



Priorités partagées en santé : indicateurs de la deuxième année

Notes méthodologiques

Août 2020



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

icis.ca

droitdauteur@icis.ca

© 2020 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Priorités partagées en santé : indicateurs de la deuxième année — notes méthodologiques*. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

This publication is also available in English under the title *Shared Health Priorities Year 2 Indicators — Methodology Notes*.

Table des matières

Blessures auto-infligées, incluant le suicide	4
Description et calcul de l'indicateur	4
Contexte, interprétation et points de référence	5
Disponibilité des sources de données et résultats	6
Mise à jour des résultats	6
Énoncé de qualité	6
Détresse des aidants naturels	7
Description et calcul de l'indicateur	7
Contexte, interprétation et points de référence	9
Disponibilité des sources de données et résultats	9
Mise à jour des résultats	10
Énoncé de qualité	10
Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile.....	11
Description et calcul de l'indicateur	11
Contexte, interprétation et points de référence	13
Disponibilité des sources de données et résultats	14
Mise à jour des résultats	14
Énoncé de qualité	15
Annexe A : Description des clients des services à domicile — Définition du numérateur	16
Annexe B : Échelles de résultats du RAI-MDS 2.0©	18

Blessures auto-infligées, incluant le suicide

Description et calcul de l'indicateur

Description	Taux d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées et de décès découlant de blessures auto-infligées (suicides), par 100 000 habitants de 10 ans et plus Pour en savoir plus, consultez le document Notes méthodologiques générales
Calcul : description	(Nombre total d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées ne menant pas au décès chez les 10 ans et plus + Nombre total de suicides chez les 10 ans et plus) ÷ Population totale âgée de 10 ans et plus à la mi-année × 100 000
Calcul : affectation géographique	Lieu de résidence.
Calcul : type de mesure	Taux par 100 000
Calcul : ajustement	Les taux des indicateurs provinciaux sont ajustés selon l'âge.
Calcul : méthode d'ajustement	L'ajustement selon l'âge repose sur 4 groupes d'âge : 10 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. Pour chaque province, les taux des indicateurs selon l'âge sont calculés pour les 4 groupes d'âge. Les résultats des indicateurs provinciaux correspondent à la somme pondérée de ces taux. Les facteurs de pondération sont déterminés en fonction de la structure d'âge de la population canadienne en 2011 (à la mi-année).
Dénominateur	Description : Population totale âgée de 10 ans et plus à la mi-année
Numérateur	<p>Description :</p> <p>Nombre total d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées et de décès découlant de blessures auto-infligées (suicides) chez les 10 ans et plus</p> <p>Inclusions :</p> <ol style="list-style-type: none"> Admission à l'hôpital avec un diagnostic de blessure auto-infligée (diagnostic de type 9, codes X60 à X84 de la CIM-10-CA) chez les patients de 10 ans et plus dont le sexe est inscrit comme masculin ou féminin, qui obtiennent ensuite leur congé <ul style="list-style-type: none"> Comprend les codes de type d'établissement analytique de la Base de données sur les congés des patients (BDPC) 1 (hôpital général) ou 5 (hôpital psychiatrique) Comprend les cas du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) dont le séjour a débuté par une visite au service d'urgence en raison d'une blessure auto-infligée (codes X60 à X84 dans le Système national d'information sur les soins ambulatoires [SNISA]) et dont l'admission a eu lieu dans les 7 jours Décès découlant de blessures auto-infligées (cause sous-jacente du décès : codes X60 à X84, Y87.0), dont les données proviennent de l'état civil de Statistique Canada

Numérateur (suite)	<p><i>Autres remarques sur les inclusions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des épisodes ont été formés pour qu'on puisse tenir compte de multiples abrégés consignés pour un même épisode de soins. • Les données de l'état civil sont présentées selon l'année civile et les données de la BDCP, selon l'exercice financier. Chaque fichier de données couvre une période de 12 mois, mais les mois de janvier à mars ne concordent pas. • À l'heure actuelle, nous ne sommes pas en mesure de déterminer le taux pour les patients dont le sexe n'est pas inscrit comme masculin ou féminin dans les données. <p>Exclusions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patients dont l'état à la sortie indiquait l'aide médicale à mourir. Les données de 2018 comptaient moins de 10 de ces cas.
---------------------------	--

Contexte, interprétation et points de référence

Justification	<p>Une blessure auto-infligée se dit d'une blessure corporelle volontaire ou d'une auto-intoxication qui peut entraîner ou non la mort. Le suicide représente un résultat d'une blessure auto-infligée.</p> <p>Sans égard à l'intention de suicide, les gestes d'automutilation signalent de mauvais résultats et une détresse grave chez une population. Une mesure qui tient compte à la fois des blessures auto-infligées et des suicides permet d'éclairer le lien entre ce type de blessures et l'accès aux services communautaires en santé mentale. Bien que certains facteurs de risque liés aux blessures auto-infligées échappent au contrôle du système de santé, un indicateur combiné peut signaler un accès insuffisant aux services de santé mentale à l'échelle du pays.</p>
Interprétation	<p>Un faible taux est souhaitable puisqu'il indique une faible prévalence de blessures auto-infligées graves.</p> <p>Cet indicateur inclut les cas de blessures auto-infligées liées ou non au suicide tirés des données sur les hospitalisations.</p> <p>L'indicateur ne tient compte que des cas tirés des données sur les hospitalisations où des blessures auto-infligées ont été consignées par un médecin ou un coroner dans le dossier médical ou codifiées dans l'abrégé du patient. Les blessures codifiées comme accidentelles ou de nature non déterminée sont exclues, même si certaines de ces blessures peuvent avoir été intentionnelles. Par conséquent, l'indicateur sous-estime le nombre réel d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées et le taux devrait être considéré comme le minimum pour ce type de blessures.</p>
Dimension du cadre de PSS	Extrants du système de santé : accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure
Nature des besoins	Sans objet
Objectifs et points de référence	Sans objet
Références	Sans objet

Disponibilité des sources de données et résultats

Sources des données	BDCP, BDMH, SIOSM, SNISA, Base de données sur les décès de la Statistique de l'état civil
Années de données disponibles	Type d'année : exercice financier (selon l'année de la date de sortie ou de la date de décès) Première année de données disponibles : 2018 Dernière année de données disponibles : 2018
Couverture géographique	Ensemble des provinces et des territoires
Niveau de déclaration et désagrégation	Pays, province et territoire, sexe

Mise à jour des résultats

Fréquence de mise à jour	Chaque année
Résultats de l'indicateur	URL : https://www.cihi.ca/fr/mesure-de-lacces-aux-services-prioritaires
Mises à jour	Sans objet

Énoncé de qualité

Mises en garde et limites	<p>Cet indicateur exclut les cas de blessures auto-infligées qui ne mènent pas à une admission à l'hôpital ou au décès. Les blessures auto-infligées pour lesquelles aucune aide médicale n'est demandée, ou les cas de visites auprès d'un dispensateur de soins de santé primaires ou au service d'urgence seulement ne seront pas pris en compte. Cet indicateur ne doit donc pas servir à estimer la prévalence des blessures auto-infligées à l'échelle de la population générale.</p> <p>Les données sur les décès de janvier à mars 2019 sont estimées en fonction des taux de janvier à mars 2018, à des fins d'harmonisation de la période de référence avec les données les plus récentes sur les hospitalisations. On estime que les décès par suicide pour ces 3 mois correspondent à environ 4 % du numérateur de l'indicateur (en fonction des données de 2017).</p>
Problèmes relatifs à l'établissement des tendances	Les données de 2018 sur les décès au Yukon proviennent directement du Bureau des statistiques du Yukon.
Commentaires	<p>Les patients dont le code postal n'est pas valide dans la Base de données sur les congés des patients-Base de données sur la morbidité hospitalière (BDCP-BDMH) ou dans le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) sont exclus du numérateur des provinces, mais inclus dans le numérateur du Canada. Les patients désignés comme sans-abris (code de diagnostic Z59.0 ou code postal XX dans la BDCP-BDMH, ou code de lieu de résidence 8 dans le SIOSM) font exception : ils sont affectés à la province de l'établissement visité.</p> <p>Cet indicateur s'inscrit dans les Priorités partagées en santé, qui mesurent l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires.</p> <p>Pour en savoir plus sur cet indicateur, voyez le rapport complémentaire sur la page Web Mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services en santé mentale et en toxicomanie au Canada.</p>

Détresse des aidants naturels

Description et calcul de l'indicateur

Description	<p>Pourcentage des clients des services à domicile de longue durée dont les aidants naturels éprouvent de la détresse au cours d'une année (pourcentage ajusté selon les risques)</p> <p>On entend par aidant naturel une personne non rémunérée, aussi appelée « proche aidant », qui prodigue des soins à une personne qui a besoin d'aide en raison d'une déficience physique ou cognitive, d'une blessure ou d'une maladie chronique réduisant l'espérance de vie. L'aidant peut être un conjoint, un enfant ou enfant par alliance, un autre parent, un voisin ou un ami vivant ou non avec le client.</p> <p>L'aidant naturel en détresse est défini comme étant l'aidant principal qui exprime des sentiments de détresse, de colère ou de dépression et/ou tout aidant qui n'est pas en mesure de continuer à prodiguer des soins.</p> <p>Selon la définition de cet indicateur, les clients de longue durée sont ceux qui reçoivent déjà des services à domicile depuis au moins 60 jours.</p> <p>Lorsqu'un client fait l'objet d'au moins 2 évaluations de services à domicile au cours d'une année donnée, l'analyse tient compte de la dernière évaluation.</p>
Calcul : description	<p>Taux non ajusté</p> <p>Nombre total de clients des services à domicile dont l'aidant naturel éprouve de la détresse ÷ Nombre total de clients des services à domicile ayant un aidant naturel × 100</p> <p>Unité d'analyse : client des services à domicile</p>
Calcul : affectation géographique	Lieu de résidence — province ou territoire
Calcul : type de mesure	Pourcentage ou proportion
Calcul : ajustement	<p>Ajustement</p> <p>Covariables utilisées pour l'ajustement selon les risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échelle hiérarchique d'autoperformance des activités de la vie quotidienne (hiérarchie des AVQ) • Échelle de rendement cognitif (CPS) • Échelle de mesure des changements de l'état de santé, des maladies en phase terminale, des signes et des symptômes (CHESS)
Calcul : méthode d'ajustement	Normalisation indirecte au moyen de la régression logistique

<p>Dénominateur</p>	<p>Description : Nombre total de clients des services à domicile de longue durée qui avaient un aidant naturel au moment de leur dernière évaluation au cours d'une année donnée</p> <p>Inclusions : Évaluations à l'aide de l'instrument d'évaluation des résidents — services à domicile (RAI-HC) ou de l'instrument SD interRAI comportant ce qui suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Âge valide, numéro d'assurance maladie (NAM), date de l'évaluation, date d'ouverture du dossier et code de client 2. Échelle CPS, hiérarchie des AVQ et notes sur l'échelle CHES 3. Client des services à domicile dont on sait qu'il a un aidant naturel <p>Exclusions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluations dont la raison est une évaluation initiale 2. Évaluations effectuées moins de 60 jours après la date d'ouverture du dossier 3. Évaluations effectuées dans un milieu hospitalier 4. Évaluations de clients âgés de moins de 18 ans 5. Évaluations dont la date n'est pas la plus récente, si le client a été l'objet de plus d'une évaluation durant un exercice financier
<p>Numérateur</p>	<p>Description : Nombre total de clients des services à domicile qui, au moment de leur dernière évaluation dans l'année en cours, ont un aidant naturel qui éprouve de la détresse</p> <p>Inclusions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluations comprenant les valeurs suivantes : <ol style="list-style-type: none"> a. Statut de l'aidant naturel codifié par <i>Ne peut plus prodiguer de soins</i> ou b. Statut de l'aidant principal codifié par <i>Exprime des sentiments de détresse, de colère ou de dépression</i>

Contexte, interprétation et points de référence

Justification	Cette mesure peut indiquer si les personnes recevant des services à domicile et leurs aidants ont accès à un soutien et des services suffisants et appropriés. Elle peut aussi aider à déterminer si des ressources additionnelles pourraient prévenir l'épuisement des aidants naturels et permettraient aux personnes dont ils prennent soin de rester à la maison le plus longtemps possible. Il peut s'agir, par exemple, d'offrir un plus grand nombre d'heures de soutien à domicile et de types de services (repas, tâches ménagères, services de relève) et de faciliter le cheminement dans le système.
Interprétation	Un faible taux est souhaitable.
Dimension du cadre de PSS	Extrants du système de santé : Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure
Nature des besoins	Vivre avec une maladie, une incapacité ou une capacité réduite
Objectifs et points de référence	Sans objet
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. interRAI. Scales: Status and outcome measures. Consulté le 16 avril 2018. 2. Institut canadien d'information sur la santé. Le soutien aux aidants naturels au cœur des services à domicile. Analyse en bref. 2010. 3. Qualité des services de santé Ontario. La réalité des personnes soignantes : la détresse chez les personnes soignantes de patients recevant des soins à domicile. 2016. 4. Betini RSD, Hirdes JP, Lero DS, Cadell S, Poss J, Heckman G. A longitudinal study looking at and beyond care recipient health as a predictor of long-term care home admission. <i>BMC Health Services Research</i>. 2017.

Disponibilité des sources de données et résultats

Sources des données	Données du RAI-HC et du SD interRAI disponibles à l'ICIS
Années de données disponibles	<p>Type d'année : exercice</p> <p>Première année de données disponibles : 2018-2019</p> <p>Dernière année de données disponibles : 2018-2019</p>
Couverture géographique	Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Ontario, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique, Yukon
Niveau de déclaration et désagrégation	Pays, province et territoire

Mise à jour des résultats

Fréquence de mise à jour	Chaque année
Résultats de l'indicateur	URL : https://www.cihi.ca/fr/mesure-de-lacces-aux-services-prioritaires
Mises à jour	Sans objet

Énoncé de qualité

Mises en garde et limites	<ul style="list-style-type: none"> • Cet indicateur ne tient pas compte des expériences des personnes qui ne reçoivent pas de services à domicile ni de soins communautaires. • Les clients qui reçoivent des services à domicile en résidence avec services, logement supervisé, résidence de soins communautaires ou maison de retraite privée sont inclus. Il est important de noter que le rôle et la détresse des aidants de personnes ne vivant pas dans leur propre domicile peuvent être différents par rapport à ceux des aidants de personnes vivant chez elles. • Les clients des services à domicile dont on estime qu'il reste moins de 6 mois à vivre sont pris en compte par cet indicateur, quoique leur proportion (2 %) soit négligeable. • L'accès aux soins varie d'une autorité compétente à l'autre.
Problèmes relatifs à l'établissement des tendances	Sans objet
Commentaires	<p>Cet indicateur s'inscrit dans les Priorités partagées en santé, qui mesurent l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires.</p> <p>Pour en savoir plus sur cet indicateur, voyez le rapport complémentaire sur la page Web Mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services en santé mentale et en toxicomanie au Canada.</p>

Nouveaux résidents en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins à domicile

Description et calcul de l'indicateur

Description	<p>Pourcentage des résidents nouvellement admis en soins de longue durée qui présentent un profil clinique semblable à celui des clients recevant des soins à domicile avec le soutien formel approprié.</p> <p>Le soutien formel à domicile peut comprendre, par exemple, une aide dans les activités de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller, se nourrir ou utiliser les toilettes.</p>
Calcul : description	<p>Taux non ajusté :</p> <p>(Nombre total de résidents nouvellement admis dans un établissement de soins de longue durée dont l'instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 [RAI-MDS 2.0] révèle des caractéristiques cliniques semblables à celles des clients des services à domicile qui fonctionnent bien dans la collectivité avec un soutien formel) ÷ (Nombre total de résidents nouvellement admis qui ont fait l'objet d'une évaluation durant un exercice donné) × 100</p> <p>Pour en savoir plus, consultez les annexes.</p>
Calcul : affectation géographique	Lieu de résidence ou de prestation des services
Calcul : type de mesure	Pourcentage ou proportion
Calcul : ajustement	<p>Ajustement :</p> <p>Autre</p> <p>Taux ajusté :</p> <p>Covariables utilisées pour l'ajustement selon les risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Covariables individuelles : groupe d'âge, sexe, diagnostic de schizophrénie, diagnostic de trouble bipolaire, et le fait de vivre seul avant l'admission en soins de longue durée
Calcul : méthode d'ajustement	<p>Méthode d'ajustement :</p> <p>Régression logistique</p>

<p>Dénominateur</p>	<p>Description :</p> <p>Nombre total de résidents nouvellement admis en soins de longue durée (nouveaux cas, définis comme étant les personnes n'ayant pas résidé dans un établissement de soins de longue durée au cours des 92 jours précédents*) qui ont fait l'objet d'une évaluation RAI-MDS 2.0 durant un exercice donné.</p> <p>* Pour les périodes de soins en cours, une évaluation doit être effectuée dans les 92 jours suivant l'évaluation précédente. Pour que les résidents nouvellement admis en soins de longue durée soient bien identifiés, ceux qui ont fait l'objet d'une évaluation au cours du trimestre précédent ont été exclus.</p> <p>Inclusions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluations effectuées dans un établissement de soins de longue durée (SECTOR_CODE = 4) 2. Sexe inscrit : masculin ou féminin 3. Première évaluation effectuée durant un exercice pour les résidents n'ayant pas reçu de soins dans un établissement de soins de longue durée au cours des 92 jours précédents 4. Code de la province ou du territoire disponible <p>Exclusions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluations effectuées dans le secteur des soins de longue durée en milieu hospitalier 2. Résidents n'ayant subi aucune évaluation servant à définir le numérateur (échelle de rendement cognitif, échelle hiérarchique d'autoperformance dans les AVQ (activités de la vie quotidienne), chutes, violence physique ou verbale, errance) 3. Résidents n'ayant pas d'entrée valide relative à l'âge, à un diagnostic de schizophrénie, à un diagnostic de trouble bipolaire et à la situation de vie avant l'admission (covariables utilisées pour l'ajustement selon les risques). 4. Résidents admis pour un séjour de courte durée <ol style="list-style-type: none"> a. Sortie prévue dans les 90 jours (Q1C_STAY_SHORT_DURATION = 1 ou 2) b. Durée du séjour à la sortie du résident (DISCHARGE_LOS_DAYS ≤ 120 jours)
<p>Numérateur</p>	<p>Description :</p> <p>Nombre total de résidents nouvellement admis en soins de longue durée (nouveaux cas) dont l'évaluation RAI-MDS 2.0 révèle des caractéristiques cliniques semblables à celles des clients des services à domicile qui fonctionnent bien dans la collectivité avec un soutien formel, défini par les inclusions ci-dessous.</p> <p>Inclusions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Résidents d'un établissement de soins de longue durée dont l'évaluation révèle la combinaison de caractéristiques suivante : <ol style="list-style-type: none"> a) Résultat sur l'échelle de rendement cognitif = 0, 1 ou 2 b) Résultat sur l'échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) = 0, 1 ou 2 c) Aucune chute depuis 30 jours d) Aucune agressivité physique depuis 7 jours* e) Aucune agressivité verbale depuis 7 jours* f) Aucune errance depuis 7 jours* <p>* La date de référence de l'évaluation, pour tous les éléments d'évaluation du RAI-MDS 2.0, se situe à la fin de la période d'observation. Pour la plupart de ces éléments, la période rétrospective est de 7 jours.</p> <p>Pour en savoir plus, consultez les annexes.</p>

Contexte, interprétation et points de référence

Justification	<p>Reporter ou prévenir l'admission en soins de longue durée des personnes dont les besoins pourraient être comblés dans le cadre de programmes de services à domicile aide à</p> <ul style="list-style-type: none"> • améliorer l'expérience des clients, en respectant la volonté de la plupart des personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible; • veiller à ce que les établissements de soins de longue durée puissent se concentrer sur les résidents dont les besoins sont plus complexes.
Interprétation	<p>Un pourcentage faible est souhaitable.</p> <p>Un pourcentage élevé indique qu'un grand nombre de résidents nouvellement admis en soins de longue durée auraient pu demeurer chez eux s'ils avaient reçu le soutien formel approprié.</p> <p>Cet indicateur peut aider à</p> <ul style="list-style-type: none"> • montrer les circonstances dans lesquelles des services de soutien à domicile additionnels pourraient favoriser le report ou prévenir l'admission précoce en soins de longue durée; • démontrer l'importance d'adopter des politiques et des services de placement efficaces dans l'ensemble du continuum des soins de santé; • soutenir les initiatives qui aident les personnes à rester chez elles le plus longtemps possible.
Dimension du cadre de PSS	<p>Extrants du système de santé : accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure</p>
Nature des besoins	<p>Vivre avec une maladie, une incapacité ou une capacité réduite</p>
Objectifs et points de référence	<p>Sans objet</p>
Références	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Institut canadien d'information sur la santé. <i>Modelling Impact Changes to the Community Care and Assisted Living Act in British Columbia</i>. 2018. 2. Institut canadien d'information sur la santé. Aînés en transition : cheminements dans le continuum des soins. 2017. 3. Gruneir A, Forrester J, Camacho X, et al. Gender differences in home care clients and admission to long-term care in Ontario, Canada: A population-based retrospective cohort study. <i>BMC Geriatrics</i>. 2013. 4. Gaugler J, Yu F, Krichbaum K, et al. Predictors of nursing home admission for persons with dementia. <i>Medical Care</i>. 2009. 5. Jutan NM. Integrating supportive housing into the continuum of care in Ontario. <i>UWSpace</i>. Août 2010. 6. Luppá M, Luck T, Weyerer S, et al. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. <i>Age and Ageing</i>. 2010. 7. Bureau de défense des aînés de la Colombie-Britannique. Home Support: We Can Do Better. 2019.

Disponibilité des sources de données et résultats

Sources des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)
Années de données disponibles	<p>Type d'année : exercice financier (selon la date de l'évaluation)</p> <p>Première année de données disponible : 2018</p> <p>Dernière année de données disponible : 2018</p>
Couverture géographique	<p>Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique, Yukon</p> <p>Pour en savoir plus, consultez les annexes.</p>
Niveau de déclaration et désagrégation	Pays, province et territoire

Mise à jour des résultats

Fréquence de mise à jour	Chaque année
Résultats des indicateurs	URL : https://www.cihi.ca/fr/mesure-de-lacces-aux-services-prioritaires
Mises à jour	Sans objet

Énoncé de qualité

<p>Mises en garde et limites</p>	<p>Cet indicateur constitue un point de départ pour mesurer le pourcentage de résidents nouvellement admis en soins de longue durée qui auraient pu demeurer chez eux s'ils avaient reçu le soutien formel approprié. Il pourra être peaufiné à mesure que s'améliorera la collecte de données dans les provinces et territoires.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les provinces et les territoires offrent différents niveaux de services financés par le secteur public au-delà des soins de longue durée; cet indicateur porte sur les personnes qui pourraient vivre chez elles en recevant du soutien formel à domicile. • Cet indicateur porte uniquement sur les résidents nouvellement admis; d'autres résidents d'établissements de soins de longue durée pourraient aussi recevoir des soins hors de ce milieu si d'autres formes de soutien leur étaient offertes (p. ex. résidence avec services ou services de soutien). • Les données sur cet indicateur ne sont pas couplées, de sorte que nous ne sommes pas en mesure de suivre le cheminement clinique des résidents nouvellement admis en soins de longue durée (p. ex. à partir de l'hôpital ou du milieu communautaire) afin de comprendre leurs besoins avant l'admission en soins de longue durée. • L'instrument d'évaluation des résidents — services à domicile (RAI-HC) © est utilisé pour évaluer les clients, à leur domicile ou dans les établissements communautaires, qui auront vraisemblablement besoin de tels services pendant au moins 60 jours. Cet indicateur pourrait ne pas tenir compte des clients qui ont reçu des soins à domicile pendant moins de 60 jours et qui n'ont donc pas fait l'objet d'une évaluation RAI-HC. • Cet indicateur inclut les données soumises par des établissements publics de soins de longue durée; il exclut celles des établissements privés de soins de longue durée, des résidences avec services ou services de soutien et des maisons de retraite.
<p>Problèmes relatifs à l'établissement des tendances</p>	<p>Sans objet</p>
<p>Commentaires</p>	<p>Cet indicateur s'inscrit dans les Priorités partagées en santé, qui mesurent l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires.</p> <p>Pour en savoir plus sur cet indicateur, voyez le rapport complémentaire sur la page Web Mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services en santé mentale et en toxicomanie au Canada.</p> <p>RAI-MDS 2.0 © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1995, 1997, 1999. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé.</p> <p>RAI-HC © interRAI Corporation, Washington (D.C.), 1994, 1996, 1997, 1999, 2001. Modifié avec permission pour utilisation au Canada en vertu d'une licence accordée à l'Institut canadien d'information sur la santé.</p>

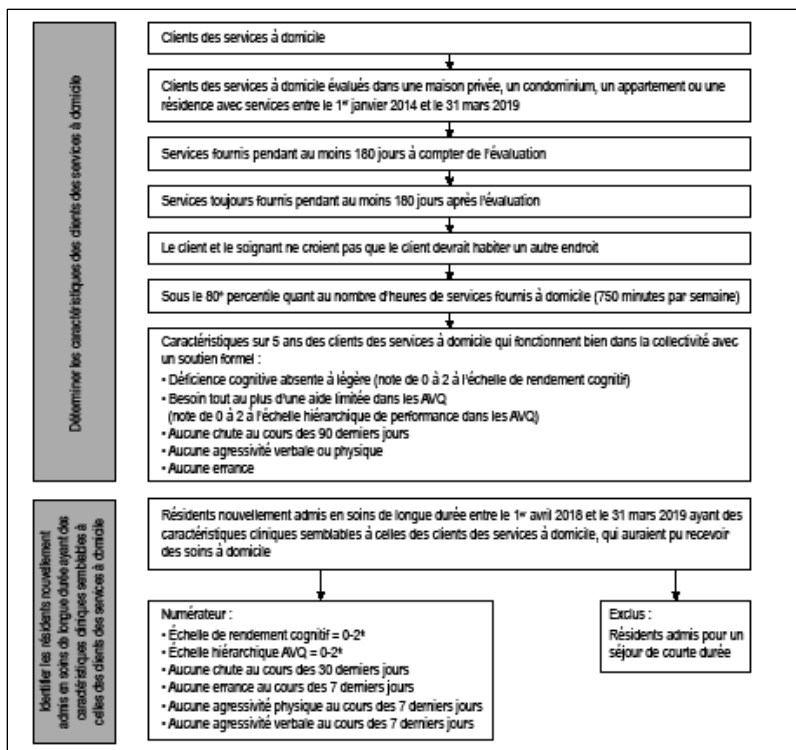
Annexe A : Description des clients des services à domicile — Définition du numérateur

Approche méthodologique : Déterminer les caractéristiques des clients des services à domicile fonctionnant bien à domicile dans le cadre de programmes de services à domicile.

Cet indicateur permet d'identifier les résidents nouvellement admis en soins de longue durée qui présentent un profil clinique semblable à celui des clients recevant des soins à domicile avec le soutien formel approprié. Le soutien formel approprié peut comprendre, par exemple, une aide dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), comme se laver, s'habiller, se nourrir ou utiliser les toilettes.

Les caractéristiques cliniques présentées dans le diagramme ci-dessous représentent le **numérateur** pour cet indicateur.

Figure A1 Caractéristiques cliniques des résidents en soins de longue durée



Remarque

* Voir l'[annexe B : Échelles de résultats du RAI-MDS 2.0©](#).

Texte de remplacement pour la figure A1

Pour déterminer les caractéristiques des clients des services à domicile fonctionnant bien à domicile grâce aux programmes de services à domicile, nous prenons d'abord en considération les clients des services à domicile qui ont été évalués dans une maison privée, un condominium, un appartement ou une résidence avec services entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 mars 2019. À partir de ce groupe, nous ciblons les clients des services à domicile qui ont reçu des services pendant au moins 180 jours à compter de l'évaluation, et qui en ont reçu pendant au moins 180 jours après l'évaluation. Le client et le soignant doivent indiquer qu'ils ne croient pas que le client devrait habiter un autre endroit. Nous déterminons ensuite quels clients parmi ce groupe se situent sous le 80^e percentile pour ce qui est du nombre d'heures de services fournis à domicile (c.-à-d. moins de 750 minutes par semaine).

Nous examinons ensuite les caractéristiques des clients des services à domicile qui, sur une période de 5 ans, fonctionnent bien dans la collectivité avec un soutien formel : déficience cognitive absente à légère (note de 0 à 2 à l'échelle de rendement cognitif); besoin tout au plus d'une aide limitée dans les AVQ (note de 0 à 2 à l'échelle hiérarchique de performance dans les AVQ); aucune chute au cours des 90 derniers jours; aucune agressivité verbale ou physique; aucune errance.

Pour identifier les résidents nouvellement admis en soins de longue durée qui auraient pu recevoir des soins chez eux, nous examinons les résidents nouvellement admis entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019 présentant des caractéristiques cliniques semblables à celles des clients qui fonctionnent bien dans la collectivité avec un soutien formel. Ces caractéristiques cliniques, qui représentent le numérateur de cet indicateur, sont les suivantes : une note de 0 à 2 à l'échelle de rendement cognitif, une note de 0 à 2 à l'échelle hiérarchique de performance dans les AVQ, aucune chute dans les 30 derniers jours, et aucune errance ou agressivité physique ou verbale au cours des 7 derniers jours. Les résidents admis pour un séjour de courte durée sont exclus de cet indicateur. Voir l'[annexe B](#) pour en savoir plus sur les échelles de résultats du RAI-MDS 2.0©.

Annexe B : Échelles de résultats du RAI-MDS 2.0©

Échelles de résultats	Description	Éléments de l'évaluation RAI-MDS 2.0	Éléments de l'évaluation SLD interRAI	Notes
Échelle hiérarchique de performance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)	Cette échelle permet d'évaluer l'évolution de l'invalidité en regroupant les niveaux d'exécution des AVQ en catégories distinctes (perte précoce : hygiène personnelle; perte intermédiaire : utilisation des toilettes et locomotion; perte tardive : alimentation).	Les 4 éléments de l'échelle hiérarchique de performance dans les AVQ : <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène personnelle (G1jA) • Utilisation des toilettes (G1iA) • Déplacement (G1eA) • Alimentation (G1hA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiène personnelle (G1b) • Locomotion (G1f) • Utilisation des toilettes (G1h) • Alimentation (G1j) 	0 à 6 Une note élevée indique un déclin plus marqué (perte progressive) dans l'exécution des AVQ.
Échelle de rendement cognitif (CPS)	Cette échelle permet de décrire l'état cognitif d'un résident.	Les 5 éléments de l'échelle CPS : <ul style="list-style-type: none"> • État comateux (B1) • Mémoire à court terme (B2a) • Habiletés cognitives dans la prise de décisions quotidiennes (B4) • Capacité d'expression (C4) • Alimentation (G1hA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Habileté cognitive concernant les décisions de la vie de tous les jours (C1) • Mémoire à court terme OK (C2a) • Habileté à se faire comprendre (D1) • Alimentation (G1j) 	0 à 6 Une note élevée indique des déficiences cognitives plus graves.

Remarques

RAI-MDS 2.0 : instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0.

SLD : soins de longue durée en établissement.



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

22515-0720

