



Vivre dans un centre de soins infirmiers :
évaluation de la qualité des centres de soins
infirmiers au Canada



Notre vision

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

Notre mandat

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

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Remerciements.....	iii
Sommaire.....	v
Introduction	1
Système d'information sur les soins de longue durée	2
Données et méthodes.....	3
Survol de la population des centres de soins infirmiers.....	5
Résultats des indicateurs de la qualité	8
Fonction physique.....	8
Transferts et déplacements à pied ou en fauteuil roulant	9
Incontinence.....	11
Qualité de vie	12
Dépression	12
Symptômes comportementaux	15
Douleur.....	18
Sécurité.....	19
Chutes.....	19
Utilisation d'antipsychotiques	20
Ulcères de décubitus.....	23
Discussion.....	24
Orientations futures.....	25
Références.....	27

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les personnes qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport : Nancy White, Robyn Hastie, Joe Griffiths, Marufa Hoque, Lacey Langlois, Natalie Damiano, Douglas Yeo et Jean-Marie Berthelot.

Elle souhaite également remercier John P. Hirdes, professeur à l'École de santé publique et des systèmes de santé de l'Université de Waterloo, pour ses commentaires au sujet du présent rapport.

Sommaire

Les centres de soins infirmiers, aussi appelés établissements de soins de longue durée ou foyers de soins personnels, occupent une place importante dans notre système de santé, surtout en raison du vieillissement de la population. Ces établissements accueillent des personnes âgées ou d'autres personnes qui n'ont pas besoin d'être hospitalisées, mais qui nécessitent néanmoins des soins habituellement non offerts par les programmes de services à domicile ou les maisons de retraite.

L'âge moyen des résidents des centres de soins infirmiers au Canada est de 85 ans ou plus et bon nombre de ces personnes souffrent de multiples affections, notamment de maladies chroniques ou encore de problèmes de mobilité, de mémoire et d'incontinence. Certains dépendent entièrement du personnel des centres de soins infirmiers pour les activités de base de la vie quotidienne, par exemple pour aller aux toilettes ou se nourrir.

Bien que les cas d'abus et de négligence dont les médias font souvent état¹ soient assez rares, ils soulignent néanmoins la nécessité de disposer de renseignements accessibles au public sur la performance de ce secteur.

Le présent rapport a pour objectif d'établir un point de comparaison permettant de contrôler la qualité des soins fournis à certains de nos citoyens les plus frêles et vulnérables, à savoir les résidents des centres de soins infirmiers. Il décrit huit indicateurs de la qualité tirés du fichier minimal de l'instrument d'évaluation des résidents (RAI-MDS) et recueillis par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) au moyen du Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). Le rapport définit les indicateurs et explique l'importance de chacun, présente les résultats à l'échelle des provinces et territoires, et décrit comment certains établissements mettent à profit les indicateurs de la qualité pour améliorer la qualité des soins dispensés à leurs résidents.

Les conclusions du rapport servent également de point de départ à un débat national sur l'amélioration de la sécurité et de la qualité de vie des plus de 200 000 Canadiens qui vivent dans un centre de soins infirmiers².

Les résultats ajustés en fonction des différences entre les résidents et les établissements à l'échelle nationale révèlent que, si certains centres de soins infirmiers s'en tirent mieux que d'autres, aucun centre, aucune province ni aucun territoire n'a obtenu de bons résultats pour tous les indicateurs sélectionnés. D'importantes variations en matière de performance à l'échelle des établissements ont également été constatées entre les provinces et territoires ainsi qu'au sein même des provinces et territoires.

Par exemple, les taux des indicateurs suivants illustrent les différences de résultats entre les centres situés dans les 10^e et 90^e percentiles au chapitre de la performance au pays. Un pourcentage *faible* est synonyme d'une performance supérieure pour ces indicateurs.

- Le pourcentage de résidents qui ont reçu un antipsychotique sans diagnostic associé variait de 18 % à 50 %.
- Le pourcentage de résidents dont les symptômes de dépression se sont détériorés variait de 3 % à 40 %.
- Le pourcentage de résidents dont la douleur s'est intensifiée variait de 3 % à 32 %.
- Le pourcentage de résidents qui ont fait une chute variait de 5 % à 24 %.

Ces variations de taux d'indicateurs de la qualité entre les centres ont été observées même après que des ajustements aient été faits pour tenir compte des différences quant aux caractéristiques des résidents et des établissements.

Les variations entre les organisations révèlent des problèmes de qualité potentiellement graves dans certains établissements, mais montrent également les exemples à suivre — les centres les plus performants deviennent un point de référence pour les autres centres. Des études de cas de quatre centres de soins infirmiers illustrent comment l'utilisation des données peut contribuer à améliorer la performance et la qualité.

Plus le nombre d'organisations qui soumettent leurs données au SISLD et utilisent les rapports comparatifs de l'ICIS augmente, plus ces organisations pourront tirer avantage d'une comparaison de leur performance à celle d'autres établissements. L'expansion du SISLD permettra de produire des rapports qui feront état des changements observés au fil du temps et, idéalement, d'une amélioration du taux des indicateurs de la qualité.

Plusieurs provinces et territoires sont en voie d'introduire les évaluations d'interRAI dans d'autres secteurs, comme les services communautaires, les services à domicile, les services d'urgence et les soins palliatifs, facilitant ainsi la communication tout au long du parcours des patients dans le système de santé. En outre, comme les instruments d'interRAI sont utilisés dans plus de 30 pays, il est maintenant possible de procéder à des comparaisons de la qualité à l'échelle internationale.

Ces changements permettront à l'ICIS d'évaluer la performance de l'ensemble du système de santé, c'est-à-dire des soins primaires et hospitaliers jusqu'aux services à domicile et aux soins communautaires.

Mais surtout, l'adoption de la norme du SISLD par les centres de soins infirmiers sera particulièrement bénéfique pour les résidents et leurs familles. Les conseils en matière de planification des soins fournis par l'évaluation d'interRAI favorisent en effet la mise en œuvre des meilleures pratiques de soins aux résidents. L'information transmise aux familles des résidents établit un cadre de discussion concernant les soins dispensés et la qualité de vie de leurs proches. Les centres de soins infirmiers qui utilisent et diffusent leurs indicateurs de la qualité démontrent aux résidents et aux familles leur engagement permanent envers l'excellence.

Introduction

Les services de santé s'adressant aux personnes âgées suscitent de plus en plus d'intérêt en raison du vieillissement de la population canadienne. Un rapport récent décrit les conséquences que pourrait engendrer la génération du baby-boom qui commence à atteindre l'âge de 65 ans en 2011³. Une autre étude suggère que « la prévalence croissante des affections chroniques entraînera des répercussions considérables sur la population, le système de santé et la main-d'œuvre »⁴.

Même si nombreuses recherches se sont penchées sur l'utilisation des hôpitaux et des médicaments sur ordonnance chez les personnes âgées⁵⁻⁸, peu de données de qualité sont disponibles sur d'autres aspects du système de santé. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) travaille à combler ces lacunes et à aider les gestionnaires du système de santé ainsi que les responsables de l'élaboration des politiques à mieux comprendre le coût et la qualité de l'ensemble des services de santé de même que leur accessibilité.

D'importants progrès ont plus particulièrement été réalisés quant à la collecte de données auprès des établissements de soins en hébergement, aussi appelés centre de soins infirmiers, établissements de soins de longue durée ou foyers de soins personnels au Canada. Ces établissements accueillent des personnes âgées ou d'autres personnes qui n'ont pas besoin d'être hospitalisées, mais qui nécessitent néanmoins des soins habituellement non offerts par les programmes de services à domicile ou les maisons de retraite.

L'âge moyen des résidents des centres de soins infirmiers est de 85 ans ou plus et bon nombre de ces personnes souffrent de multiples affections, notamment de maladies chroniques ou de problèmes de mobilité, de mémoire et d'incontinence. Bon nombre de résidents dépendent entièrement du personnel des centres de soins infirmiers pour les activités de base de la vie quotidienne, par exemple pour aller aux toilettes ou se nourrir.

Bien que les cas d'abus et de négligence dont les médias font souvent état¹ soient assez rares, ils soulignent néanmoins la nécessité de disposer de renseignements accessibles au public sur la performance de ce secteur.

Le présent rapport a pour objectif d'établir un point de comparaison permettant de contrôler la qualité des soins fournis à certains de nos citoyens les plus frêles et vulnérables, à savoir les résidents des centres de soins infirmiers. Les conclusions du rapport peuvent également servir de point de départ à un débat national sur l'amélioration de la sécurité et de la qualité de vie des plus de 200 000 Canadiens qui vivent dans un centre de soins infirmiers².

Système d'information sur les soins de longue durée

Le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) permet de recueillir et d'analyser les données sur les centres de soins infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Yukon.

Les centres consignent les données électroniquement dans le cadre du processus de prestation des soins. Le personnel clinique utilise la version canadienne du fichier minimal de l'instrument d'évaluation des résidents, version 2.0 (RAI-MDS 2.0©)⁹, conçu par interRAI, un réseau international de chercheurs, et adapté pour le Canada par l'ICIS.

L'instrument RAI-MDS 2.0 permet de saisir les caractéristiques cliniques et fonctionnelles des résidents ainsi que d'évaluer, entre autres, la cognition, l'humeur et le comportement, la continence et l'état de la peau, les médicaments et les types de services fournis aux résidents. L'instrument d'évaluation a été soumis à de rigoureux essais de fiabilité et de validité dans plusieurs pays, dont le Canada⁹.

L'ensemble d'outils d'aide à la prise de décisions cliniques et de gestion tirés de l'évaluation constitue une fonction importante du système RAI-MDS 2.0. Ces outils mis au point par interRAI tirent parti des recherches et des meilleures pratiques de partout dans le monde. Les outils et leur application sont sommairement décrits au tableau 1.

Tableau 1 : Outils d'aide à la décision tirés de l'évaluation RAI-MDS 2.0

Résultat de l'évaluation	Objectifs
Guides d'analyse par domaine d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Les rapports à l'échelle individuelle signalent les résidents qui courent un risque de déclin ou de non-amélioration. • Les guides sont utilisés au point de service par les cliniciens pour faciliter la planification des soins et établir les niveaux de priorité en matière de service. • Les questionnaires du système utilisent les données agrégées pour repérer les groupes à risque et planifier les services.
Échelles de résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les rapports à l'échelle individuelle résumant l'état de santé des résidents. • Les échelles sont utilisées au point de service par les cliniciens pour évaluer l'état clinique et fonctionnel, et surveiller l'évolution. • Les questionnaires du système utilisent les données agrégées pour comprendre les changements au sein des groupes et planifier en conséquence.
Indicateurs de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Ces indicateurs mesurent à l'échelle de l'organisme la qualité d'aspects clés comme les fonctions physiques et cognitives, la sécurité et la qualité de vie. • Les responsables de la qualité utilisent les données agrégées pour favoriser l'amélioration continue. • Les indicateurs sont utilisés pour communiquer avec des intervenants clés par l'intermédiaire de bilans et d'ententes de responsabilité.
Groupes d'utilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Les rapports à l'échelle de l'organisme regroupent les résidents qui présentent des caractéristiques et une utilisation des ressources semblables. • Ils sont utilisés par les questionnaires du système et les bailleurs de fonds provinciaux et territoriaux pour éclairer les décisions relatives à l'affectation des ressources et au financement.

Les données d'évaluation recueillies par les centres de soins infirmiers sont transmises à l'ICIS, dépersonnalisées, puis enregistrées dans la base de données sécurisée du SISLD. Cette base de données contient actuellement des données comparables sur plus de 1 100 centres de soins infirmiers et 300 000 résidents à l'échelle du pays, offrant ainsi une source privilégiée de données pour mieux comprendre ce secteur et en évaluer la qualité.

Les centres de soins infirmiers et leurs régions sanitaires ou ministères respectifs ont accès à des rapports trimestriels en ligne (les rapports électroniques du SISLD) qui présentent les statistiques liées à leurs activités, les profils des résidents et les taux des indicateurs de la qualité pour les huit derniers trimestres. Munis de cette information, le personnel et les gestionnaires sont à même de mieux comprendre les tendances au fil du temps.

Les rapports électroniques du SISLD donnent également aux utilisateurs autorisés des établissements, des régions et des ministères l'accès à toutes les données agrégées à l'échelle des établissements du pays. Les centres de soins infirmiers peuvent alors comparer leur performance avec celle de groupes semblables ou avec un point de référence défini. La transparence des rapports encourage les centres à rechercher les plus performants parmi les établissements et à apprendre les uns des autres.

Les provinces et les territoires participants utilisent cette information dans le cadre de leurs ententes liées au financement, à la qualité et à la reddition de comptes. Des rapports publics sur la qualité des soins fournis dans les centres de soins infirmiers, comme ceux de la Saskatchewan et de l'Ontario, sont également diffusés au fur et à mesure que de l'information de qualité est disponible^{10, 11}.

L'ICIS publie aussi sur son site Web (www.icis.ca) des rapports sommaires du SISLD. Les Statistiques éclair du SISLD fournissent au grand public, aux chercheurs, aux gestionnaires et aux décideurs des profils sommaires du secteur et des résidents.

Données et méthodes

L'information présentée dans le rapport est basée sur les données provenant de l'évaluation et les données administratives transmises à l'ICIS par 966 centres de soins infirmiers pour l'exercice 2011-2012. L'information relative aux soins en hébergement fournie par le Manitoba s'applique uniquement aux établissements relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg. L'information actualisée de la Saskatchewan et de l'Alberta n'était pas disponible au moment de la rédaction du rapport. L'information relative aux soins de longue durée en milieu hospitalier soumis au SISLD par l'Ontario et le Manitoba est exclue de l'analyse en raison des différences de mandat et de population.

Le tableau 2 fournit un exemple de rapport, incluant le nombre de centres, le nombre total de résidents ayant reçu des soins pendant la période visée et le nombre de résidents ayant fait l'objet d'une évaluation RAI-MDS 2.0. Les données démographiques sont disponibles pour tous les résidents. Les profils cliniques et les indicateurs de la qualité ne sont établis que pour les résidents évalués. Certains résidents n'ont toutefois pas été évalués parce qu'ils ont été admis vers la fin de l'exercice ou qu'ils ont obtenu leur congé avant qu'une évaluation soit effectuée.

Tableau 2 : Exemple de rapport, par province et territoire, 2011-2012

	C.-B.	Man.	Ont.	N.-É.	T.-N.-L.	Yn	Tous
Nombre d'établissements	274	38	637	6	7	4	966
Nombre de résidents	28 872	7 684	105 986	796	1 067	216	144 621
Nombre de résidents évalués	27 734	7 337	101 112	739	1 020	205	138 147

Remarque

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

La section sur la qualité des centres de soins infirmiers fournit un examen de la performance en fonction des indicateurs de la qualité RAI-MDS 2.0 sélectionnés. Ces indicateurs (tableau 1) sont en fait des mesures agrégées conçues par interRAI. Ils fournissent aux organismes un rapport sommaire de multiples aspects de la qualité et signalent les problèmes qui pourraient requérir de plus amples investigations ou interventions.

L'évaluation RAI-MDS 2.0 est réalisée à l'admission du résident au centre de soins infirmiers, puis chaque trimestre. Ce portrait périodique pris au fil du temps permet de calculer des indicateurs d'amélioration ou de déclin de l'état de santé des résidents. Il permet également de calculer les indicateurs liés aux événements indésirables (p. ex. les chutes) ou aux processus de soins (p. ex. l'utilisation d'antipsychotiques).

Les évaluations effectuées à l'admission sont exclues des calculs afin de s'assurer que les indicateurs de la qualité reflètent les soins fournis dans le centre de soins infirmiers et non dans un autre établissement de soins (p. ex. domicile ou hôpital). Exception faite de l'indicateur relatif aux ulcères de décubitus, les évaluations réalisées auprès des résidents dans le coma ou près de la mort sont également exclues.

L'ajustement en fonction des risques utilise des méthodes statistiques pour comparer sur un pied d'égalité les centres qui hébergent différents types de résidents. Une récente recherche internationale menée par interRAI a permis d'améliorer grandement l'ajustement en fonction des risques des indicateurs de la qualité des centres de soins infirmiers, en tenant compte des caractéristiques des résidents et des établissements¹². Pour plus de renseignements sur l'ajustement en fonction des risques, veuillez consulter le document *Indicateurs de la qualité du SISLD : méthodologie d'ajustement selon les risques*¹³.

Les indicateurs sont présentés sous forme graphique afin de faciliter l'interprétation des taux des indicateurs de la qualité selon divers points de vue.

- Taux canadien global non ajusté de l'indicateur à l'échelle des établissements faisant partie de l'échantillon pancanadien — la moyenne canadienne donne une idée de la performance moyenne de tous les établissements participants pour un indicateur donné.
- Taux ajusté sous lequel se trouvent 50 % des établissements d'une province ou d'un territoire (médiane) — la médiane est la valeur intermédiaire de la fourchette de taux des indicateurs de la qualité ajustés en fonction des risques; elle sépare en deux l'échantillon de centres d'une province ou d'un territoire : la moitié la plus performante et la moitié la moins performante.
- Taux ajustés sous lesquels se placent 10 % et 90 % des centres d'une province ou d'un territoire (10^e et 90^e percentile) — ces percentiles donnent une idée de l'écart en matière de performance entre les centres d'une province ou d'un territoire. Une grande différence entre les 10^e et 90^e percentiles sous-entend une variation en matière de pratique et qu'il y a matière à amélioration. Ces valeurs percentiles ne sont pas fournies pour le Yukon en raison du faible nombre d'établissements dans ce territoire.

Puisque ce ne sont pas tous les établissements du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador qui soumettent des données à l'ICIS, il importe de faire preuve de prudence en tirant des conclusions de ces résultats. Les établissements qui soumettent des données au SISLD ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des centres de soins infirmiers de ces provinces.

Survol de la population des centres de soins infirmiers

L'outil d'évaluation RAI-MDS 2.0 fournit de l'information en temps réel aux dispensateurs de soins. L'évaluation procure également un profil détaillé des caractéristiques, des risques et des besoins des groupes de résidents à l'échelle du pays.

Comme l'illustre le tableau 3, parmi les quelque 150 000 résidents de centres de soins infirmiers, seuls 1 sur 15 avait moins de 65 ans et près de la moitié avaient 85 ans ou plus. La majorité était des femmes.

On note toutefois d'importantes différences entre les provinces et les territoires. Le Yukon et les centres participants de Terre-Neuve-et-Labrador affichaient en effet un plus grand nombre de résidents de moins de 65 ans, alors que les centres participants de la Nouvelle-Écosse affichaient un plus grand nombre de résidents de 85 ans ou plus. La proportion de femmes était plus faible au Yukon et en Nouvelle-Écosse.

Tableau 3 : Âge et sexe des résidents de centres de soins infirmiers, par province et territoire, 2011-2012

	C.-B.	Man.	Ont.	N.-É.	T.-N.-L.	Yn	Tous
Âge moyen	83	84	82	85	79	76	82
Moins de 65 ans (%)	6	5	7	4	11	14	7
85 ans ou plus (%)	52	55	48	64	36	31	49
Femmes (%)	67	72	69	56	63	52	69

Remarque

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Le tableau 4 fournit un profil général des résidents de centres de soins infirmiers à l'échelle du pays, selon leurs plus récentes évaluations RAI-MDS 2.0.

Tableau 4 : Caractéristiques cliniques sélectionnées des résidents de centres de soins infirmiers ayant fait l'objet d'une évaluation RAI-MDS 2.0, par province et territoire, 2011-2012

	C.-B.	Man.	Ont.	N.-É.	T.-N.-L.	Yn	Tous
Incontinence urinaire (%)	66	67	71	59	66	55	70
Diagnostic de démence (%)	61	61	60	55	48	43	60
Maladies musculosquelettiques (%)	45	51	59	51	41	51	56
Incontinence fécale (%)	44	45	51	43	62	28	49
Engagement social limité ou absent (%)	53	48	44	40	55	28	46
Signes de dépression (%)	21	18	34	20	21	38	30
Diabète (%)	20	21	27	25	25	26	25
Douleur quotidienne (%)	23	25	16	36	22	32	18
Maladie pulmonaire obstructive chronique (%)	12	13	16	16	13	22	15
Insuffisance cardiaque congestive (%)	12	15	13	14	12	14	13
Cancer (%)	7	6	9	8	13	10	8

Remarque

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

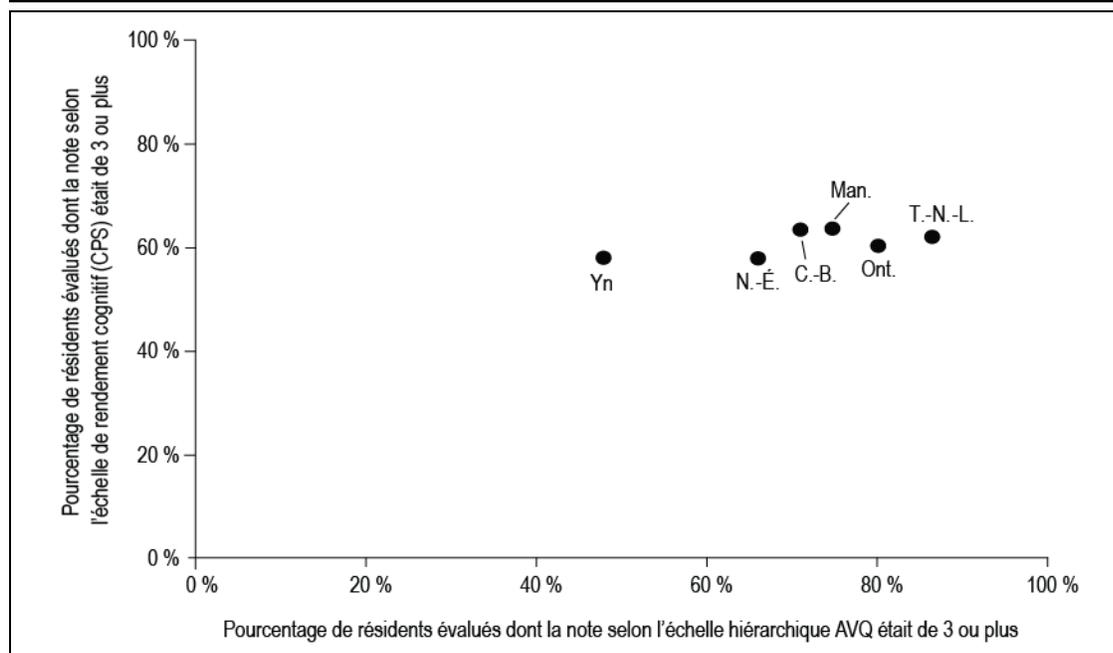
Avec un taux d'incidence de 70 %, l'incontinence urinaire, un vecteur important de la santé et de la qualité de vie, représente le problème le plus courant. La démence (incluant la maladie d'Alzheimer) arrive en deuxième place des problèmes de santé les plus courants, l'affection figurant au dossier médical de trois résidents sur cinq. Plus de la moitié des résidents à l'échelle du pays présentaient une affection musculosquelettique comme l'arthrite, une fracture et un membre manquant. Près de la moitié souffraient d'incontinence fécale et un pourcentage semblable présentait un engagement social limité ou absent. Près du tiers des résidents montraient des signes de dépression clinique. Un quart souffraient de diabète et près d'un sur cinq avaient des douleurs quotidiennes. D'autres étaient atteints d'affections pulmonaires ou cardiaques chroniques et un sur dix avait un diagnostic de cancer. Toutes ces affections ont un effet sur les besoins des patients en matière de soins et sur leur qualité de vie.

Les personnes atteintes de déficiences cognitives plus graves tendaient à avoir plus de difficulté à exécuter les activités de la vie quotidienne¹⁴. La figure 1 établit le lien entre les déficiences physiques et cognitives chez les résidents des centres de soins infirmiers au Canada. Elle indique le pourcentage de résidents qui éprouvaient des difficultés dans l’accomplissement des activités de la vie quotidienne de même que le pourcentage de résidents qui souffraient de troubles cognitifs, par province et territoire.

L’échelle hiérarchique des activités de la vie quotidienne rend compte du niveau d’autonomie en matière d’hygiène personnelle, d’utilisation des toilettes, de mobilité et d’alimentation. Une note de 3 ou plus indique une déficience modérée à grave.

L’échelle de rendement cognitif mesure la mémoire à court terme, les habiletés dans la prise de décisions quotidiennes, la capacité d’expression et l’alimentation. Une note de trois ou plus indique une déficience modérée à grave.

Figure 1 : Pourcentage de résidents évalués affichant une déficience cognitive et fonctionnelle modérée à grave, par province et territoire, 2011-2012



Remarques

CPS : échelle de rendement cognitif.

AVQ : activités de la vie quotidienne.

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l’Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d’information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d’information sur la santé.

D’après ce profil, certaines provinces doivent répondre aux besoins d’une population gravement diminuée. Par exemple, les centres de soins infirmiers relevant de l’Office régional de la santé de Winnipeg affichaient une proportion plus élevée de résidents souffrant de déficience cognitive modérée à grave (63 %), alors que les centres participants de Terre-Neuve-et-Labrador

présentaient la proportion la plus élevée de résidents souffrant de déficience *physique* modérée à grave (84 %). Ce sont dans les centres du Yukon que l'on retrouve la plus faible proportion de résidents souffrant de déficience physique et cognitive.

Ces différences révèlent des variations provinciales et territoriales quant aux profils de leur population, mais également du rôle des centres de soins infirmiers par rapport aux hôpitaux, aux services à domicile ou aux résidences avec services.

Compte tenu des différences observées à l'échelle du pays, une juste comparaison de la qualité des centres de soins infirmiers ne peut être fondée que sur les données personnelles et un modèle statistique d'ajustement en fonction des risques. La collaboration de l'ICIS et d'interRAI sur les indicateurs de la qualité du SISLD permet justement de procéder à de telles comparaisons.

Résultats des indicateurs de la qualité

Les figures ci-dessous illustrent les résultats des indicateurs de la qualité sélectionnés pour des aspects clés de la qualité, à savoir la fonction physique, la qualité de vie et la sécurité des résidents. Chaque figure illustre les variations de performance entre les provinces et territoires ainsi qu'au sein des provinces et territoires, ajustées en fonction des différences de population et d'établissement. Des études de cas tirées de plusieurs centres de soins infirmiers au Canada montrent comment les indicateurs de la qualité peuvent servir à améliorer le bien-être des résidents.

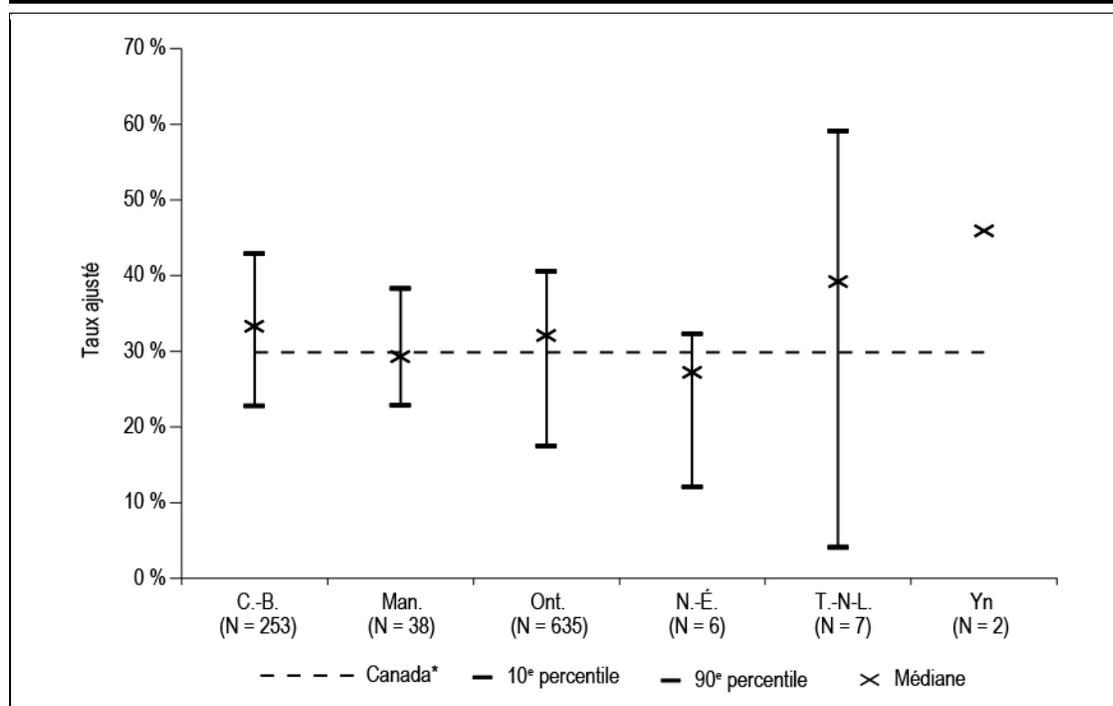
Fonction physique

Les résidents des centres de soins infirmiers ont besoin de bénéficier jour et nuit de soins ou de la supervision d'un personnel médical et infirmier, services qui ne sont généralement pas offerts dans les maisons privées, les foyers de groupe ou les maisons de retraite. Certains résidents arrivent affaiblis au centre après avoir été hospitalisés en raison d'une maladie ou d'une blessure. Bon nombre ont besoin d'assistance pour exécuter des activités de base de la vie quotidienne à cause de difficultés physiques ou cognitives. Les indicateurs sélectionnés mesurent les changements observés quant à la mobilité physique et à l'incontinence urinaire des résidents au cours des 90 jours précédant la plus récente évaluation.

Transferts et déplacements à pied ou en fauteuil roulant

La figure 2 illustre l'étalement des pourcentages de résidents qui ont maintenu leur autonomie ou amélioré leur capacité de se mettre au lit ou d'en sortir, de s'asseoir ou de se lever, et de marcher ou de se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur du centre dans les 90 jours suivant la dernière évaluation. Les pourcentages sont calculés à l'échelle des établissements. Un pourcentage *élevé* indique une bonne performance.

Figure 2 : Indicateur du maintien de l'autonomie ou de l'amélioration de la capacité en matière de transfert et de déplacement à pied ou en fauteuil roulant, pourcentages à l'échelle des établissements, par province et territoire, 2011-2012



Remarques

* Taux non ajusté, N = 941.

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

À l'échelle globale des établissements participants, 30 % des résidents ont maintenu leur autonomie ou amélioré leur capacité en matière de transfert et de déplacement à pied ou en fauteuil roulant. Les taux médians des provinces et territoires variaient de 27 % à 46 %, après ajustement en fonction des caractéristiques des résidents et des établissements.

On a également observé des écarts dans les résultats pour cet indicateur au sein même des provinces et territoires. Par exemple, le taux médian était de 32 % en Ontario, certains centres obtenant 41 % contre 18 % pour d'autres. Ces écarts semblent indiquer que les centres de soins infirmiers n'ont pas tous la même approche en matière de soins de rétablissement — un programme axé sur la capacité des résidents à maintenir ou améliorer leur autonomie dans l'exécution des activités de la vie quotidienne.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

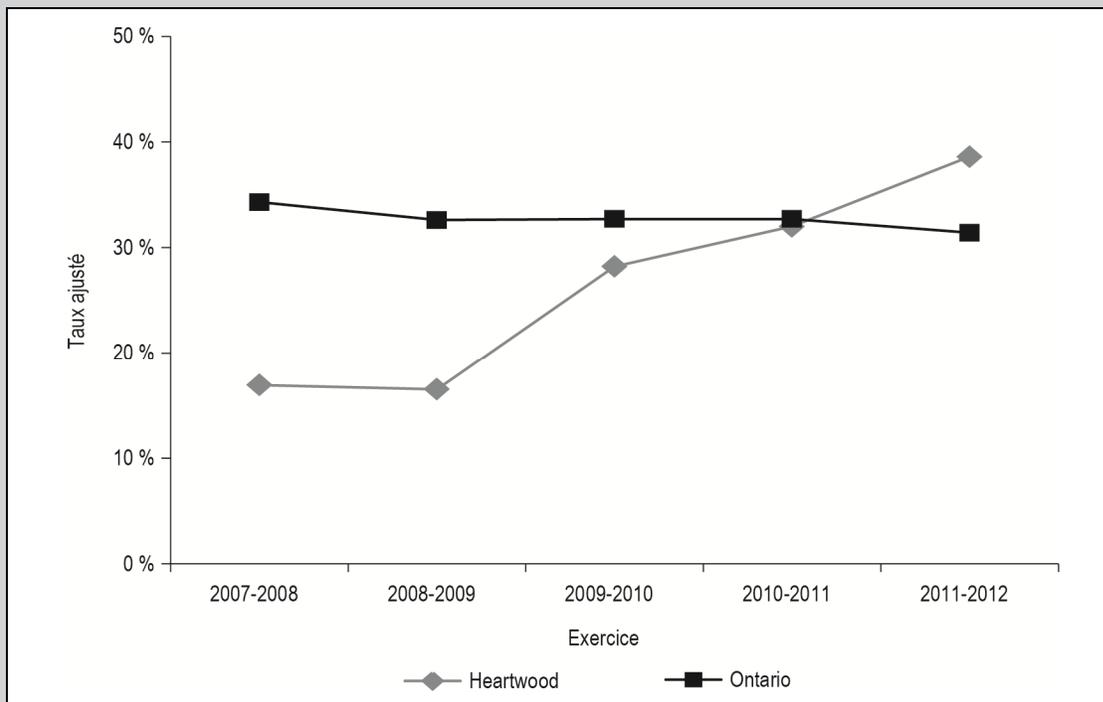
La capacité de se déplacer joue un rôle essentiel dans la santé et le bien-être des résidents de centres de soins infirmiers. Une perte d'autonomie dans l'exécution de ces activités de la vie quotidienne peut entraîner un isolement social et contribuer à un déclin dans d'autres aspects comme la force, la continence, la santé mentale et la fonction cognitive. Il importe donc que les centres de soins infirmiers détectent les résidents qui sont actuellement autonomes ou qui peuvent améliorer leur autonomie. Des interventions ciblées sont nécessaires pour aider ces résidents à atteindre et maintenir leur degré optimal de mobilité le plus longtemps possible.

Une histoire de réussite : Centre de soins infirmiers Heartwood (Cornwall, Ontario)

Heartwood est un centre de soins infirmiers de 118 lits situé à Cornwall, en Ontario. Il est détenu et exploité par Revera, un organisme qui offre des services aux personnes âgées au Canada et aux États-Unis. En 2008, le coordonnateur RAI-MDS du centre a introduit un nouveau programme de rétablissement comprenant la formation du personnel, un soutien additionnel en physiothérapie et une meilleure documentation des activités de la vie quotidienne des résidents. L'équipe des soins a travaillé de concert afin d'identifier les résidents dont l'autonomie pouvait être améliorée et a utilisé les protocoles de soins RAI-MDS pour appuyer les décisions relatives à la planification des soins.

La figure 3 illustre les progrès réalisés depuis 2008. En 2007, le résultat de Heartwood pour cet indicateur de la qualité était à mi-chemin de la moyenne provinciale. Depuis, l'indicateur n'a cessé de s'améliorer au point de dépasser maintenant la moyenne provinciale. Aujourd'hui, un plus grand nombre de résidents de ce centre maintiennent ou améliorent leur mobilité, ce qui leur permet de socialiser et de participer à des activités intéressantes dans le centre. De plus, Heartwood continue de suivre ses données de près afin d'orienter ses activités d'amélioration de la qualité.

Figure 3 : Indicateur du maintien de l'autonomie ou de l'amélioration de la capacité en matière de transfert à pied ou en fauteuil roulant, pourcentages, Heartwood et Ontario, 2007-2008 à 2011-2012



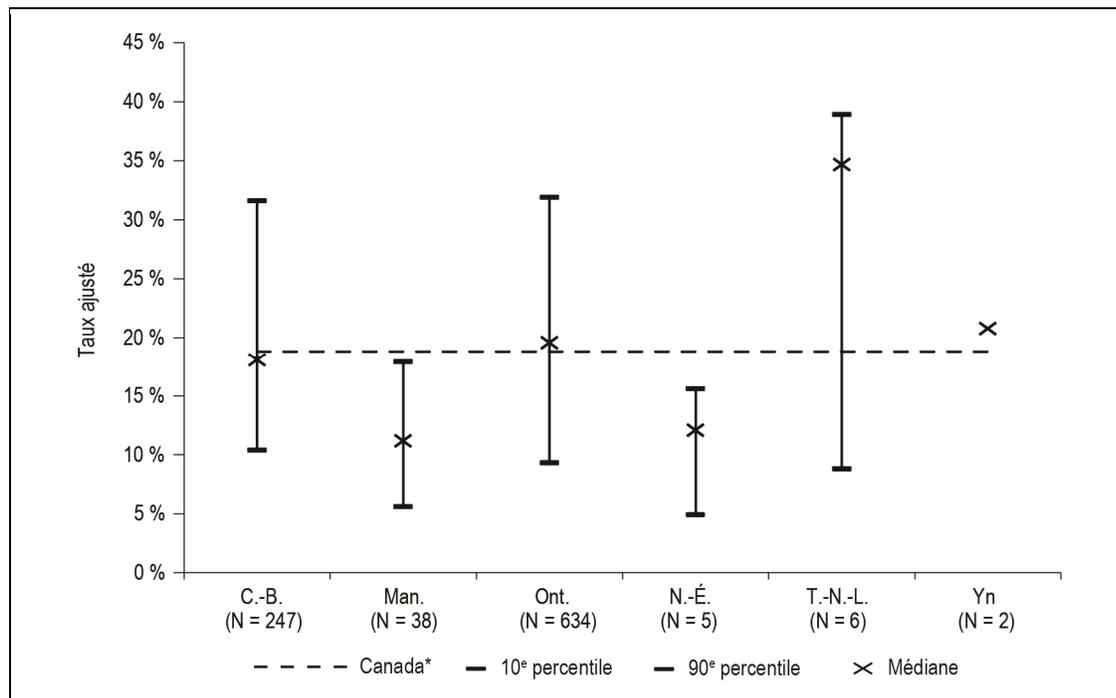
Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Incontinence

La figure 4 illustre les pourcentages de résidents dont l'incontinence urinaire s'est détériorée au cours des 90 jours précédant l'évaluation. Les pourcentages sont calculés à l'échelle des établissements. Un pourcentage *faible* indique une bonne performance.

Figure 4 : Indicateur de la détérioration de l'incontinence urinaire, pourcentages à l'échelle des établissements, par province et territoire, 2011-2012



Remarques

* Taux non ajusté, N = 932.

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

À l'échelle globale des établissements participants, 19 % des résidents ont connu une détérioration de leur incontinence urinaire, soit près d'un résident sur cinq. Les taux médians des provinces et territoires allaient de 11 % à 35 %, après ajustement en fonction des caractéristiques des résidents et des établissements.

On a également observé des écarts dans les résultats pour cet indicateur au sein même des provinces et territoires. Par exemple, pour les centres de soins infirmiers du 10^e et du 90^e percentile, les pourcentages variaient du simple au triple en Colombie-Britannique et du simple au quadruple à Terre-Neuve-et-Labrador.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

L'incontinence entraîne de nombreuses conséquences négatives pour la qualité de vie des résidents, notamment l'isolement social, la réduction de la mobilité et les lésions de la peau,

ces dernières pouvant constituer un grave problème de santé¹⁵. Les centres de soins infirmiers doivent être conscients des possibles causes sous-jacentes de l'incontinence et intervenir activement pour éviter toute détérioration. Des guides des meilleures pratiques, comme ceux publiés par l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario¹⁶ existent à cet effet. Ces guides peuvent être utilisés de concert avec les guides d'analyse par domaine d'intervention RAI-MDS afin de promouvoir une amélioration continue de la qualité.

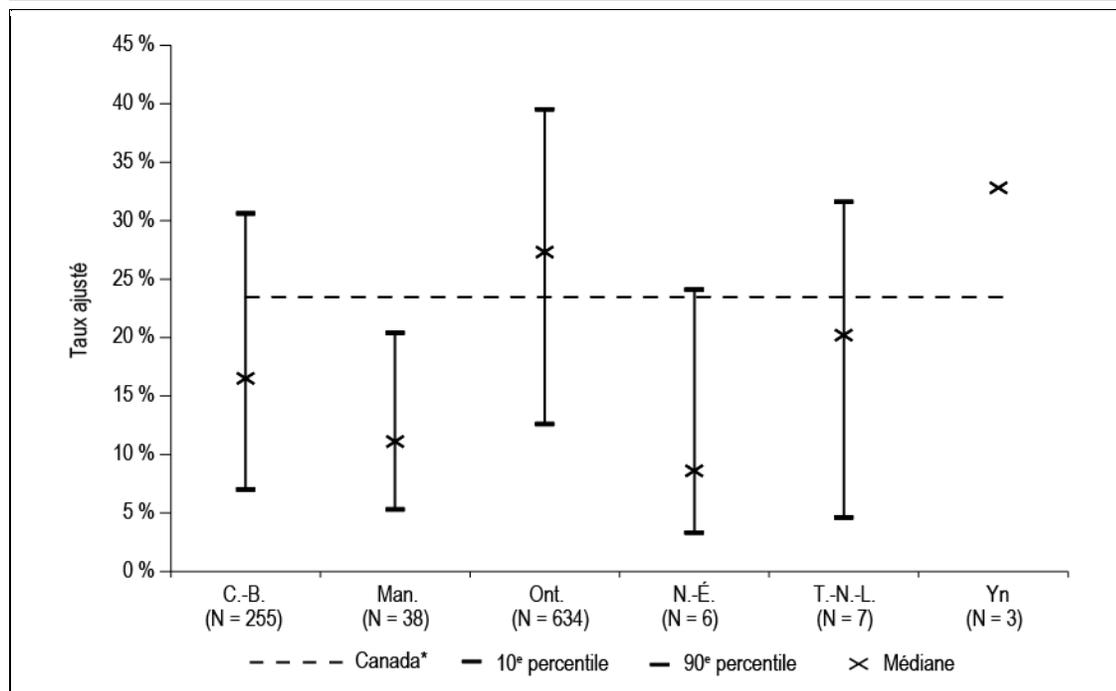
Qualité de vie

Les indicateurs sélectionnés pour ce domaine reflètent des défis majeurs — dépression, symptômes comportementaux et douleur — qui affectent négativement la qualité de vie des résidents de centres de soins infirmiers. Ces indicateurs portent principalement sur la réduction ou la détérioration des symptômes.

Dépression

La figure 5 illustre les pourcentages de résidents dont l'humeur s'est détériorée au cours de la période de 90 jours. Les pourcentages sont calculés à l'échelle des établissements et selon le nombre de signes de dépression enregistrés dans l'évaluation. Un pourcentage *faible* indique une bonne performance.

Figure 5 : Indicateur de la détérioration de l'humeur, pourcentages à l'échelle des établissements, par province et territoire, 2011-2012



Remarques

* Taux non ajusté, N = 943.

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

À l'échelle globale, 24 % des résidents présentaient davantage de symptômes de dépression depuis leur dernière évaluation, soit près du quart de la population étudiée. Les taux médians des provinces et territoires variaient de 9 % à 33 %, après ajustement en fonction des caractéristiques des résidents et des établissements.

On a également observé des écarts dans les résultats pour cet indicateur au sein même des provinces et territoires. Dans le cas de l'Ontario, l'indicateur s'établissait à 12 % pour le groupe des établissements les plus performants, contre 40 % ou plus pour le groupe moins performant.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

La dépression ne fait pas partie du cours normal du vieillissement. De nombreuses études ont observé des taux de dépression plus élevés dans les centres de soins infirmiers que dans la collectivité¹⁷⁻¹⁹. Selon un rapport publié en 2010, près de la moitié (44 %) des personnes âgées vivant dans un centre de soins infirmiers présentaient un diagnostic ou des symptômes de dépression²⁰. Les résidents montrant des signes de dépression étaient plus susceptibles de subir une détérioration de leur autonomie et fonction cognitive, de souffrir de troubles du sommeil et de connaître une détérioration des symptômes comportementaux. Tous ces problèmes compromettent la qualité de vie des résidents.

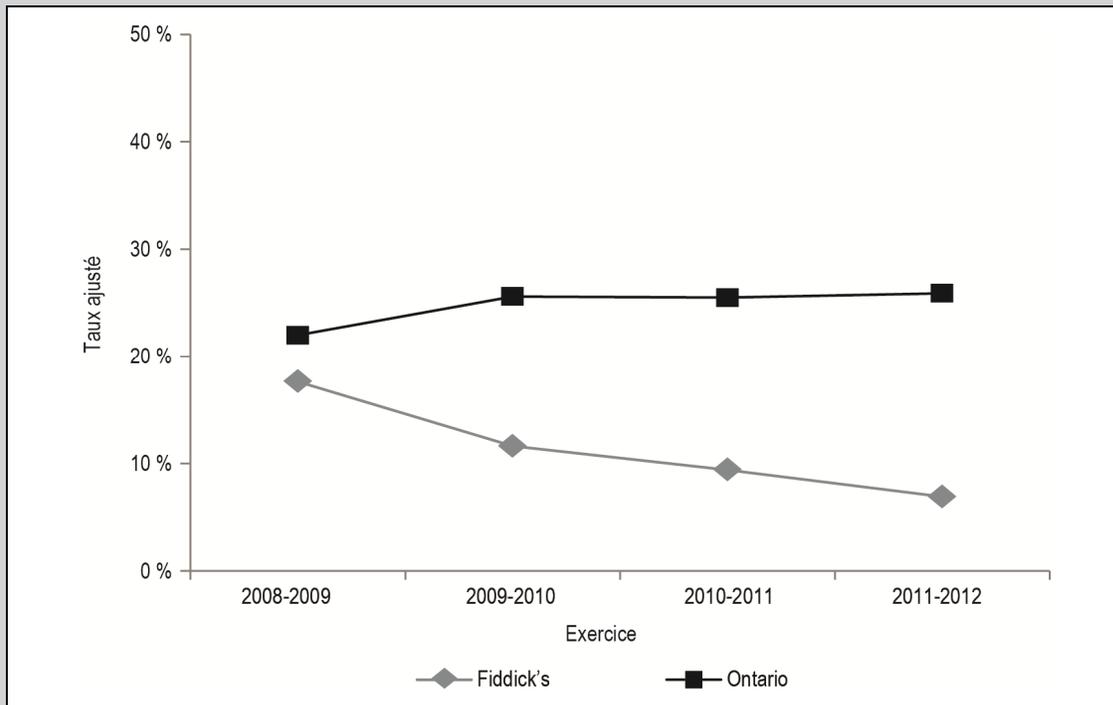
Diverses thérapies, comme la médication, la psychothérapie et les activités physiques ou sociales, permettent de soulager les symptômes de dépression et d'améliorer la qualité de vie.

Une histoire de réussite : Centre de soins infirmiers Fiddick's (Petrolia, Ontario)

Centre de soins infirmiers situé dans la charmante ville de Petrolia, près de Sarnia en Ontario, Fiddick's est une petite entreprise familiale. Cet établissement a été l'un des premiers utilisateurs de l'instrument RAI-MDS. Il a placé la dépression au cœur de ses préoccupations dès 2008. Dès lors, le centre a formé son personnel à la détection des symptômes de dépression et introduit une approche interdisciplinaire en matière de soins avec le concours notamment d'un psychiatre, d'un gériatre et d'un pharmacien. Fiddick's a utilisé l'échelle de mesure de la dépression RAI-MDS pour surveiller l'humeur des résidents. Le personnel se réunit chaque semaine pour analyser les résultats ainsi que d'autres renseignements comme la médication et les activités.

Comme l'illustre la figure 6, en 2008, l'indicateur de détérioration de l'humeur des résidents du centre Fiddick's frisait la moyenne ontarienne. L'indicateur n'a cessé de s'améliorer depuis et Fiddick's affiche aujourd'hui l'une des meilleures performances de la province. Le centre doit notamment ce succès à la réduction du taux d'utilisation des benzodiazépines, ce qui a baissé les risques posés par ces médicaments pour les patients.

Figure 6 : Indicateur de détérioration de l'humeur, pourcentages, Fiddick's et Ontario, 2008-2009 à 2011-2012



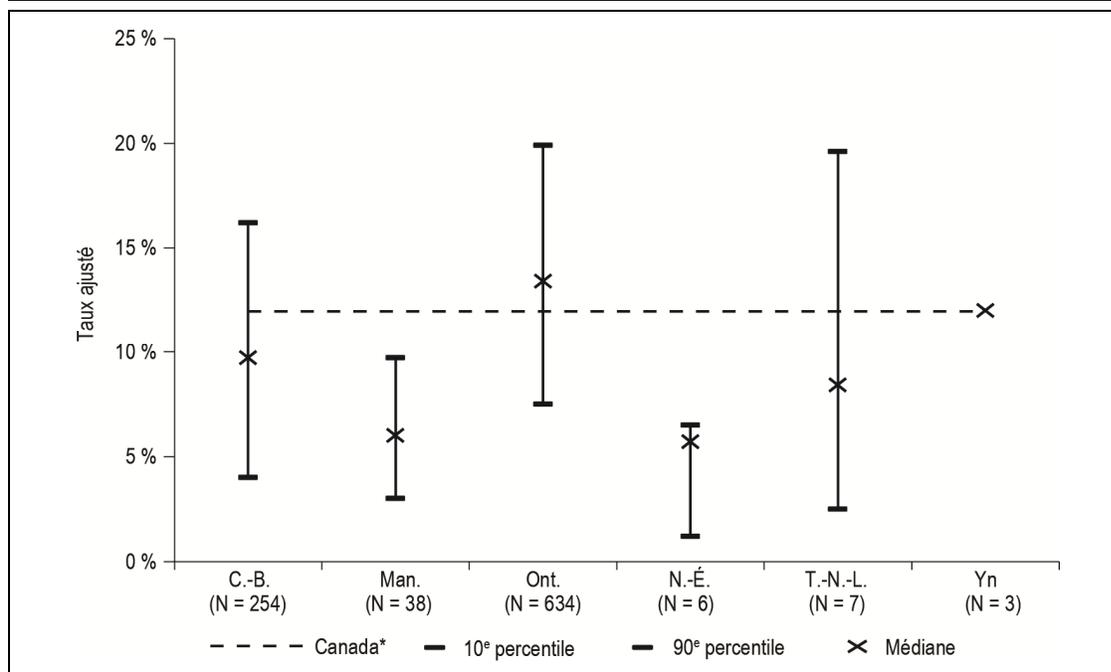
Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Symptômes comportementaux

La figure 7 illustre les pourcentages de résidents dont les symptômes comportementaux se sont détériorés au cours de la période de 90 jours, selon le nombre de comportements difficiles enregistrés dans l'évaluation, notamment l'errance, l'agressivité verbale ou physique et tout comportement socialement inapproprié. Les pourcentages sont calculés à l'échelle des établissements. Un pourcentage *faible* indique une bonne performance.

Figure 7 : Indicateur de la détérioration des symptômes comportementaux, pourcentages à l'échelle des établissements, par province et territoire, 2011-2012



Remarques

* Taux non ajusté, N = 942.

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

La moyenne globale de l'indicateur de détérioration des symptômes comportementaux était de 12 %. Les taux médians des provinces et territoires variaient de 6 % à 13 %, après ajustement en fonction des caractéristiques des résidents et des établissements.

On a également observé des écarts dans les résultats pour cet indicateur au sein même des provinces et territoires. Par exemple, certains établissements de Terre-Neuve-et-Labrador ont enregistré un taux de 3 %, alors que d'autres affichaient un taux de 20 % ou plus. Cet écart pourrait indiquer des différences quant aux pratiques de gestion du comportement dans les centres de cette province.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Les symptômes comportementaux posent des défis quant à la qualité de vie des résidents, individuellement et en tant que groupe²¹. Une étude menée auprès de quelque 700 résidents de centres de soins infirmiers a examiné l'ensemble complexe de facteurs qui contribuent aux symptômes comportementaux. Elle a ainsi pu fournir aux établissements l'information qui les aidera à repérer les résidents à risque²¹.

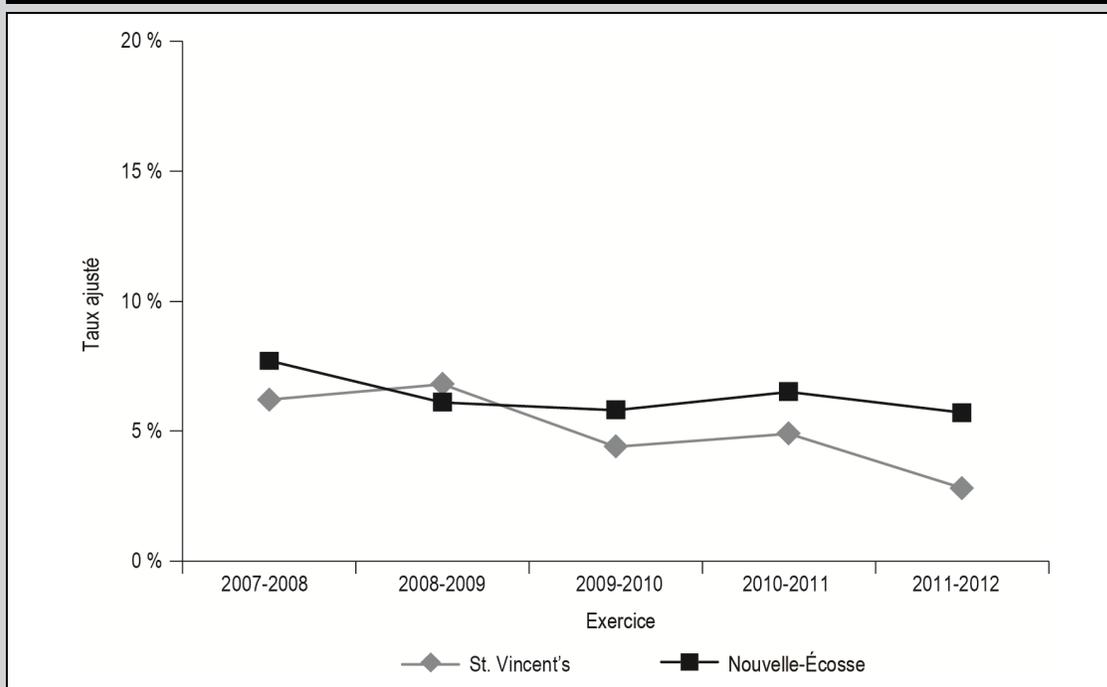
Même si les troubles extrêmes du comportement sont plutôt rares, les établissements doivent intervenir dans la mesure du possible afin d'éviter toute détérioration chez les personnes vulnérables. Par exemple, le programme P.I.E.C.E.S^{MC} élaboré en Ontario et maintenant utilisé partout au pays fournit aux dispensateurs de soins une approche interdisciplinaire complète en matière de démence et de santé mentale. Le modèle encourage l'utilisation de la médication qu'en dernier recours pour gérer les symptômes comportementaux difficiles.

Une histoire de réussite : Centre de soins infirmiers Saint Vincent's (Halifax, Nouvelle-Écosse)

Saint Vincent's est un centre de soins infirmiers de 149 lits situé au cœur même de la ville de Halifax. Le centre a tôt fait d'adopter l'évaluation RAI-MDS et utilise les données de ces indicateurs pour améliorer la qualité. En 2009, on a remanié le modèle des services dispensés par les médecins dans les centres de soins infirmiers de la région régionale de la santé Capital, en Nouvelle-Écosse. Le changement impose désormais l'affectation d'un médecin dans chaque unité du centre de soins infirmiers. Ainsi les centres procèdent maintenant à la vérification exhaustive de la médication par une équipe réunissant personnel infirmier, médecins, pharmaciens, physiothérapeutes, diététistes, etc. Ces vérifications permettent de décider de l'opportunité de changer les médicaments s'il y a lieu. Qui plus est, tout le personnel infirmier est formé à l'utilisation du modèle P.I.E.C.E.S. et utilise des outils connexes pour faire un suivi des comportements des résidents.

La figure 8 illustre l'amélioration de l'indicateur de détérioration des symptômes comportementaux, qui est passé de 6 % à 3 % pour le centre. Ainsi, les résidents, les membres de la famille, les bénévoles et le personnel ont pu profiter d'une meilleure qualité de vie.

Figure 8 : Indicateur de la détérioration des symptômes comportementaux, pourcentages, Saint Vincent's et Nouvelle-Écosse, 2007-2008 à 2011-2012



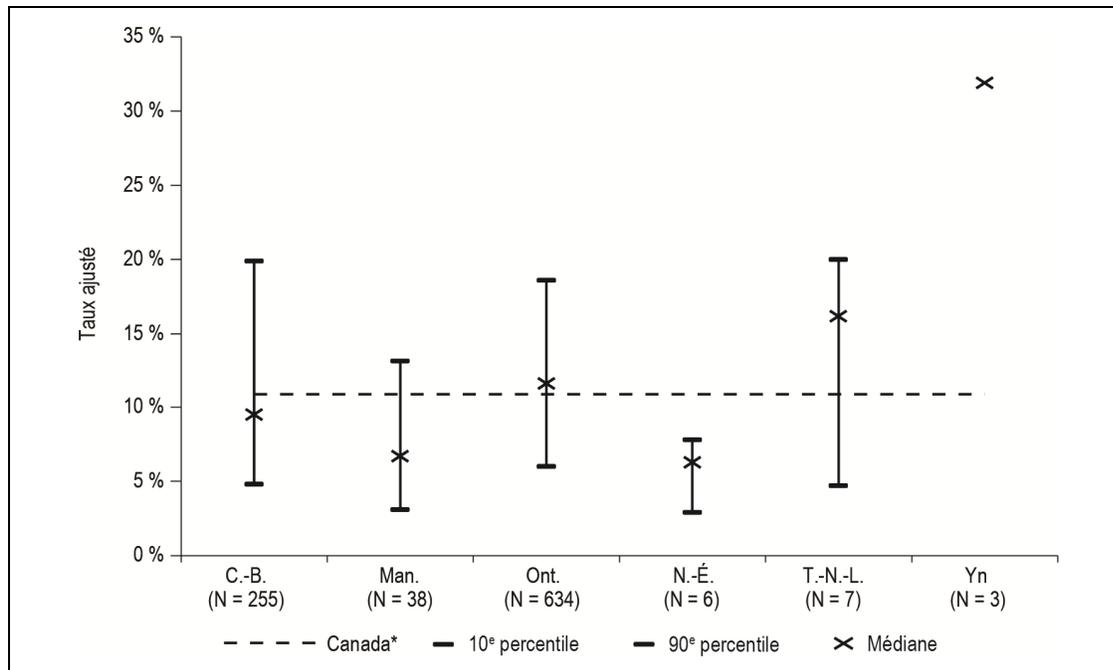
Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Douleur

La figure 9 indique les pourcentages de résidents dont la douleur s’est intensifiée au cours de la période de 90 jours, selon l’échelle de douleur d’interRAI. L’échelle mesure la fréquence et l’intensité de la douleur. Les pourcentages sont calculés à l’échelle des établissements. Un pourcentage *faible* indique une bonne performance.

Figure 9 : Indicateur de l’intensification de la douleur, pourcentages à l’échelle des établissements, par province et territoire, 2011-2012



Remarques

* Taux non ajusté, N = 943.

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l’Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d’information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d’information sur la santé.

La moyenne globale des résidents qui ressentait une douleur plus fréquente ou intense était de 11 %. Les taux médians des provinces et territoires allaient de 6 % à 32 %, après ajustement en fonction des caractéristiques des résidents et des établissements.

On a également observé des écarts dans les résultats pour cet indicateur au sein même des provinces et territoires. Par exemple, en Colombie-Britannique, l’indicateur s’établissait à 5 % pour les centres de soins infirmiers les plus performants contre 20 % (soit un résident sur cinq) pour le reste.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Il a été prouvé que la douleur a une incidence négative sur le sommeil, l’état émotionnel, la vie sociale et la qualité de vie en général des résidents²³. Les dispensateurs de soins des centres de soins infirmiers doivent être en mesure de reconnaître les signes non verbaux de la douleur,

surtout chez les résidents souffrant de troubles cognitifs ou qui éprouvent de la difficulté à communiquer. Le personnel des centres de soins infirmiers dispose de diverses techniques d'intervention pour soulager la douleur ou aider les résidents à la gérer, et ainsi améliorer les résultats des centres pour cet indicateur majeur de la qualité de vie.

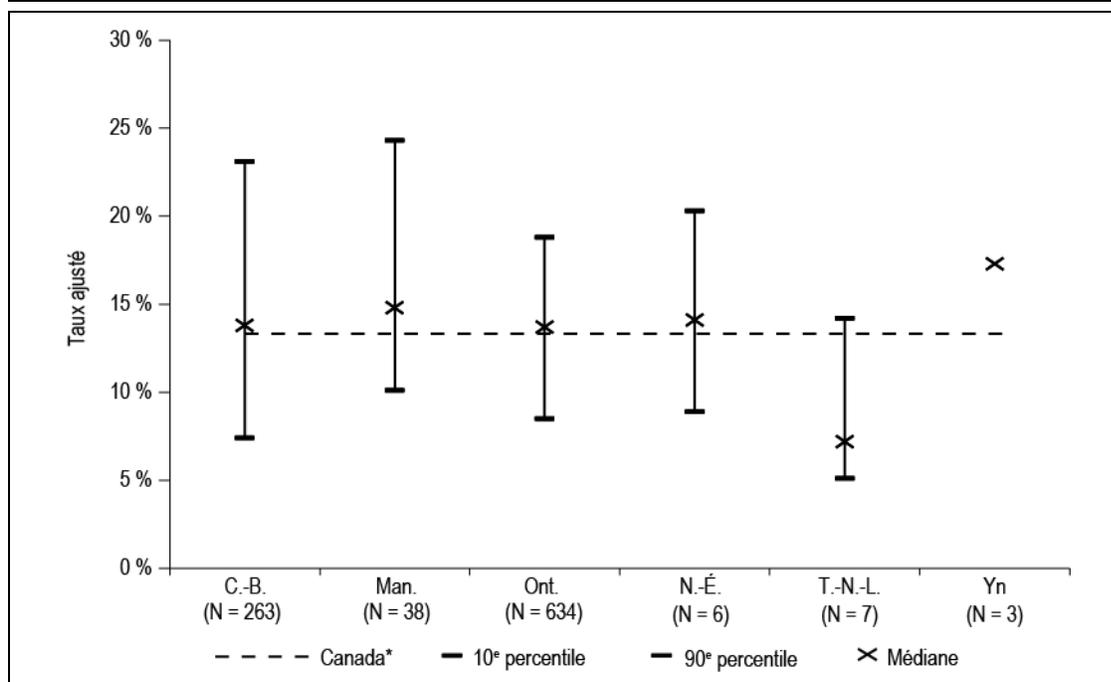
Sécurité

Les indicateurs sélectionnés pour ce domaine mesurent le nombre de résidents qui font une chute dans un centre de soins infirmiers, l'utilisation d'antipsychotiques en l'absence d'un diagnostic documenté de psychose et le développement de nouveaux ulcères de décubitus de stade 2 à 4.

Chutes

La figure 10 illustre les pourcentages de résidents qui ont fait une chute au cours des 30 jours précédant l'évaluation. Les pourcentages sont calculés à l'échelle des établissements. Un pourcentage *faible* indique une bonne performance.

Figure 10 : Indicateur de chute au cours des 30 jours précédant, pourcentages à l'échelle des établissements, par province et territoire, 2011-2012



Remarques

* Taux non ajusté, N = 951.

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

La moyenne globale des résidents qui ont fait une chute dans les 30 jours précédant l'évaluation était de 13 %. Les taux médians des provinces et territoires variaient de 7 % à 17 %, après ajustement en fonction des caractéristiques des résidents et des établissements.

On a également observé des écarts dans les résultats pour cet indicateur au sein même des provinces et territoires. Par exemple, pour les centres relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg, l'écart entre les pourcentages le plus bas et le plus élevé (10 % et 24 %) était très grand.

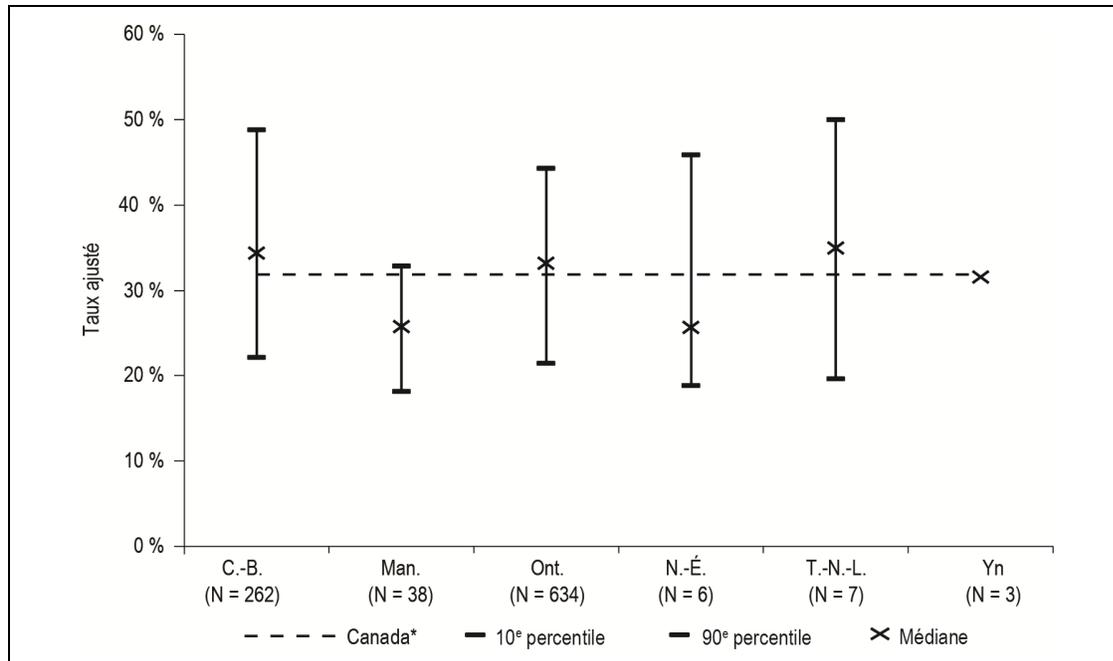
Pourquoi cet indicateur est-il important?

Les chutes, surtout chez les personnes âgées, sont une cause importante de blessures et de décès. Même s'il ne se blesse pas, un résident qui fait une chute peut développer une peur de tomber. Cette peur peut alors engendrer un sentiment d'anxiété et réduire la mobilité et les rapports sociaux, des facteurs qui nuisent tous à la qualité de vie. Bien que l'on ne puisse raisonnablement espérer éliminer complètement les chutes, les établissements peuvent néanmoins adopter diverses stratégies permettant d'en réduire les risques, comme celles présentées dans le guide d'analyse par domaine d'intervention d'interRAI au sujet des chutes.

Utilisation d'antipsychotiques

La figure 11 indique les pourcentages de résidents qui ont reçu un antipsychotique dans les 90 jours précédant en l'absence de toute indication de schizophrénie, de la maladie de Huntington ou d'hallucinations sur l'évaluation. Les pourcentages sont calculés à l'échelle des établissements. Un pourcentage *faible* indique une bonne performance.

Figure 11 : Indicateur du recours aux antipsychotiques en l'absence d'un diagnostic de psychose, pourcentages à l'échelle des établissements, par province et territoire, 2011-2012



Remarques

* Taux non ajusté, N = 950.

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

La moyenne globale des résidents qui ont reçu un antipsychotique en l'absence d'un diagnostic associé sur l'évaluation était de 32 %. Les taux médians des provinces et territoires variaient de 26 % à 34 %, après ajustement en fonction des caractéristiques des résidents et des établissements.

On a également observé des écarts dans les résultats pour cet indicateur au sein même des provinces et territoires. Par exemple, en Colombie-Britannique, l'indicateur s'établissait à 22 % pour les établissements les plus performants par rapport à 49 % pour le reste.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

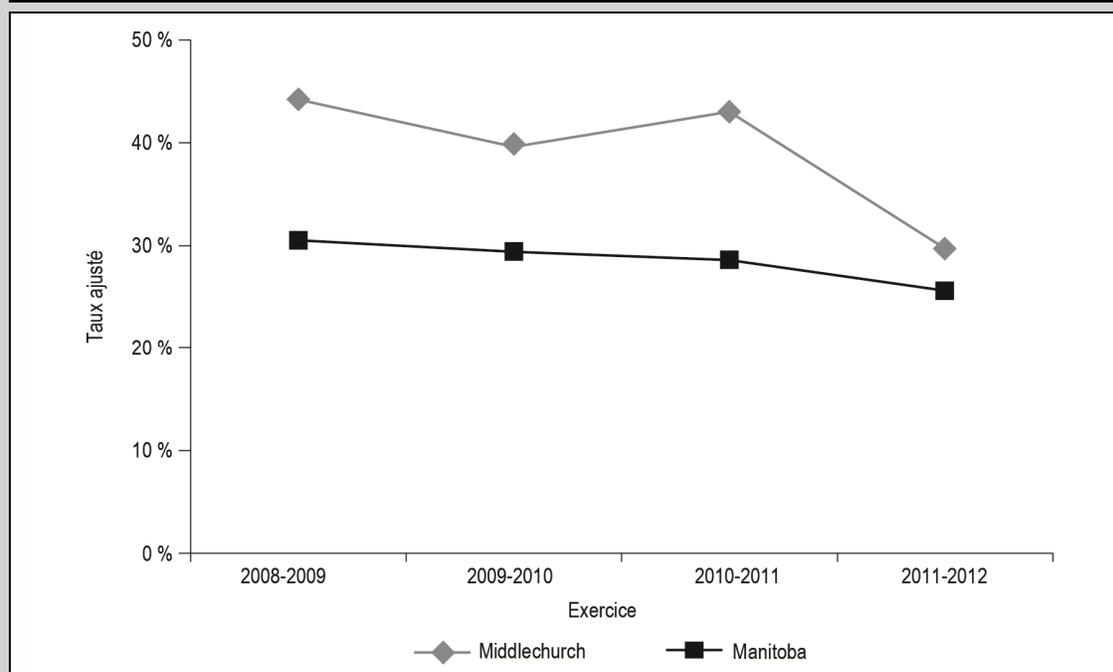
Un rapport sur l'utilisation des antipsychotiques chez les personnes âgées révèle un taux d'utilisation plus élevé de ces médicaments dans les centres de soins infirmiers que dans la collectivité. Les centres recourent souvent aux antipsychotiques pour gérer des symptômes comportementaux généralement associés à la démence²⁴. Cette famille de médicaments devrait être utilisée avec prudence, surtout chez les personnes âgées, en raison des risques d'effets secondaires et des avertissements émis par Santé Canada. Bien que ces médicaments soient appropriés pour certains résidents, les établissements dont l'indicateur montre un pourcentage faible ont peut-être recours à des thérapies non conventionnelles afin de réduire les risques.

Une histoire de réussite : Centre de soins infirmiers Middlechurch, Winnipeg (Manitoba)

Middlechurch est un centre de soins infirmiers de 197 lits situé près des rives de la rivière Rouge à Winnipeg. En 2010, le centre a lancé une initiative visant à réduire l'utilisation d'antipsychotiques pour les résidents qui n'avaient pas de diagnostic psychiatrique associé. Le projet comprenait la formation du personnel au modèle P.I.E.C.E.S., l'encadrement hebdomadaire des équipes cliniques et de gestion afin de favoriser l'échange de connaissances ainsi qu'un module d'autoapprentissage en ligne. Un examen périodique des données du RAI-MDS a permis au personnel de première ligne et aux gestionnaires d'évaluer les progrès réalisés.

La figure 12 illustre les progrès de Middlechurch, dont les taux ajustés sont passés de 42 % à 30 % au cours de la dernière année de données. Cette avancée n'a toutefois pas reposé sur une augmentation de l'utilisation de mesures de contention.

Figure 12 : Indicateur du recours aux antipsychotiques en l'absence d'un diagnostic de psychose, pourcentages, Middlechurch et Manitoba, 2008-2009 à 2011-2012



Remarque

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

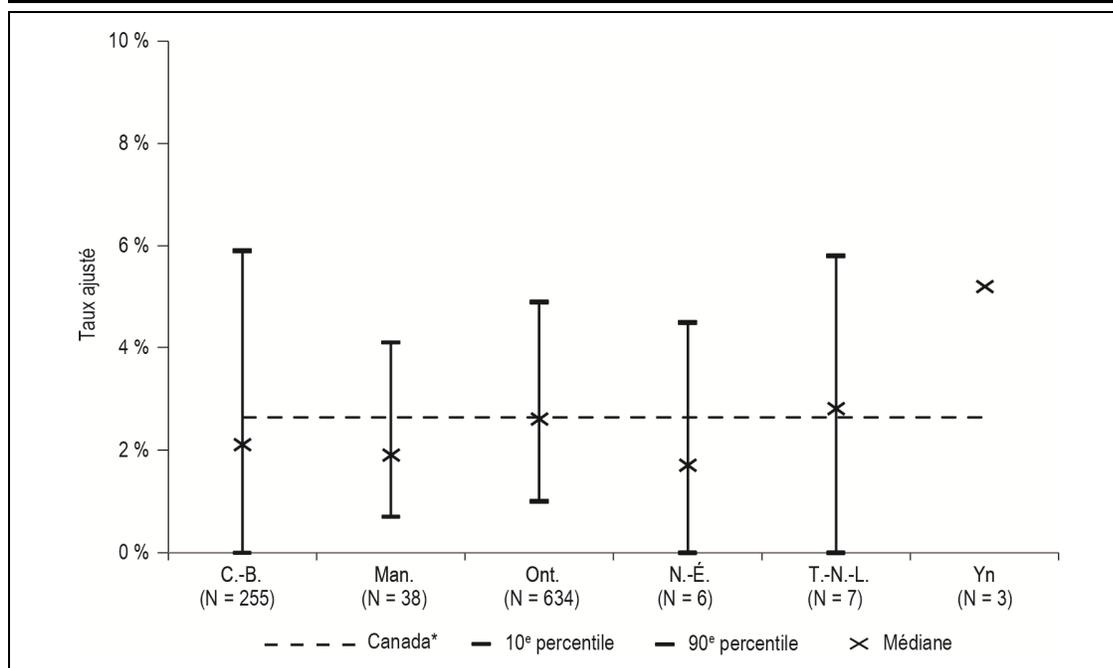
Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Ulcères de décubitus

La figure 13 illustre les pourcentages de résidents qui ont développé un nouvel ulcère de décubitus de stade 2 à 4 au cours des 90 jours précédant l'évaluation. Les pourcentages sont calculés à l'échelle des établissements. Un pourcentage *faible* indique une bonne performance.

Figure 13 : Indicateur du développement d'un nouvel ulcère de décubitus de stade 2 à 4, pourcentages à l'échelle des établissements, par province et territoire, 2011-2012



Remarques

* Taux non ajusté, N = 943.

Les centres au Manitoba comprennent uniquement ceux relevant de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2011-2012, Institut canadien d'information sur la santé.

Le développement de nouveaux ulcères de décubitus est fort heureusement plutôt rare dans les centres de soins infirmiers. La moyenne globale des résidents qui ont développé un nouvel ulcère de décubitus depuis leur dernière évaluation était inférieure à 3 %. Les taux médians des provinces et territoires variaient de 2 % à 6 %, après ajustement en fonction des caractéristiques des résidents et des établissements.

On a également observé des écarts dans les résultats pour cet indicateur au sein même des provinces et territoires. Par exemple, à Terre-Neuve-et-Labrador, l'indicateur des centres de soins infirmiers les plus performants s'établissait à 0 % contre près de 6 % pour le reste.

Pourquoi cet indicateur est-il important?

Les résidents qui font des ulcères de décubitus souffrent de douleur, peuvent développer des infections et présentent un risque de mortalité supérieur. Les ulcères de décubitus étant coûteux et compliqués à traiter, la prévention est une priorité en matière de soins de qualité²⁵.

Discussion

Le présent rapport introduit huit indicateurs de la qualité tirés du SISLD et présente des taux comparatifs ajustés en fonction des différences entre les résidents et les établissements. Il fournit également un portrait des résidents de centres de soins infirmiers de six des huit provinces et territoires où l'instrument RAI-MDS 2.0 est utilisé pour planifier et gérer les soins.

Les résultats des indicateurs de la qualité varient et si certains troubles (comme les nouveaux ulcères de décubitus) sont plutôt rares, d'autres (comme la détérioration de l'humeur et l'utilisation d'antipsychotiques sans diagnostic de psychose) sont plus courants.

Les résultats révèlent que, si certains centres s'en tirent mieux que d'autres, aucun établissement, aucune province ni aucun territoire n'a obtenu de bons résultats pour tous les indicateurs sélectionnés. D'importants écarts en matière de performance ont également été constatés entre les provinces et territoires ainsi qu'au sein des provinces et territoires.

Par exemple, les taux des indicateurs suivants illustrent les différences entre les centres situés dans les 10^e et 90^e percentiles au chapitre de la performance. Un pourcentage *faible* est synonyme d'une performance supérieure pour ces indicateurs.

- Le pourcentage de résidents qui ont reçu un antipsychotique sans diagnostic associé variait de 18 % à 50 %.
- Le pourcentage de résidents dont les symptômes de dépression se sont détériorés variait de 3 % à 40 %.
- Le pourcentage de résidents dont la douleur s'est intensifiée variait de 3 % à 32 %.
- Le pourcentage de résidents qui ont fait une chute variait de 5 % à 24 %.

Ces variations ont été observées même après des ajustements en fonction des différences quant aux caractéristiques des résidents et des établissements.

Ces variations révèlent des problèmes potentiels de qualité dans certains établissements, mais montrent également des pistes de solutions — les centres les plus performants deviennent un point de référence pour les autres. Les études de cas montrent comment l'utilisation des données peut contribuer à améliorer la performance et la qualité. Il est également possible d'améliorer la performance en ayant recours aux guides d'analyse par domaine d'intervention d'interRAI, qui permettent d'élaborer des plans de soins personnalisés répondant aux besoins de chaque résident²⁶. Les établissements peuvent aussi utiliser les guides pour créer de nouveaux programmes afin d'améliorer la qualité des soins de même que les résultats pour les résidents vulnérables.

Orientations futures

Le présent rapport est le premier rapport du SISLD consacré aux indicateurs de la qualité des centres de soins infirmiers. Chaque année, de plus en plus de centres de soins infirmiers intègrent l'instrument RAI-MDS 2.0 et les rapports de l'ICIS dans le cadre de leurs programmes d'amélioration continue de la qualité. L'ICIS offre un soutien technique, analytique et clinique aux centres de soins infirmiers participants qui recueillent et soumettent des données, et convertissent les résultats en mesures d'amélioration de la qualité. L'expansion du SISLD permettra de produire des rapports qui feront état des changements observés au fil du temps et, idéalement, d'une amélioration du taux des indicateurs de la qualité.

Plusieurs provinces et territoires procèdent actuellement à l'introduction des évaluations interRAI dans d'autres secteurs, comme les services communautaires, les services à domicile, les services d'urgence et les soins palliatifs, ce qui contribue à améliorer la communication tout au long du parcours des patients dans le système de santé. Un langage commun, des échelles cliniques comparables et des protocoles d'évaluation permettent aux dispensateurs de soins d'intervenir en temps opportun afin de répondre aux besoins des résidents. Grâce à des indicateurs comparables de la qualité et aux groupes d'utilisation des ressources à l'échelle des secteurs, les planificateurs et décideurs peuvent s'assurer que les personnes âgées au Canada et d'autres personnes ayant besoin de soins de longue durée ont accès à des soins de qualité supérieure.

L'ICIS appuie ces initiatives en établissant des normes pancanadiennes en matière de données et, dans certains cas, en créant de nouveaux systèmes de déclaration. Le Système d'information sur les services à domicile de l'ICIS accepte maintenant les évaluations des services d'urgence et des programmes communautaires de dépistage réalisées au moyen de l'évaluation à l'accueil d'interRAI. Ces données permettent ainsi de dresser un portrait plus complet des transitions de la vie autonome à l'hôpital ou à d'autres types d'établissements de soins. En plus de réaliser des évaluations communautaires, le personnel des services à domicile au Canada travaille de concert avec les hôpitaux afin de produire des évaluations préalables au congé et ainsi de déterminer si les patients seront orientés vers des services à domicile ou un centre de soins infirmiers.

L'augmentation du nombre de pays qui adoptent les instruments d'évaluation d'interRAI permet maintenant de procéder à des comparaisons à l'échelle internationale. Une étude récente réalisée dans sept pays de l'Union européenne confirmait d'ailleurs la fiabilité de la nouvelle version de l'instrument pour centre de soins infirmiers d'interRAI, appelée Évaluation de soins de longue durée en établissement²⁷. L'étude soulève des points communs et des différences entre les pays quant aux caractéristiques démographiques et au degré de déficience, ce qui confirme les écarts que nous avons constatés entre les provinces et les territoires. Selon les échelles cliniques d'interRAI, la population des centres de soins infirmiers de la Finlande partage beaucoup de points communs avec celle des établissements canadiens et peut donc constituer un groupe semblable à des fins de comparaison internationale des indicateurs de la qualité²⁸.

L'ICIS prévoit être en mesure de produire des évaluations plus complètes de la performance du système de santé grâce à de nouvelles initiatives permettant de recueillir des données actualisées saisies dans les cliniques de soins primaires, les cabinets de médecins, les hôpitaux, les centres de soins infirmiers et les services à domicile. Ces nouvelles données nous aideront à dresser un portrait plus complet du système de santé du Canada. Elles permettront également de mieux comprendre les diverses dimensions de la qualité dont il faut tenir compte pour atteindre l'excellence dans l'ensemble du continuum de soins. Ces renseignements sont essentiels pour garantir la viabilité du système de santé et s'assurer que les Canadiens reçoivent les soins appropriés, au bon endroit et au bon moment.

Mais surtout, l'adoption de la norme du SISLD par les centres de soins infirmiers sera particulièrement bénéfique pour les résidents et leurs familles. Les conseils en matière de planification des soins fournis par l'évaluation d'interRAI favorisent en effet la mise en œuvre des meilleures pratiques de soins. L'information transmise aux familles des résidents fournit un cadre de discussion concernant les soins dispensés et la qualité de vie de leurs proches. Les centres de soins infirmiers qui utilisent et diffusent leurs indicateurs de la qualité démontrent aux résidents et aux familles leur engagement permanent envers l'excellence.

Références

1. Welsh M, McLean J. Nursing home residents abused [sommaire]. *Toronto Star*. 2011.
2. Statistique Canada. *Residential Care Facilities, 2009/2010*. Statistique Canada; 2011. <http://www.statcan.gc.ca/pub/83-237-x/83-237-x2012001-eng.pdf>.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Care in Canada: A Focus on Seniors and Aging*. Ottawa, ON : ICIS; 2011.
4. Institut canadien d'information sur la santé. *Seniors and the Health Care System: What Is the Impact of Multiple Chronic Conditions?* Ottawa, ON : ICIS; 2011.
5. Institut canadien d'information sur la santé and . *Health Indicators 2007*. Ottawa, ON : ICIS; 2007.
6. Institut canadien d'information sur la santé. *Alternate Level of Care in Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.
7. Institut canadien d'information sur la santé. *Proton Pump Inhibitor Use in Seniors: An Analysis Focusing on Drug Claims, 2001 to 2008*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.
8. Institut canadien d'information sur la santé. *Seniors' Use of Emergency Departments in Ontario, 2004-2005 to 2008-2009*. Ottawa, ON : ICIS; 2010.
9. Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, et al. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:277. PM:19115991.
10. Qualité des services de santé Ontario. <http://www.hqontario.ca>. Dernière modification le 4 octobre 2011. Consulté le 29 août 2012.
11. Health Quality Council. <http://www.hqc.sk.ca>. Dernière modification en 2012. Consulté le 29 août 2012.
12. Morris JN, Jones RN, Fries BE, Hirdes JP. Convergent validity of minimum data set-based performance quality indicators in postacute care settings. *Am J Med Qual*. 2004;19(6): 242-247. PM:15620075.
13. Institut canadien d'information sur la santé. *CCRS Quality Indicators: Risk Adjustment Methodology*. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/community+care/residential+care/cihi010266>. Dernière modification en 2012.
14. Landi F, Onder G, Cattel C, et al. Functional status and clinical correlates in cognitively impaired community-living older people. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2001;14(1):21-27. PM:11281312.
15. Dubeau CE, Simon SE, Morris JN. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(9):1325-1333. PM:16970638.
16. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Best practices toolkit : implementing and sustaining change in long-term care. <http://ltctoolkit.rnao.ca>. Dernière modification en 2012. Consulté le 1^{er} octobre 2012.

17. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(3):249-265. PM:12634292.
18. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):372-387. PM:16603029.
19. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. *Clin Geriatr Med*. 2003;19(4):663-696. PM:15024807.
20. Institut canadien d'information sur la santé. *Depression Among Seniors in Residential Care*. Ottawa, ON : ICIS; 2010.
21. Institut canadien d'information sur la santé. *Caring for Nursing Home Residents With Behavioural Symptoms: Information to Support a Quality Response*. Ottawa, ON : ICIS; 2008.
22. À propos du programme P.I.E.C.E.S. http://www.piecescanada.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=3. Dernière modification en 2012. Consulté le 29 août 2012.
23. Torvik K, Kaasa S, Kirkevoid O, Rustoen T. Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes. *Pain Manag Nurs*. 2010;11(1):35-44. PM:20207326.
24. Institut canadien d'information sur la santé. *Antipsychotic Use in Seniors: An Analysis Focusing on Drug Claims, 2001 to 2007*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.
25. Livesley NJ, Chow AW. Infected pressure ulcers in elderly individuals. *Clin Infect Dis*. 2002;35(11):1390-1396. PM:12439803.
26. interRAI. *InterRAI Clinical Assessment Protocols (CAPs)—For Use With InterRAI's Community and Long-Term Care Assessment Instruments, March 2008*. Ottawa, ON : ICIS; 2008.
27. Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:5. PM:22230771.
28. Finne-Soveri H, Hammar T, Noro A. Measuring the quality of long-term institutional care in Finland [sommaire]. *Eurohealth* 2010;16:8-10.

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

Tous droits réservés.

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

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

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-162-6 (PDF)

© 2013 Institut canadien d'information sur la santé

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

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Vivre dans un centre de soins infirmiers : évaluation de la qualité des centres de soins infirmiers au Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2013.

This publication is also available in English under the title *When a Nursing Home Is Home: How Do Canadian Nursing Homes Measure Up on Quality?*

ISBN 978-1-77109-161-9 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006

www.icis.ca

Au cœur des données



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information