour l'âge des TNCM diagnostiqués est dans l'ensemble constante à travers les années (2000 à 2019). L'incidence ajustée dans la population de 40 ans et plus est de 5,1 pour 1 000 personnes en 2019. Malgré une stabilité de l'incidence ajustée, le nombre annuel de personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic augmente sur toute la période passant de 14 120 en 2000 à 24 475 en 2019, soit une augmentation relative de 73 %. La figure 8 de l'annexe présente l'incidence ajustée dans la population de 65 ans et plus. Celle-ci est de 16,2 pour 1000 personnes en 2019 avec 23 365 personnes ayant reçu un diagnostic nouvellement. Les figures 9 et 10 de l'annexe présentent respectivement la prévalence et l'incidence par régions sociosanitaires^a. Les figures 11 et 12 présentent la prévalence et l'incidence par groupe d'âge.

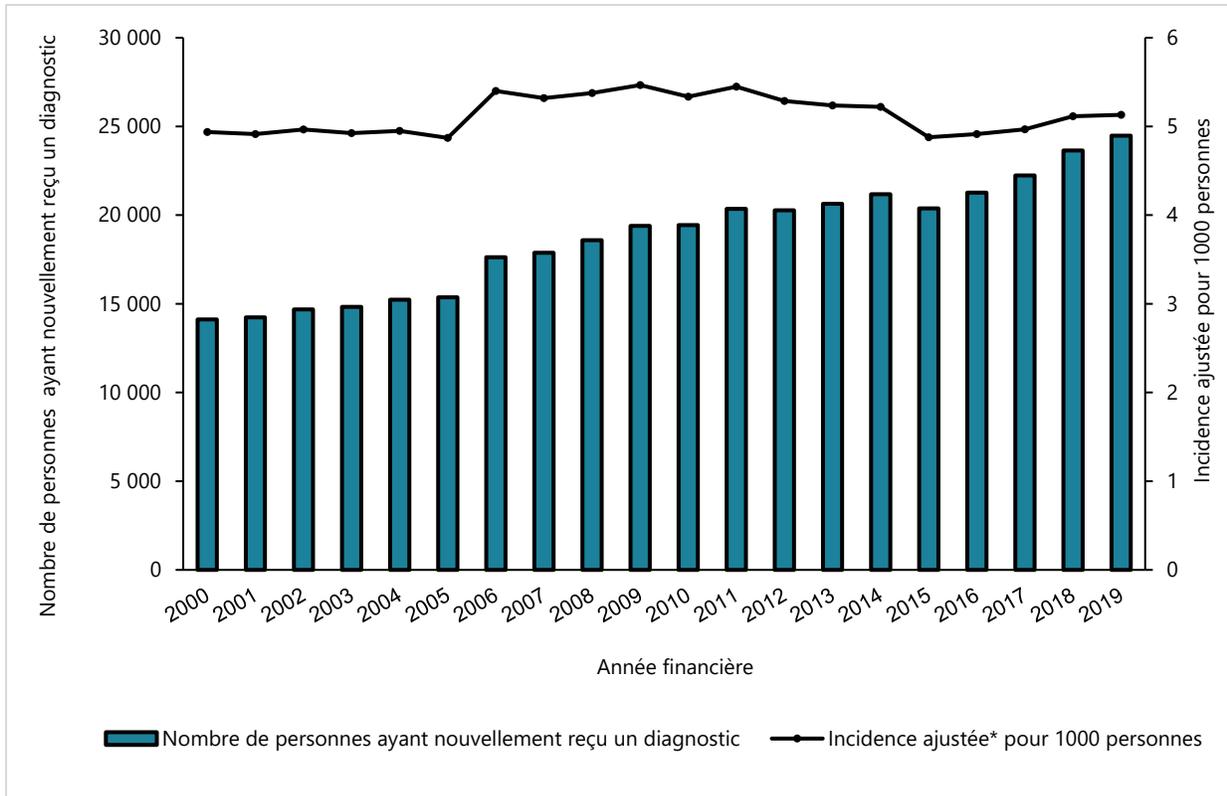
^a La région sociosanitaire est déterminée à partir de l'adresse occupée le plus longtemps durant l'année financière.

Figure 1 Prévalence ajustée pour l'âge et nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, dans la population âgée de 40 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019



* Prévalence ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Figure 2 Incidence ajustée pour l'âge et nombre de personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, dans la population âgée de 40 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019

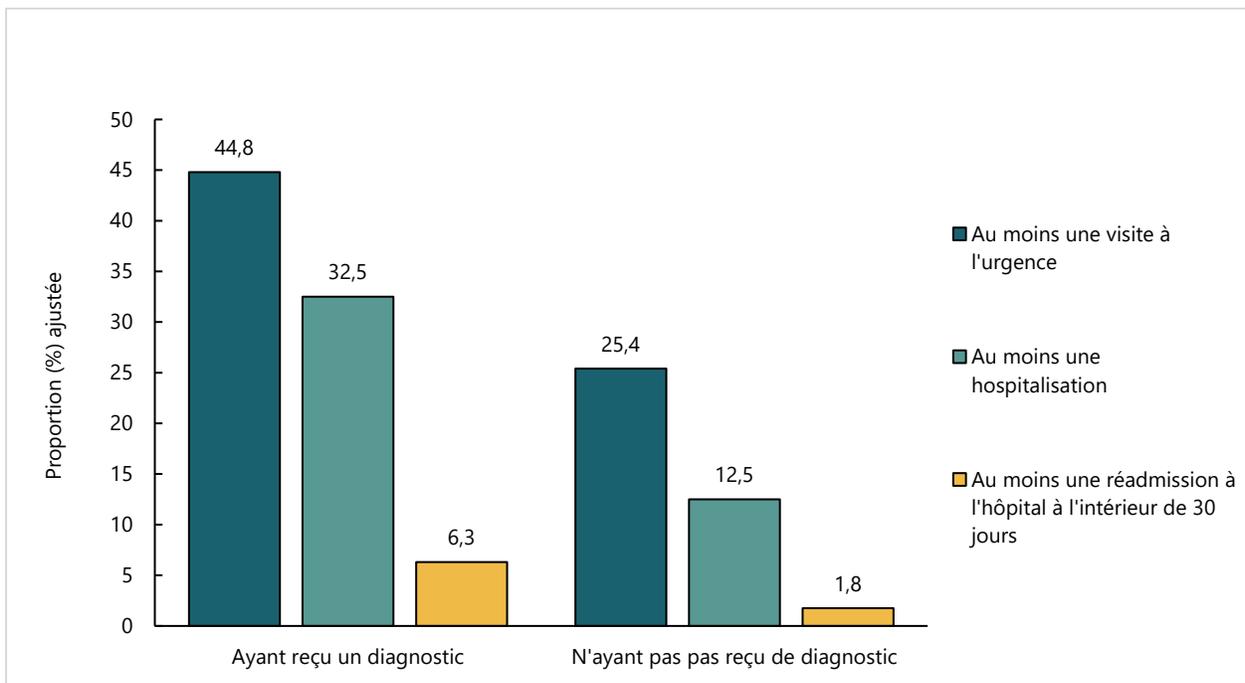


* Incidence ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

3.2 Utilisation des services hospitaliers

La figure 3 et les tableaux 3 et 4 de l'annexe montrent que chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion de personnes ayant reçu un diagnostic et ayant au moins une utilisation des services hospitaliers (hôpital ou urgence) dans l'année est jusqu'à trois fois plus élevée, en fonction de l'indicateur, comparativement aux personnes du même âge n'ayant pas reçu de diagnostic. En effet, en 2019, 44,8 %, 32,5 %, et 6,3 % des personnes ayant reçu un diagnostic ont respectivement au moins une visite à l'urgence, une hospitalisation, ou une réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé, contre 25,4 %, 12,5 % et 1,8 % pour celles n'ayant pas reçu de diagnostic (proportions ajustées pour l'âge). Le nombre moyen de jours hospitalisés dans l'année, ajusté pour l'âge, est près de 2 fois plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic (29,1 jours) que chez celles n'en ayant pas reçu (14,9 jours). Cette proportion d'utilisateurs des services hospitaliers nettement plus importante chez les personnes ayant reçu un diagnostic est retrouvée sur l'ensemble de la période.

Figure 3 Utilisation des services hospitaliers (urgence ou hôpital) ajustée* pour l'âge, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, année financière 2019



* Proportion ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

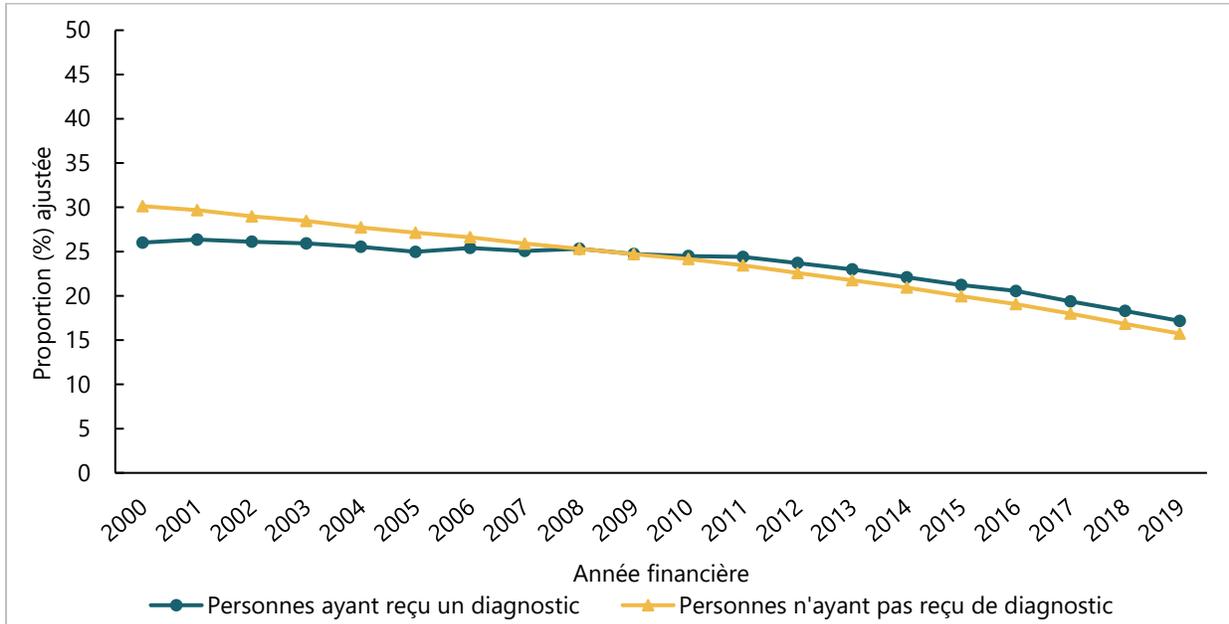
3.3 Utilisation des médicaments

La figure 4 montre que dans les deux populations de personnes de 65 ans et plus (populations ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic), la proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs de benzodiazépines diminue de 2000 à 2019, avec cependant une diminution moins marquée chez les personnes ayant reçu un diagnostic. En 2019, la proportion ajustée d'utilisateurs de benzodiazépines chez les personnes ayant reçu un diagnostic (17,2 %) est assez comparable à celle des personnes n'ayant pas reçu de diagnostic (15,7 %). Les données annuelles d'utilisation de benzodiazépines dans les deux populations sont présentées au tableau 5 de l'annexe.

La figure 5 montre que dans les deux populations, de 2000 à 2019, la proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs d'antipsychotiques augmente. Dans la population ayant reçu un diagnostic, la proportion ajustée d'utilisateurs d'antipsychotiques passait de 21,1 % en 2000 à 27,3 % en 2019, correspondant à 8 040 et 29 110 personnes. En 2019, la proportion ajustée d'utilisateurs d'antipsychotiques est 5 fois plus élevée chez les personnes ayant reçu un diagnostic (27,3 %) que dans la population n'ayant pas reçu de diagnostic (5,2 %). Les données annuelles des deux populations sont présentées au tableau 6 de l'annexe.

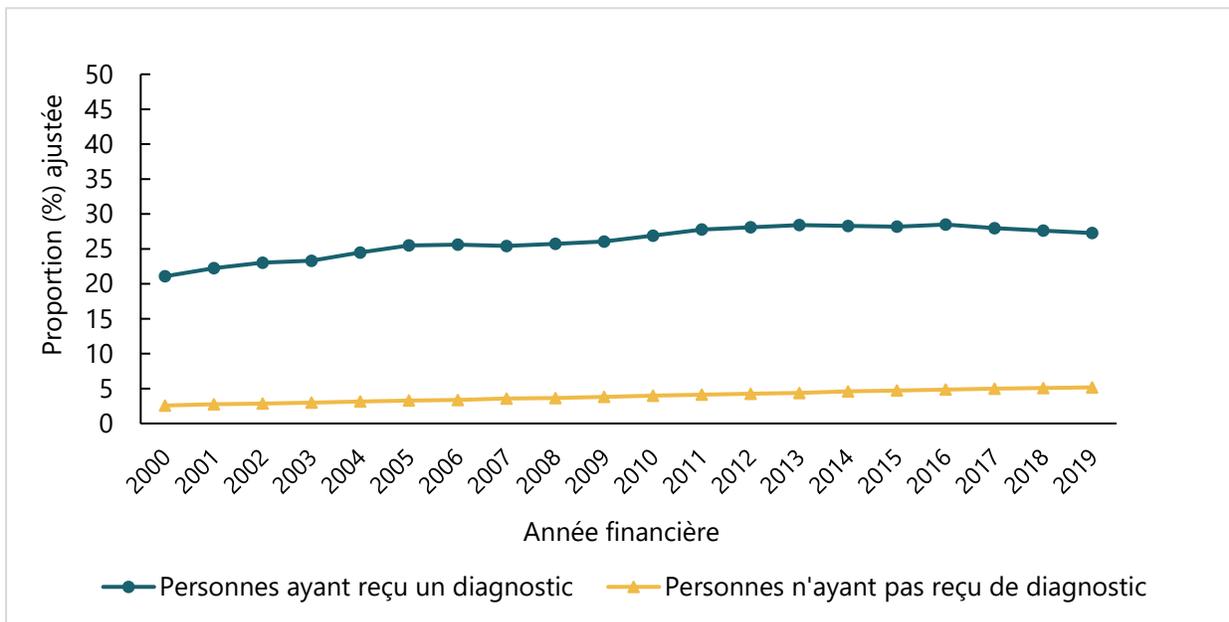
La figure 6 montre que, durant toute la période d'étude, la proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs d'antidépresseurs est plus élevée chez les personnes ayant reçu un diagnostic que chez celles n'en ayant pas reçu. Dans les deux populations, on observe une augmentation de la proportion ajustée d'utilisateurs d'antidépresseurs, avec une augmentation plus marquée dans la population ayant reçu un diagnostic. Dans cette population, la proportion ajustée de personnes utilisant au moins un antidépresseur passe ainsi de 20,1 % en 2000 (6 460 personnes) à 38,0 % en 2019 (40 385 personnes). Les données annuelles dans les deux populations sont présentées au tableau 7 de l'annexe.

Figure 4 Proportion ajustée* pour l'âge d'utilisateurs de benzodiazépines, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019



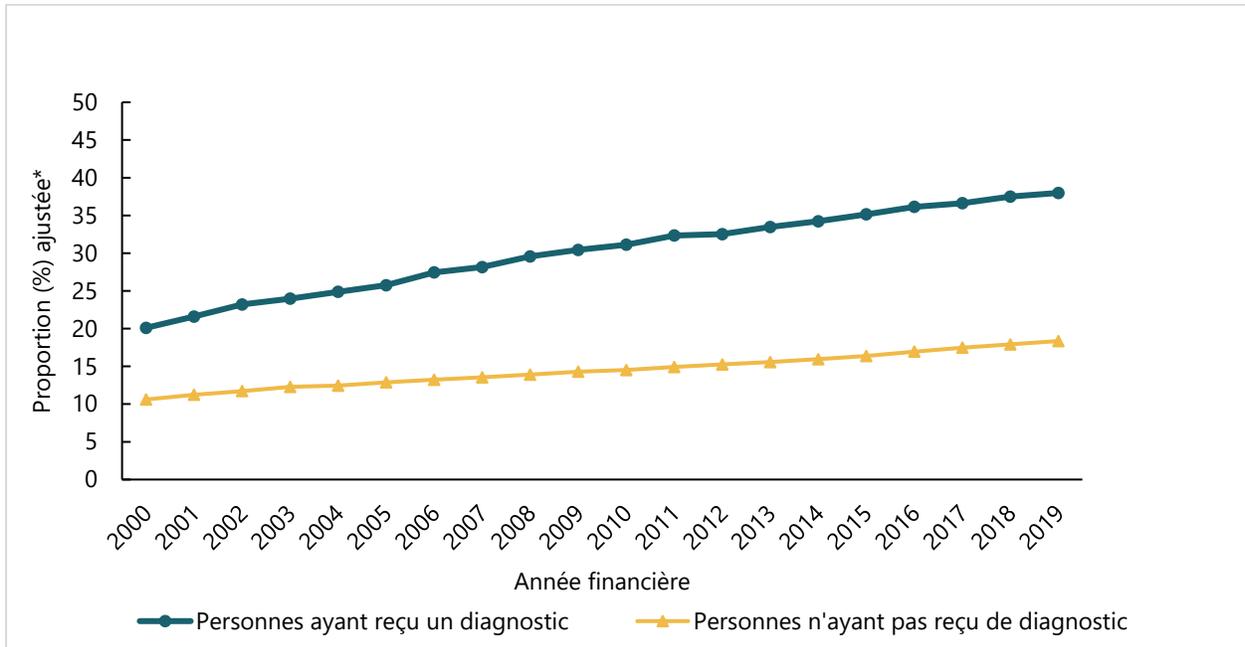
* Proportion ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Figure 5 Proportion ajustée* pour l'âge d'utilisateurs d'antipsychotiques, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019



* Proportion ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Figure 6 Proportion ajustée* pour l'âge d'utilisateurs d'antidépresseurs, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, 2000 à 2019



* Proportion ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

4 DISCUSSION

4.1 Prévalence et incidence

La prévalence et l'incidence ajustées pour l'âge des TNCM au Québec sont relativement stables de 2000 à 2019. Cependant, du fait du vieillissement de la population, le nombre absolu de personnes ayant reçu un diagnostic et de personnes ayant reçu un diagnostic nouvellement dans l'année augmentent continuellement entre 2000 et 2019, avec des augmentations relatives de 200 % et 73 % respectivement.

On ne note pas de diminution de l'incidence ajustée pour l'âge, au Québec, ce qui contraste avec certaines données internationales qui rapportent une diminution de l'incidence dans les pays à hauts revenus, comme les États-Unis, le Royaume-Uni et la France³. Dans ces pays, les experts estiment que la diminution de l'incidence pourrait s'expliquer par des changements dans l'éducation, le niveau socio-économique, les soins de santé et l'hygiène de vie³. Des changements similaires ont eu lieu au Québec, mais nous n'observons pas de diminution de l'incidence. Il est difficile de conclure sur cette différence à partir de ces indicateurs. Effectivement, il existe un sous-diagnostic des TNCM, au niveau international, qui pourrait concerner jusqu'à 60 % des personnes atteintes, selon les études¹⁸. Dans ce rapport, l'incidence et la prévalence des TNCM présentées sont celles des troubles diagnostiqués. Au Québec, comme dans les autres pays à haut revenu, il existe certainement une différence non négligeable entre l'incidence des troubles diagnostiqués et leur incidence réelle et il est donc difficile de conclure. Il est tout à fait possible qu'une tendance similaire à celle observée dans les autres pays à haut revenu soit à l'œuvre au Québec avec une diminution de l'incidence réelle, masquée par une diminution du sous-diagnostic.

4.1.1 Implication pour la prise de décision et la pratique clinique

Au Québec, les décideurs, gestionnaires et cliniciens doivent s'attendre à une poursuite de l'augmentation du nombre de personnes vivant avec un TNCM, du fait du vieillissement de la population. Les données présentées dans ce document peuvent soutenir la prise de décision liée à la planification et la mise en place des politiques, programmes et plans d'action du secteur sociosanitaire et des autres secteurs concernés.

4.2 Utilisation des services hospitaliers

Les personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM utilisent jusqu'à trois fois plus l'urgence et l'hôpital que les personnes n'ayant pas reçu de diagnostic. Ces données sont comparables aux données canadiennes et états-uniennes où l'on retrouve, en fonction des indicateurs et des contextes, des utilisations de 1,4 à 4 fois plus élevées^{3,8-14}.

Cette utilisation plus élevée chez les personnes ayant reçu un diagnostic serait expliquée par de nombreux facteurs^{10,19,20}. Tout d'abord, la proportion importante de co-morbidités dans cette population, avec un tiers des personnes avec TNCM ayant cinq ou plus comorbidités¹³. Ensuite,

les difficultés de la prise en charge en ambulatoire des épisodes de maladie aigus du fait, notamment, de présentations atypiques et des difficultés de communication et d'autogestion des personnes atteintes^{10,19,20}. Enfin, une plus grande susceptibilité des personnes atteintes aux formes sévères et compliquées de maladies aiguës du fait d'une plus grande vulnérabilité^{10,19,20}. Une telle utilisation des services d'urgence et de l'hôpital n'est pas sans conséquence chez les personnes ayant un TNCM. Elle est associée à de nombreuses complications, comme des chutes, des délirium, des déclin cognitif et fonctionnels, des admissions en soins de longue durée, et parfois des décès^{8,9,19}.

Une partie non négligeable des hospitalisations serait potentiellement évitable. Par hospitalisations potentiellement évitables, on réfère aux hospitalisations qui auraient pu être évitées avec une première ligne optimale²¹. Dans un autre travail réalisé à partir du SISMACQ, nous avons montré des taux d'hospitalisation potentiellement évitables élevés au Québec dans la population ayant reçu un diagnostic de TNCM vivant à domicile²². Ainsi, durant l'année du diagnostic, ces taux variaient de 20 à 30 pour 100 personnes-années, parmi les personnes ayant au moins une hospitalisation, sur l'ensemble de la période étudiée, de 2000 à 2015²².

4.2.1 Implications pour la prise de décision et la pratique clinique

Les indicateurs d'utilisation de l'urgence et de l'hôpital sont utiles pour la prise de décision liée à la planification sociosanitaire. Ils rappellent l'importance de mettre en place des politiques, programmes ou plans d'action visant à diminuer les visites à l'urgence et les hospitalisations potentiellement évitables dans cette population. Par exemple, un suivi proactif incluant un accès aux équipes interdisciplinaires de première ligne et aux services de soutien à domicile en temps opportun pourrait contribuer à réduire les hospitalisations potentiellement évitables à^{8,9,20,23,24}. Une étude réalisée avec le SISMACQ a montré que la continuité des soins avec un même médecin de famille était associée à une réduction de 13 à 19 % des hospitalisations évitables dans l'année²⁵.

4.3 Utilisation des médicaments

Une plus grande proportion de personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM utilise des psychotropes comparativement à celles n'ayant pas reçu de diagnostic. Les profils d'utilisation diffèrent en fonction du type de psychotrope. Le niveau d'utilisation des trois types de psychotropes que nous avons étudiés (les benzodiazépines, les antipsychotiques et les antidépresseurs) est comparable à celui observé au Canada et aux États-Unis²⁶⁻²⁹. Parmi ces psychotropes, certains sont potentiellement inappropriés. Par médicaments potentiellement inappropriés, nous référons à des médicaments qu'il est préférable d'éviter du fait de leur rapport bénéfice-risque³⁰.

L'utilisation de benzodiazépines par les personnes ayant reçu un diagnostic est très similaire à celle des personnes n'en ayant pas reçu et est en déclin. Selon les recommandations internationales, les benzodiazépines sont des médicaments potentiellement inappropriés dans la population âgée en général³⁰⁻³². En effet, les benzodiazépines sont associées, notamment, à une

multiplication par deux des risques d'accidents de la route, de chute, de fractures de la hanche et de décès³⁰⁻³². Elles augmentent aussi les risques de délirium et de déclin cognitif³⁰⁻³². Choisir avec Soins Canada recommande de réserver leur utilisation « aux personnes éprouvant des symptômes de sevrage alcoolique/delirium tremens ou un grave trouble d'anxiété généralisée réfractaire aux autres traitements » et recommande de « ne pas utiliser de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le délirium »³². L'utilisation des benzodiazépines chez les personnes de 65 ans et plus au Québec semble encore élevée compte tenu des risques associés et des recommandations en défaveur de leur utilisation dans la population âgée (17,2 % des personnes ayant reçu un diagnostic et 15,7 % des personnes n'ayant pas reçu de diagnostic en 2019).

L'utilisation des antipsychotiques est élevée chez les personnes ayant reçu un diagnostic (près du tiers des personnes) et bien supérieure à celle des personnes n'ayant pas reçu de diagnostic (5 fois plus en 2019). Cette utilisation est préoccupante sachant que les antipsychotiques peuvent être potentiellement inappropriés dans la population ayant un TNCM, notamment lorsqu'ils sont prescrits dans le contexte de symptômes comportementaux et psychologiques associés aux troubles neurocognitifs majeurs³⁰⁻³². Effectivement, les antipsychotiques sont associés, chez les personnes ayant un TNCM, à des effets secondaires graves comme les accidents vasculaires cérébraux, le déclin cognitif et le décès³³⁻³⁷. Ainsi plusieurs consensus internationaux recommandent de les réserver, en dehors de leurs indications pour affections psychiatriques reconnues, à certaines situations extrêmes du fait de leur rapport bénéfice-risque³⁰⁻³². La campagne *Choisir avec Soins Canada* recommande de les réserver, dans le contexte de symptômes comportementaux et psychologiques associés aux TNCM, aux cas où les mesures non pharmacologiques ont échoué et lorsque les patients représentent une menace imminente pour eux-mêmes ou d'autres personnes³¹. Les indicateurs développés à l'Infocentre de santé publique ne permettent pas de distinguer les antipsychotiques pour lesquels il existe une indication reconnue de ceux qui pourraient être potentiellement inappropriés.

L'utilisation des antidépresseurs est près de deux fois plus élevée chez les personnes ayant reçu un diagnostic comparativement à celles n'en ayant pas reçu et en augmentation à travers le temps. Cette augmentation de prescription d'antidépresseurs est à surveiller. Effectivement, certains antidépresseurs sont considérés comme potentiellement inappropriés, chez la personne de 65 ans et plus, et les personnes avec un TNCM, notamment : les antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques et la paroxétine^{30,31}. Effectivement, ces antidépresseurs sont associés à des effets anti-cholinergiques majeurs, des effets sédatifs et une augmentation du risque d'hypotension orthostatique^{30,31}. Les indicateurs développés à l'Infocentre de santé publique ne permettent pas de distinguer les différents types d'antidépresseurs et ainsi d'évaluer la proportion de prescriptions potentiellement inappropriées.

4.3.1 Implications pour la prise de décision et la pratique clinique

Les indicateurs d'utilisation des médicaments rappellent le niveau élevé d'utilisation de psychotropes dans la population avec trouble neurocognitif majeur. De plus, même s'ils ne les mesurent pas directement pour l'ensemble des classes, ils rappellent l'importance de mettre en place des politiques et des pratiques permettant de diminuer les médicaments potentiellement inappropriés dans cette population, tout particulièrement les benzodiazépines, les antipsychotiques dans certaines situations et certains antidépresseurs. Les interventions non pharmacologiques sont à prioriser pour la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques associés aux troubles neurocognitifs majeurs^{38,39}.

4.4 Limites

Ces résultats ont les limites habituelles associées à l'utilisation secondaire de fichiers médico-administratifs pour réaliser la surveillance d'une population.

Les diagnostics inscrits dans le fichier des services rémunérés à l'acte ne sont pas révisés par des archivistes médicaux et sont donc sujets à des erreurs ou aux changements de réglementation relative à la facturation. Par exemple, à partir de 2016, une diminution de la saisie des codes de diagnostic est observée dans le fichier des services médicaux, liée à la modernisation du système de facturation de la RAMQ, qui ne requérait plus aux médecins d'inscrire un diagnostic. Par conséquent, les résultats des indicateurs d'incidence et de prévalence sont à interpréter avec précaution à partir de l'année financière 2016; une sous-estimation de ces indicateurs est possible.

Seuls les services réalisés au Québec sont enregistrés dans ces fichiers médico-administratifs. Par exemple, en Outaouais, où certaines personnes reçoivent une partie de leurs soins en Ontario, cela peut entraîner une sous-estimation des indicateurs. Seules les demandes de remboursement à l'acte sont enregistrées dans le fichier des services médicaux. Dans certaines régions comme le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, d'autres modes de rémunération des médecins sont plus fréquents. Les indicateurs sont donc à risque d'être sous-estimés dans ces régions. Pour ces raisons, les indicateurs par régions sociosanitaires ne sont pas présentés pour l'Outaouais, le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Néanmoins, les résultats pour ces quatre régions sociosanitaires contribuent à la mesure pour l'ensemble du Québec.

Concernant spécifiquement les indicateurs d'incidence et de prévalence et l'identification des personnes ayant un diagnostic de TNCM, plusieurs limites spécifiques s'appliquent. Tout d'abord, l'algorithme utilisé pour identifier les cas n'a pas été validé au Québec. Il a été validé en Ontario, où il a montré de bonnes propriétés métrologiques dans la population de 65 ans et plus, avec une sensibilité et une spécificité de 79 % et 99 % respectivement lorsque comparé aux diagnostics identifiés dans les dossiers médicaux⁴⁷. Cet algorithme ne peut identifier que les personnes utilisatrices du système de santé et ayant reçu un diagnostic, ce qui constitue un sous-échantillon de l'ensemble de la population des personnes avec TNCM.

Enfin, deux situations présentent un potentiel de sous-diagnostic. Premièrement, pour les indicateurs de prévalence et d'incidence et l'identification de la population d'intérêt pour les autres indicateurs, le critère de l'algorithme associé aux médicaments n'est utilisé que par les personnes adhérentes au régime public d'assurance médicaments, soit : 35 à 40 % des 40 à 64 ans et 90 % des 65 ans et plus. Bien que cela puisse entraîner une sous-estimation des cas dans la population des 40 à 64 ans, elle nous semble négligeable, ces cas étant rares et particulièrement bien investigués et donc certainement identifiés par l'un des deux autres critères de l'algorithme. Deuxièmement, les qualités métrologiques de l'algorithme ne sont pas connues chez les personnes vivant en établissement de soins de longue durée ou CHSLD (Centre d'hébergement de soins de longue durée). Pour ces personnes, il existe un risque de sous-identification, étant donné que 1) le critère de l'algorithme concernant les médicaments ne peut être utilisé, les médicaments de ces personnes n'apparaissant pas dans la base; 2) le critère de l'algorithme concernant les facturations médicales est à risque de sous-estimation étant donné qu'une partie des médecins travaillant en institution est rémunérée par d'autres moyens que le paiement à l'acte.

Concernant spécifiquement les indicateurs d'utilisation des médicaments, deux limites majeures sont à signaler. Premièrement, au sein de la base de données SISMACQ, les médicaments des personnes vivant en établissement de soins de longue durée ou CHSLD ne sont pas enregistrés. En fonction de la proportion de personnes vivant en CHSLD par année, par groupes d'âge et par zones géographiques, il existe un risque de sous-estimer l'utilisation des médicaments dans la population ayant un TNCM au Québec, spécialement dans certains sous-groupes.

Deuxièmement, les indicateurs tels que calculés ne permettent pas de distinguer une réclamation de médicament épisodique d'une réclamation régulière sur l'année. Ainsi, les proportions d'utilisateurs de médicaments comprennent certainement une proportion de personnes pour lesquelles le médicament n'a été prescrit qu'en cas de besoin (PRN) et réclamé une seule fois dans l'année, pour les médicaments pour lesquels ce type de prescription est courant comme les benzodiazépines et les antipsychotiques. Il existe donc un risque de surestimation de l'utilisation de ces types de psychotropes.

5 CONCLUSION

Ce premier portrait provincial de la population ayant reçu un diagnostic de TNCM, réalisé en utilisant les données du SISMACQ, présente plusieurs faits saillants ayant des implications pour la prise de décision et la pratique. Il rappelle l'augmentation continue du nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de TNCM, augmentation qui devrait se poursuivre du fait du vieillissement de la population. De plus, il met l'accent sur l'utilisation élevée de l'urgence et des hospitalisations par cette population. Enfin, il met en lumière l'utilisation élevée de psychotropes dans cette population qui sont pour certains et dans certaines conditions potentiellement inappropriés.

L'ensemble des données présentées est accessible aux professionnels du réseau de la Santé et des Services sociaux via la plateforme de l'Infocentre de santé publique.

<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca>

6 RÉFÉRENCES

1. Société Alzheimer du Canada. Que sont les troubles neurocognitifs ? Disponible à <http://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/que-sont-les-troubles-neurocognitifs>. Consulté 7 Février, 2021.
2. Dementia. Disponible à <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Consulté 21 Octobre 2019.
3. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, *et al.*: Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020; 396:413–446.
4. Alzheimer Society of Canada. Report summaries: Prevalence and monetary costs of dementia in Canada (2016): a report by the Alzheimer Society of Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can Res Policy Pract* 2016; 36:231–232.
5. Stall NM, Tardif P, Sinha SK: Ensuring Canada's first dementia strategy is not shelved and forgotten. *CMAJ* 2019; 191:E851–E852.
6. Public Health Agency of Canada: A Dementia Strategy for Canada: Together We Aspire, 2019. Disponible à <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/dementia-strategy.html>. Consulté 18 Juin 2019.
7. INSPQ. Surveillance de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : étude de faisabilité à partir des fichiers administratifs. Disponible à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1984_surveillance_alzheimer.pdf. Consulté 10 Jan 2023.
8. LaMantia MA, Stump TE, Messina FC, *et al.*: Emergency Department Use Among Older Adults With Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2016; 30:35–40.
9. Feng Z, Coots LA, Kaganova Y, *et al.*: Hospital and ED use among medicare beneficiaries with dementia varies by setting and proximity to death. *Health Aff Millwood* 2014; 33:683–690.
10. Phelan EA, Borson S, Grothaus L, *et al.*: Association of incident dementia with hospitalizations. *JAMA* 2012; 307:165–172.
11. Rudolph JL, Zanin NM, Jones RN, *et al.*: Hospitalization in community-dwelling persons with Alzheimer's disease: frequency and causes. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:1542–1548.
12. Zhao Y, Kuo T-C, Weir S, *et al.*: Healthcare costs and utilization for Medicare beneficiaries with Alzheimer's. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:108.
13. Mondor L, Maxwell CJ, Hogan DB, *et al.*: Multimorbidity and healthcare utilization among home care clients with dementia in Ontario, Canada: A retrospective analysis of a population-based cohort. *PLoS Med* 2017; 14:e1002249.
14. Sivananthan SN, McGrail KM: Diagnosis and Disruption: Population-Level Analysis Identifying Points of Care at Which Transitions Are Highest for People with Dementia and Factors That Contribute to Them. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64:569–577.
15. Blais C, Jean S, Sirois C, *et al.* Le système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) : une approche novatrice. *Maladies chroniques et blessures au Canada* 2014; 34(4) :247- 256

16. Jaakkimainen RL, Bronskill SE, Tierney MC, *et al.*: Identification of Physician-Diagnosed Alzheimer's Disease and Related Dementias in Population-Based Administrative Data: A Validation Study Using Family Physicians' Electronic Medical Records. *J Alzheimers Dis* 2016; 54:337–349.
17. Belzile E, Sanche S, McCusker J, *et al.* A Measure of Emergency Department Use Based on Quebec's Administrative Data. Technical Report. St Mary's Research Center, 2011:14.
18. Lang L, Clifford A, Wei L, *et al.*: Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. *BMJ Open* 2017; 7:e011146.
19. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, *et al.*: World Alzheimer Report 2016 Improving Healthcare for People Living with Dementia Coverage, Quality and Costs Now and in the Future. London, Alzheimer's Disease International, 2016. Disponible à <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2016/>. Consulté 08 Août 2023.
20. Phelan EA, Debnam KJ, Anderson LA, *et al.*: A systematic review of intervention studies to prevent hospitalizations of community-dwelling older adults with dementia. *Med Care* 2015; 53:207–213.
21. Godard-Sebillotte C. Avoidable hospital use in community-dwelling persons living with dementia: impact of health service interventions, and primary care continuity. [these de doctorat] Montréal (Canada): McGill University; 2020.
22. Godard-Sebillotte C, Strumpf E, Sourial N, *et al.*: Avoidable Hospitalizations in Persons with Dementia: a Population-Wide Descriptive Study (2000-2015). *Can Geriatr J* 2021; 24:209–221.
23. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA: Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev* 2011; 68:131–155.
24. Godard-Sebillotte C, Le Berre M, Schuster T, *et al.*: Impact of health service interventions on acute hospital use in community-dwelling persons with dementia: A systematic literature review and meta-analysis. *PLoS One* 2019; 14:e0218426.
25. Godard-Sebillotte C, Strumpf E, Sourial N, *et al.*: Primary care continuity and potentially avoidable hospitalization in persons with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2021; 69:1208–1220.
26. Sivananthan SN, Lavergne MR, McGrail KM: Caring for dementia: a population-based study examining variations in guideline-consistent medical care. *Alzheimers Dement* 2015; 11:906–916.
27. Maust DT, Strominger J, Bynum JPW, *et al.*: Prevalence of Psychotropic and Opioid Prescription Fills Among Community-Dwelling Older Adults With Dementia in the US. *JAMA* 2020; 324:706–708.
28. Rattinger GB, Burcu M, Dutcher SK, *et al.*: Pharmacotherapeutic management of dementia across settings of care. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61:723–733.
29. Rhee Y, Csernansky JG, Emanuel LL, *et al.*: Psychotropic medication burden and factors associated with antipsychotic use: an analysis of a population-based sample of community-dwelling older persons with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59:2100–2107.

30. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel: American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* January 2019 Apr;67(4):674-694
31. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, *et al.*: STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015; 44:213–218.
32. Choisir avec soin. Choosing Wisely Canada. Disponible à <https://choisiravecsoin.org/>. Consulté 9 Février 2021.
33. Gill SS, Bronskill SE, Normand S-LT, *et al.*: Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med* 2007; 146:775–786.
34. Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, *et al.*: Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2005; 330:445.
35. Lee PE, Gill SS, Freedman M, *et al.*: Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ* 2004; 329:75.
36. Rochon PA, Normand S-L, Gomes T, *et al.*: Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. *Arch Intern Med* 2008; 168:1090–1096.
37. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS: Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14:191–210.
38. Vedel I, Sheets D, McAiney C, *et al.*: CCCDTD5: Individual and community-based psychosocial and other non-pharmacological interventions to support persons living with dementia and their caregivers. *Alzheimers Dement (NY)* 2020; 11;6(1):e12086.
39. Ministère de la santé et des services sociaux. Approche pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. 2014. Disponible à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2429234>. Consulté 8 Août 2023

ANNEXE

Tableau 1 Méthode de calcul des indicateurs de surveillance des troubles neurocognitifs majeurs au Québec

Indicateurs	Méthode de calcul des indicateurs	Précisions
Prévalence	<p>Numérateur : Nombre de cas de troubles neurocognitifs majeurs diagnostiqués pour une période donnée x 100.</p> <p>Dénominateur : Population de 40 ans et plus pour la même période.</p>	<p>Voir algorithme d'identification des cas section Méthode.</p> <p>Le dénominateur comprend toutes les personnes de 40 ans et plus assurées par le Régime de l'assurance maladie du Québec au moins un jour pendant l'année financière.</p>
Incidence	<p>Numérateur : Nombre de nouveaux cas de troubles neurocognitifs majeurs diagnostiqués au cours d'une période donnée x 1 000.</p> <p>Dénominateur : Population de 40 ans et plus à risque pour la même période.</p>	<p>Voir algorithme d'identification des cas section Méthode.</p> <p>La population à risque réfère à la population totale moins les cas prévalents de l'année précédente.</p> <p>Le dénominateur comprend toutes les personnes de 40 ans et plus assurées par le Régime de l'assurance maladie du Québec au moins un jour pendant l'année financière.</p>
Proportion d'hospitalisations	<p>Numérateur : Nombre de personnes de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs et ayant eu au moins une hospitalisation au cours d'une période donnée x 100.</p> <p>Dénominateur : Population de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs pour la même période.</p>	<p>La définition de l'hospitalisation réfère à une admission enregistrée dans le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO parmi la population répondant à la définition de cas au cours d'une période donnée excluant les hospitalisations liées aux chirurgies d'un jour (Code type de séjour : 27). Lors d'un transfert intra ou inter hospitalier une seule hospitalisation est comptabilisée. Seules les hospitalisations dont la date de sortie est incluse dans la période donnée sont comptabilisées.</p> <p>Note : Un transfert se produit lorsque la date d'admission d'une hospitalisation est égale à la date de sortie de l'hospitalisation précédente.</p>

<p>Nombre moyen de jours hospitalisés dans l'année</p>	<p>Numérateur : Nombre de jours d'hospitalisation dans l'année pour les personnes de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs, tous séjours hospitaliers confondus.</p> <p>Dénominateur : Population de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs et ayant eu au moins une hospitalisation pour la même période.</p>	<p>Le nombre de jours d'hospitalisation dans l'année est obtenu en additionnant le nombre de jours de chaque séjour hospitalier, au cours de la période donnée.</p>
<p>Proportion de réadmissions à l'hôpital à l'intérieur de 30 jours</p>	<p>Numérateur : Nombre de personnes de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs et ayant eu au moins une réadmission à l'hôpital à l'intérieur de 30 jours au cours d'une période donnée x 100.</p> <p>Dénominateur : Population de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs et ayant eu au moins un congé de l'hôpital dans la même période.</p>	<p>On parle de réadmission hospitalière à l'intérieur de 30 jours lorsque la différence entre la date d'admission de la présente hospitalisation et la date de sortie de l'hospitalisation précédente est de moins de 30 jours, excluant les transferts tels que définis ci-haut.</p>
<p>Proportion ayant visité les urgences</p>	<p>Numérateur : Nombre de personnes de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs et ayant eu au moins une visite à l'urgence au cours d'une période donnée x 100.</p> <p>Dénominateur : Population de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs pour la même période.</p>	<p>La présence d'une visite à l'urgence est déterminée à partir du fichier des services médicaux rémunérés à l'acte et non à partir du fichier de la banque de données communes des urgences, ce fichier ne faisant pas partie de la base SISMACQ. Un algorithme validé est utilisé¹⁷⁷. Une visite à l'urgence est comptabilisée pour tous les actes médicaux recensés à l'intérieur d'une période de 48 heures.</p> <p>Une visite à l'urgence est identifiée dans le fichier des services rémunérés à l'acte en utilisant le code 35 (clinique d'urgence) de la variable <i>Secteur d'activité</i>.</p>
<p>Proportion d'utilisateurs de médicaments antidépresseurs</p>	<p>Numérateur : Nombre de personnes de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs et ayant eu une prescription d'un médicament antidépresseur au moins une fois au cours d'une période donnée x 100.</p> <p>Dénominateur : Population de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs pour la même période.</p>	<p>L'usage des médicaments réfère à une réclamation enregistrée dans le fichier des services pharmaceutiques parmi la population répondant à la définition de cas au cours d'une période donnée. Les antidépresseurs correspondent au code 28:16.04 de la classification <i>American Hospital Formulary Service</i> (AHFS). Ce code comprend les sous-classes suivantes : 28:16.04.12 inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO); 28:16.04.16 inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN); 28:16.04.20 inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS); 28:16.04.24 modulateurs de la sérotonine; 28:16.04.28 tricycliques et dérivés; 28:16.04.92 antidépresseurs non classés ailleurs.</p>

<p>Proportion d'utilisateurs de médicaments antipsychotiques</p>	<p>Numérateur : Nombre de personnes de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs et ayant eu au moins une prescription d'un médicament antipsychotique au cours d'une période donnée x 100.</p> <p>Dénominateur : Population de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs pour la même période.</p>	<p>L'usage des médicaments réfère à une réclamation enregistrée dans le fichier des services pharmaceutiques parmi la population répondant à la définition de cas au cours d'une période donnée. Les antipsychotiques correspondent au code 28:16.08 de la classification AHFS. Ce code comprend les sous-classes suivantes : 28:16.08.04 antipsychotiques atypiques, 28:16.08.08 butyrophénones, 28:16.08.24 phénothiazines, 28:16.08.32 thioxanthènes, 28:16.08.92 antipsychotiques non classés ailleurs.</p>
<p>Proportion d'utilisateurs de médicaments benzodiazépines</p>	<p>Numérateur : Nombre de personnes de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs et ayant eu au moins une prescription d'un médicament benzodiazépine au cours d'une période donnée x 100.</p> <p>Dénominateur : Population de 65 ans et plus ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs pour la même période.</p>	<p>L'usage des médicaments réfère à une réclamation enregistrée dans le fichier des services pharmaceutiques parmi la population répondant à la définition de cas au cours d'une période donnée. Les benzodiazépines correspondent au code 28:24.08 de la classification AHFS.</p>

Tableau 2 Incidence et prévalence des troubles neurocognitifs majeurs diagnostiqués dans la population de 40 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019

Année	Incidence			Prévalence		
	Nombre de nouveaux cas	Incidence brute pour 1000 personnes	Incidence ajustée* pour 1000 personnes	Nombre de cas	Prévalence brute (%)	Prévalence ajustée* (%)
2000	14 120	4,1 (4,0-4,2)	4,9 (4,8-5,0)	42 130	1,2 (1,2-1,2)	1,4 (1,4-1,4)
2001	14 240	4,1 (4,0-4,1)	4,9 (4,8-5,0)	48 325	1,4 (1,3-1,4)	1,6 (1,5-1,6)
2002	14 685	4,1 (4,0-4,2)	5,0 (4,9-5,1)	53 855	1,5 (1,5-1,5)	1,7 (1,7-1,7)
2003	14 830	4,1 (4,0-4,2)	4,9 (4,8-5,0)	58 950	1,6 (1,6-1,6)	1,8 (1,8-1,8)
2004	15 235	4,1 (4,0-4,2)	4,9 (4,8-5,1)	63 560	1,7 (1,7-1,7)	1,9 (1,9-1,9)
2005	15 370	4,1 (4,0-4,2)	4,9 (4,8-5,0)	67 790	1,8 (1,8-1,8)	1,9 (1,9-2,0)
2006	17 630	4,6 (4,5-4,7)	5,4 (5,3-5,5)	74 505	1,9 (1,9-1,9)	2,1 (2,0-2,1)
2007	17 880	4,6 (4,5-4,7)	5,3 (5,2-5,4)	79 760	2,0 (2,0-2,0)	2,1 (2,1-2,1)
2008	18 590	4,7 (4,6-4,8)	5,4 (5,3-5,5)	85 380	2,1 (2,1-2,2)	2,2 (2,2-2,2)
2009	19 395	4,9 (4,8-5,0)	5,5 (5,4-5,6)	90 675	2,2 (2,2-2,3)	2,3 (2,2-2,3)
2010	19 440	4,8 (4,7-4,9)	5,3 (5,2-5,4)	95 535	2,3 (2,3-2,4)	2,3 (2,3-2,3)
2011	20 355	5,0 (4,9-5,1)	5,4 (5,4-5,5)	99 965	2,4 (2,4-2,4)	2,3 (2,3-2,4)
2012	20 270	4,9 (4,9-5,0)	5,3 (5,2-5,4)	104 285	2,5 (2,5-2,5)	2,4 (2,3-2,4)
2013	20 640	5,0 (4,9-5,1)	5,2 (5,1-5,3)	107 775	2,6 (2,5-2,6)	2,4 (2,4-2,4)
2014	21 175	5,1 (5,0-5,2)	5,2 (5,1-5,3)	112 035	2,6 (2,6-2,6)	2,4 (2,4-2,4)
2015	20 380	4,8 (4,7-4,9)	4,9 (4,8-5,0)	113 290	2,6 (2,6-2,6)	2,3 (2,3-2,4)
2016	21 270	5,0 (4,9-5,1)	4,9 (4,8-5,0)	116 875	2,7 (2,7-2,7)	2,3 (2,3-2,4)
2017	22 240	5,2 (5,1-5,2)	5,0 (4,9-5,1)	119 600	2,7 (2,7-2,7)	2,3 (2,3-2,3)
2018	23 645	5,4 (5,3-5,5)	5,1 (5,0-5,2)	122 480	2,7 (2,7-2,8)	2,3 (2,3-2,3)
2019	24 475	5,5 (5,4-5,6)	5,1 (5,0-5,2)	126 285	2,8 (2,8-2,8)	2,3 (2,3-2,3)

* Ajustements selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Tableau 3 Utilisation des services hospitaliers (hôpital ou urgence) ajustée pour l'âge, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019

Année	Proportion ajustée* pour l'âge des personnes avec au moins une hospitalisation (%) (Intervalle de confiance à 99 %)		Proportion ajustée* pour l'âge des personnes avec au moins une visite à l'urgence (%) (Intervalle de confiance à 99 %)	
	Population avec diagnostic	Population sans diagnostic	Population avec diagnostic	Population sans diagnostic
2000	36,8 (35,7-37,9)	16,3 (16,2-16,4)	46,4 (45,3-47,5)	30,1 (29,9-30,2)
2001	35,7 (34,7-36,7)	15,7 (15,6-15,8)	46,7 (45,7-47,8)	30,2 (30,1-30,3)
2002	32,6 (31,6-33,5)	15,0 (14,9-15,1)	44,8 (43,8-45,8)	29,6 (29,5-29,8)
2003	32,9 (32,0-33,9)	15,2 (15,1-15,3)	44,9 (43,9-45,9)	30,4 (30,2-30,5)
2004	33,0 (32,1-33,9)	15,0 (14,9-15,1)	45,5 (44,6-46,5)	30,4 (30,2-30,5)
2005	31,5 (30,6-32,3)	14,6 (14,5-14,7)	44,3 (43,4-45,2)	30,0 (29,9-30,1)
2006	32,6 (31,8-33,5)	14,3 (14,2-14,4)	45,9 (45,0-46,8)	30,1 (30,0-30,3)
2007	31,1 (30,3-31,9)	13,9 (13,8-13,9)	44,2 (43,3-45,1)	29,5 (29,4-29,6)
2008	31,3 (30,6-32,1)	13,9 (13,8-13,9)	45,1 (44,2-45,9)	29,3 (29,2-29,5)
2009	30,4 (29,6-31,1)	13,4 (13,3-13,5)	44,5 (43,7-45,3)	28,5 (28,4-28,6)
2010	31,0 (30,3-31,7)	13,5 (13,5-13,6)	45,1 (44,4-45,9)	29,0 (28,9-29,1)
2011	31,2 (30,5-31,9)	13,5 (13,4-13,5)	46,1 (45,4-46,9)	28,9 (28,8-29,0)
2012	30,7 (30,0-31,4)	13,4 (13,3-13,5)	46,4 (45,6-47,1)	29,1 (29,0-29,2)
2013	30,5 (29,9-31,2)	13,3 (13,2-13,4)	46,1 (45,4-46,9)	28,9 (28,8-29,1)
2014	31,2 (30,5-31,9)	13,4 (13,3-13,5)	46,8 (46,1-47,5)	29,6 (29,5-29,7)
2015	30,0 (29,4-30,7)	13,1 (13,0-13,2)	46,2 (45,5-46,9)	29,6 (29,5-29,7)
2016	31,0 (30,4-31,7)	13,1 (13,0-13,2)	46,2 (45,5-46,9)	28,7 (28,6-28,8)
2017	32,1 (31,5-32,8)	13,3 (13,2-13,4)	44,3 (43,6-45)	26,2 (26,1-26,3)
2018	31,8 (31,1-32,4)	13,0 (12,9-13,1)	44,5 (43,9-45,2)	26,0 (25,9-26,1)
2019	32,5 (31,8-33,1)	12,5 (12,4-12,6)	44,8 (44,2-45,5)	25,4 (25,3-25,5)

* Ajustements selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Tableau 4 Utilisation des services hospitaliers (réadmission dans les 30 jours ou nombre moyen de jours hospitalisés), dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019

Année	Proportion ajustée* pour l'âge de personnes avec au moins une réadmission dans les 30 jours du congé de l'hôpital (%) (Intervalle de confiance à 99 %)		Nombre moyen de jours hospitalisés ajusté* pour l'âge (Intervalle de confiance à 99 %)	
	Population avec diagnostic	Population sans diagnostic	Population avec diagnostic	Population sans diagnostic
2000	6,5 (5,9-7,1)	2,5 (2,4-2,5)	32,9 (32,8-33,0)	19,9 (19,9-19,9)
2001	6,2 (5,7-6,7)	2,3 (2,3-2,4)	33,8 (33,7-34,0)	19,9 (19,9-20,0)
2002	5,2 (4,7-5,6)	2,2 (2,2-2,2)	35,5 (35,4-35,6)	20,1 (20,1-20,2)
2003	5,6 (5,2-6,1)	2,2 (2,2-2,3)	34,4 (34,2-34,5)	19,9 (19,9-19,9)
2004	5,3 (4,9-5,8)	2,2 (2,2-2,2)	33,7 (33,6-33,8)	19,5 (19,5-19,6)
2005	5,3 (4,9-5,8)	2,1 (2,1-2,2)	33,2 (33,1-33,3)	19,2 (19,2-19,2)
2006	5,9 (5,5-6,4)	2,1 (2,0-2,1)	33,9 (33,8-34,0)	19,0 (18,9-19,0)
2007	5,3 (4,9-5,7)	2,0 (1,9-2,0)	34,5 (34,4-34,6)	18,9 (18,9-18,9)
2008	5,2 (4,8 -5,6)	2,0 (1,9-2,0)	34,7 (34,6-34,8)	18,8 (18,8-18,8)
2009	5,2 (4,9-5,6)	1,9 (1,8-1,9)	35,0 (34,9-35,1)	18,6 (18,6-18,7)
2010	5,4 (5,0-5,7)	1,9 (1,8-1,9)	34,1 (34,0-34,2)	18,4 (18,3-18,4)
2011	5,7 (5,3-6,0)	1,9 (1,9-1,9)	34,2 (34,2-34,3)	17,9 (17,9-18,0)
2012	5,4 (5,0-5,7)	1,9 (1,9-1,9)	33,9 (33,8-34,0)	17,6 (17,6-17,6)
2013	5,6 (5,3-5,9)	1,9 (1,9-1,9)	33,4 (33,3-33,5)	17,2 (17,1-17,2)
2014	5,7 (5,3-6,0)	1,9 (1,9-1,9)	32,2 (32,1-32,3)	16,7 (16,7-16,7)
2015	5,4 (5,1-5,8)	1,9 (1,8-1,9)	32,0 (31,9-32,1)	16,5 (16,5-16,5)
2016	5,6 (5,3-5,9)	1,8 (1,8-1,9)	31,3 (31,2-31,4)	16,0 (16,0-16,1)
2017	6,0 (5,7-6,4)	1,9 (1,9-2,0)	27,3 (27,3-27,4)	15,5 (15,5-15,5)
2018	6,0 (5,7-6,3)	1,8 (1,8-1,9)	28,1 (28,0-28,2)	15,4 (15,4-15,5)
2019	6,3 (6,0-6,7)	1,8 (1,7-1,8)	29,1 (29,0-29,2)	14,9 (14,9-14,9)

* Ajustements selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Tableau 5 Proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs de benzodiazépines, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019

Années	<i>Population avec diagnostic</i>		<i>Population sans diagnostic</i>	
	Nombre	Proportion ajustée* pour l'âge (%) (Intervalle de confiance à 99 %)	Nombre	Proportion ajustée* pour l'âge (%) (Intervalle de confiance à 99 %)
2000	9 955	26,0 (25,1-27,0)	276 245	30,1 (30,0-30,3)
2001	11 625	26,4 (25,5-27,3)	275 590	29,7 (29,6-29,8)
2002	12 850	26,1 (25,2-27,0)	272 350	29,0 (28,9-29,1)
2003	13 990	25,9 (25,1-26,8)	271 545	28,5 (28,3-28,6)
2004	14 995	25,5 (24,7-26,4)	268 850	27,7 (27,6-27,8)
2005	15 685	25,0 (24,2-25,8)	267 915	27,1 (27,0-27,2)
2006	17 580	25,4 (24,6-26,2)	268 910	26,6 (26,5-26,7)
2007	18 595	25,1 (24,3-25,8)	267 890	25,9 (25,8-26,0)
2008	19 875	25,3 (24,6-26,1)	268 855	25,3 (25,2-25,4)
2009	20 890	24,7 (24,0-25,4)	269 660	24,7 (24,6-24,8)
2010	21 960	24,5 (23,8-25,2)	271 155	24,1 (24,0-24,3)
2011	22 785	24,4 (23,7-25,1)	271 535	23,4 (23,3-23,5)
2012	23 455	23,7 (23,1-24,4)	270 495	22,6 (22,5-22,7)
2013	23 725	23,0 (22,4-23,6)	269 380	21,8 (21,7-21,9)
2014	24 105	22,1 (21,5-22,7)	267 790	20,9 (20,8-21,0)
2015	23 275	21,2 (20,6-21,8)	263 710	20,0 (19,9-20,0)
2016	23 180	20,6 (20,0-21,1)	260 720	19,1 (19,0-19,2)
2017	22 440	19,4 (18,8-19,9)	254 425	18,0 (17,9-18,1)
2018	21 690	18,3 (17,8-18,8)	245 950	16,8 (16,8-16,9)
2019	20 655	17,2 (16,7-17,7)	238 015	15,7 (15,7-15,8)

* Ajustements selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Tableau 6 Proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs d'antipsychotiques, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019

Année	<i>Population avec diagnostic</i>		<i>Population sans diagnostic</i>	
	Nombre	Proportion ajustée* pour l'âge (%) (Intervalle de confiance à 99 %)	Nombre	Proportion ajustée* pour l'âge (%) (Intervalle de confiance à 99 %)
2000	8 040	21,1 (20,2-22,0)	23 185	2,6 (2,5-2,6)
2001	9 610	22,2 (21,4-23,1)	25 110	2,7 (2,7-2,8)
2002	11 105	23,0 (22,2-23,9)	26 435	2,9 (2,8-2,9)
2003	12 310	23,3 (22,5-24,2)	28 245	3,0 (2,9-3,0)
2004	13 885	24,5 (23,7-25,3)	30 230	3,2 (3,1-3,2)
2005	15 285	25,5 (24,7-26,3)	32 260	3,3 (3,2-3,3)
2006	16 780	25,6 (24,8-26,4)	33 880	3,4 (3,3-3,4)
2007	17 780	25,4 (24,6-26,2)	36 935	3,6 (3,5-3,6)
2008	18 900	25,7 (25,0-26,5)	38 775	3,6 (3,6-3,7)
2009	20 210	26,1 (25,3-26,8)	41 885	3,8 (3,8-3,9)
2010	21 980	26,9 (26,2-27,6)	45 120	4,0 (3,9-4,0)
2011	23 540	27,8 (27,1-28,5)	48 485	4,1 (4,1-4,2)
2012	24 955	28,1 (27,4-28,8)	51 740	4,3 (4,2-4,3)
2013	26 110	28,4 (27,7-29,1)	55 115	4,4 (4,3-4,4)
2014	27 415	28,3 (27,6-29,0)	60 065	4,6 (4,5-4,6)
2015	27 610	28,2 (27,5-28,8)	63 915	4,7 (4,7-4,8)
2016	28 595	28,5 (27,8-29,1)	68 035	4,9 (4,8-4,9)
2017	28 880	28,0 (27,3-28,6)	72 315	5,0 (4,9-5,0)
2018	28 885	27,6 (27,0-28,3)	76 085	5,1 (5,0-5,1)
2019	29 110	27,3 (26,7-27,9)	80 270	5,2 (5,1-5,2)

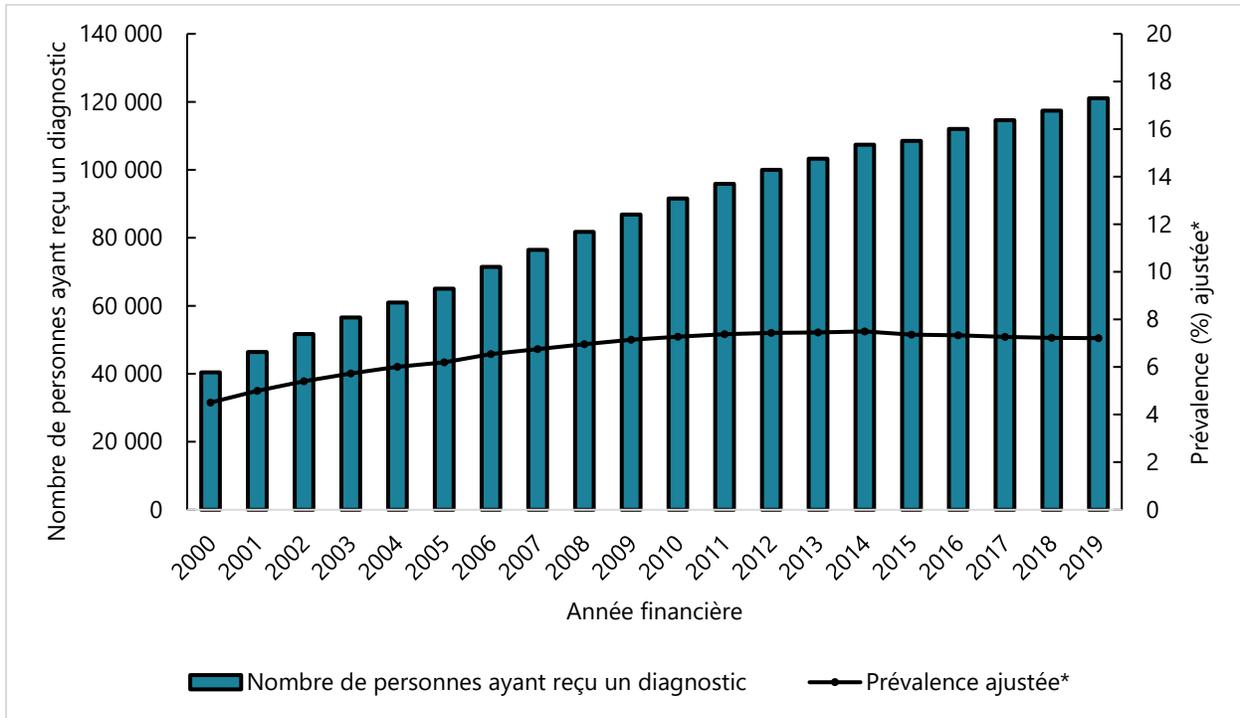
* Ajustements selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Tableau 7 Proportion ajustée pour l'âge d'utilisateurs d'antidépresseurs, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019

Année	<i>Population avec diagnostic</i>		<i>Population sans diagnostic</i>	
	Nombre	Proportion ajustée* pour l'âge (%) (Intervalle de confiance à 99 %)	Nombre	Proportion ajustée* pour l'âge (%) (Intervalle de confiance à 99 %)
2000	6 460	20,1 (19,2-21,1)	97 945	10,6 (10,5-10,7)
2001	8 125	21,6 (20,7-22,5)	105 045	11,2 (11,1-11,3)
2002	9 795	23,2 (22,3-24,1)	110 850	11,7 (11,6-11,8)
2003	11 240	24,0 (23,1-24,9)	117 765	12,3 (12,2-12,4)
2004	12 825	24,9 (24,0-25,7)	121 375	12,5 (12,4-12,5)
2005	14 145	25,8 (24,9-26,6)	127 960	12,9 (12,8-13,0)
2006	16 580	27,4 (26,6-28,3)	134 345	13,2 (13,1-13,3)
2007	18 355	28,2 (27,4-29,0)	140 900	13,5 (13,5-13,6)
2008	20 480	29,6 (28,8-30,4)	148 740	13,9 (13,8-14,0)
2009	22 580	30,4 (29,7-31,2)	157 385	14,3 (14,2-14,4)
2010	24 430	31,1 (30,4-31,9)	164 760	14,5 (14,4-14,6)
2011	26 235	32,3 (31,6-33,1)	174 965	14,9 (14,8-15,0)
2012	27 970	32,5 (31,8-33,2)	185 720	15,3 (15,2-15,3)
2013	29 710	33,5 (32,8-34,2)	196 275	15,6 (15,5-15,7)
2014	31 770	34,2 (33,5-34,9)	208 150	16,0 (15,9-16,0)
2015	32 955	35,1 (34,5-35,8)	220 765	16,4 (16,3-16,4)
2016	34 900	36,1 (35,5-36,8)	236 640	17,0 (16,9-17,0)
2017	36 565	36,6 (35,9-37,3)	252 370	17,5 (17,4-17,6)
2018	38 400	37,5 (36,8-38,2)	267 075	17,9 (17,8-18,0)
2019	40 385	38,0 (37,3-38,6)	283 395	18,4 (18,3-18,4)

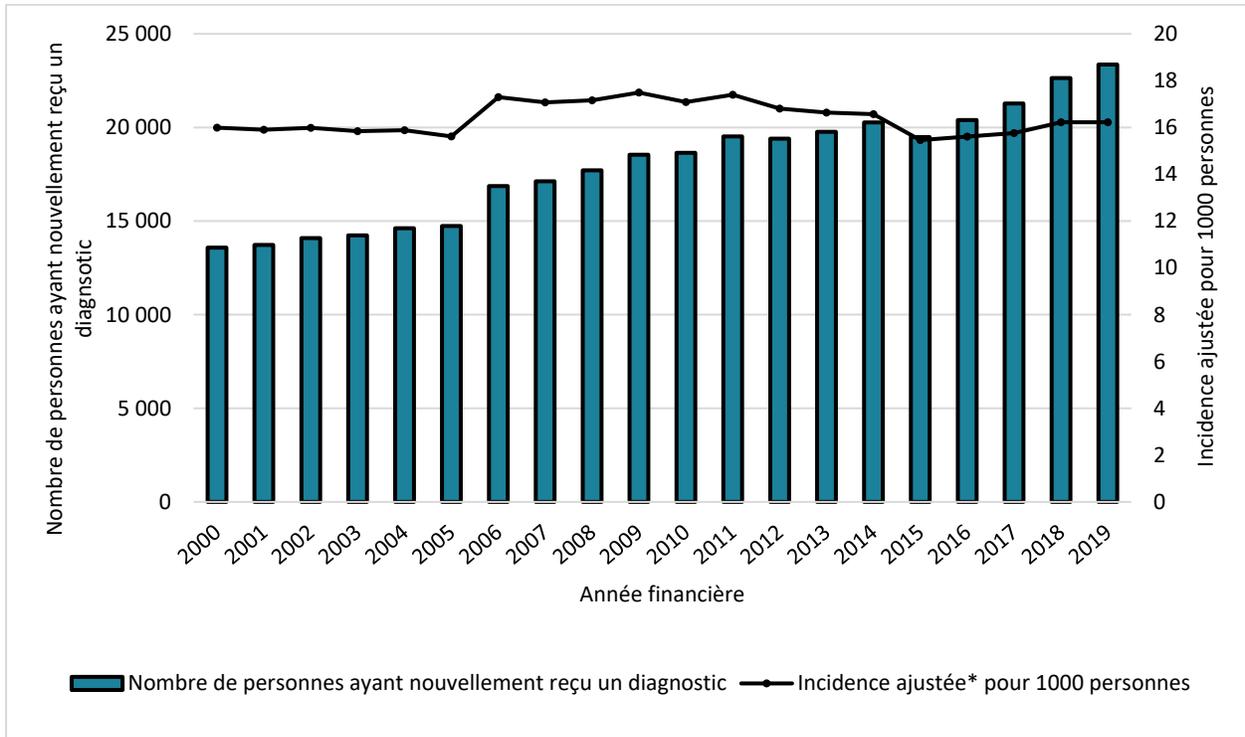
* Ajustements selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Figure 7 Prévalence ajustée pour l'âge et nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs, dans la population de 65 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019



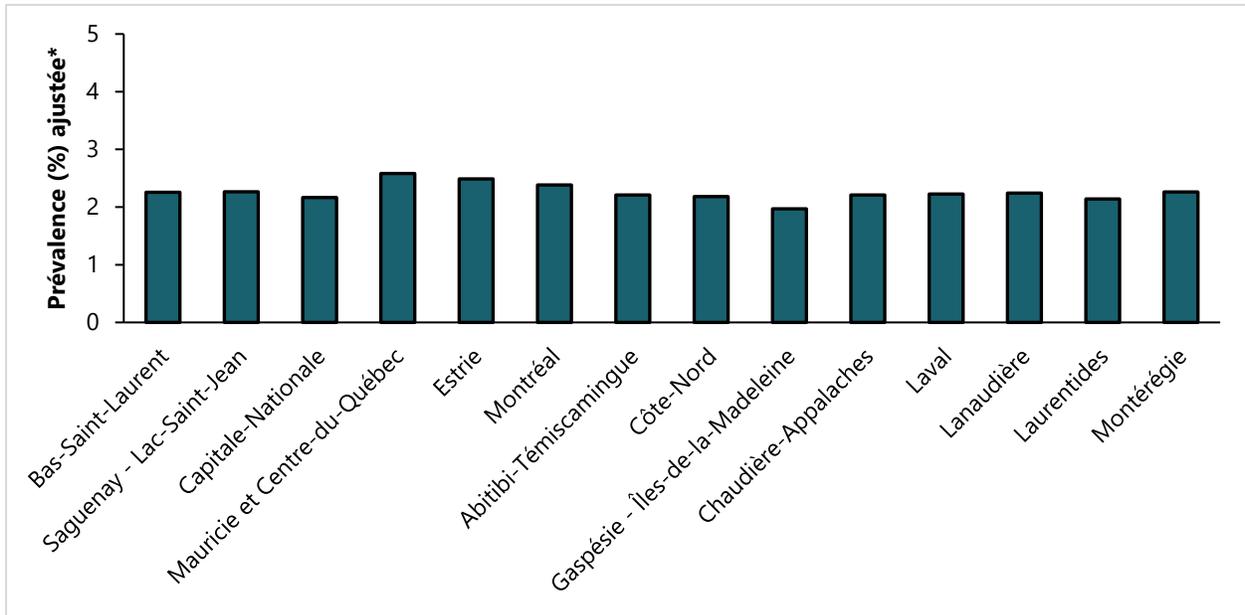
* Prévalence ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Figure 8 Incidence ajustée pour l'âge et nombre de personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs dans la population de 65 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019



* Incidence ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

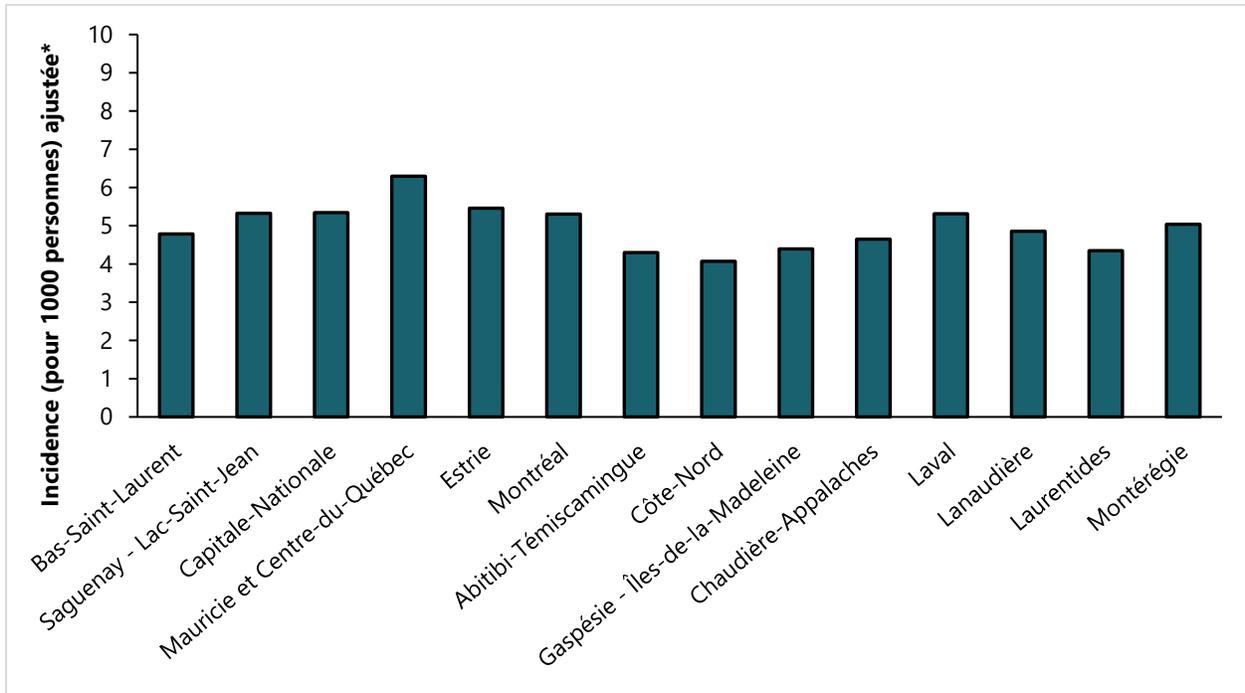
Figure 9 Prévalence ajustée* pour l'âge des troubles neurocognitifs majeurs dans la population de 40 ans et plus, par régions sociosanitaires, Québec, année financière 2019



* Prévalence ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Les résultats pour les régions de l'Outaouais (07), du Nord-du-Québec (10), du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) ne sont pas présentés, car leurs données sont incomplètes.

Figure 10 Incidence ajustée* pour l'âge des troubles neurocognitifs majeurs dans la population de 40 ans et plus, par régions sociosanitaires, Québec, année financière 2019



* Incidence ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Les résultats pour les régions de l'Outaouais (07), du Nord-du-Québec (10), du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) ne sont pas présentés, car leurs données sont incomplètes.

Figure 11 Prévalence des troubles neurocognitifs majeurs dans la population de 40 ans et plus par âge, Québec, année financière 2019

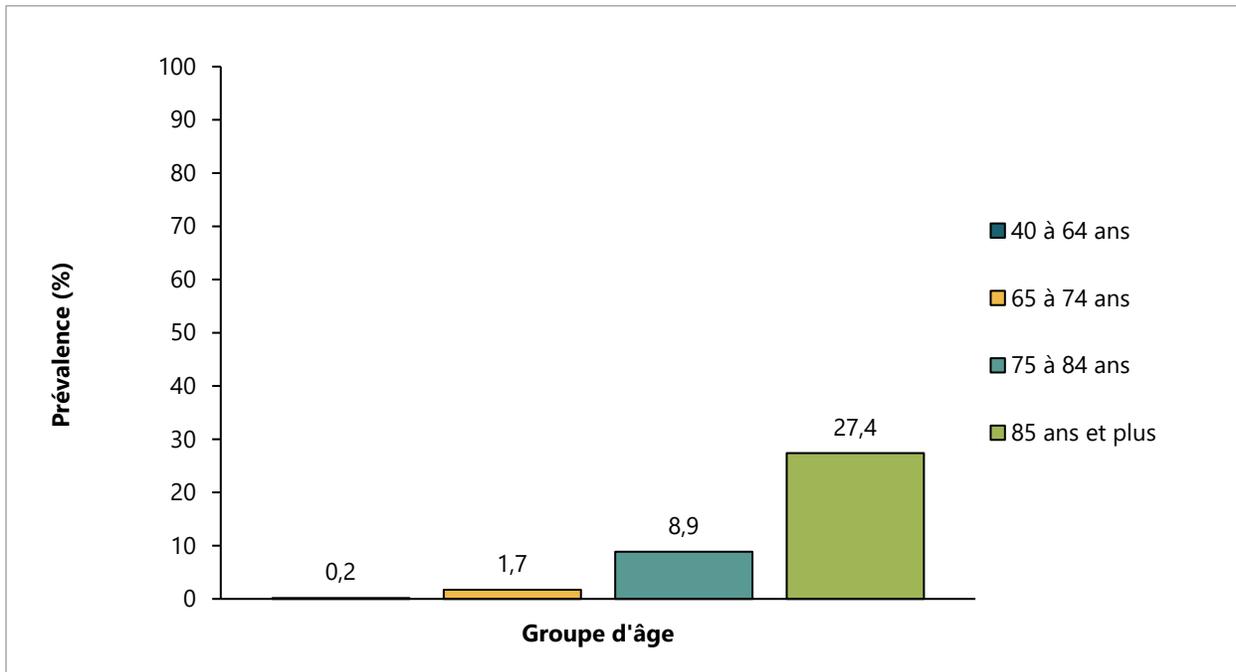


Figure 12 Incidence des troubles neurocognitifs majeurs dans la population de 40 ans et plus par âge, Québec, année financière 2019

