Qualité des données de 2014-2015 du Système d'information sur les soins de longue durée

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.

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

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

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. Les éléments propres au Canada et leur description © Institut canadien d'information sur la santé, 2016.

This publication is also available in English under the title *Data Quality Documentation, Continuing Care Reporting System, 2014–2015*.

Table des matières

Sommaire 5

1 Introduction 7

2 Aperçu du Système d'information sur les soins de longue durée.....8

2.1 RAI-MDS 2.0 8

2.2 Types d'enregistrements du SISLD 9

2.3 Collecte des données 11

2.3.1 Intégralité de la soumission des données.....11

2.3.2 Échéance de soumission des données 12

2.4 Contrôle de la qualité des données.....12

2.4.1 Soutien aux fournisseurs et mise à l'essai des logiciels 12

2.4.2 Processus de vérification et de correction du SISLD 12

2.4.3 Programme de formation 13

2.4.4 Soutien aux clients 13

2.5 Imputation 14

2.6 Résultats du SISLD 14

3 Couverture et taux de réponse 15

3.1 Population cible et population de référence du SISLD.....15

3.2 Non-réponse au SISLD à l'échelle de l'établissement 18

3.3 Couverture et non-réponse à l'échelle de l'enregistrement.....19

3.3.1 Augmentation des volumes d'enregistrements 20

3.3.2 Résidents ayant fait l'objet d'une évaluation.....22

3.3.3 Enregistrements en double possibles.....24

3.3.4 Non-réponse à l'échelle de l'enregistrement 25

3.4 Non-réponse aux éléments de données 28

4 Erreur de mesure, biais et uniformité.....35

4.1 Fiabilité et validité des évaluations RAI-MDS 2.0 et des résultats 35

4.2 Uniformité des variables démographiques.....35

4.3 Uniformité des variables cliniques 38

4.4 Uniformité longitudinale 40

5 Comparabilité 42
5.1 Conventions 42
5.1.1 Établissement 42
5.1.2 Personne 43
5.1.3 Période de déclaration 44
5.1.4 Caractéristiques géographiques 44
6 Conclusion 44
Annexe : Éléments de données des évaluations complètes et trimestrielles 46
Références 72

Sommaire

Le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) est une base de données longitudinales. Il contient des renseignements cliniques, démographiques et administratifs sur les résidents d'établissements de soins de longue durée en hébergement et en milieu hospitalier. L'outil d'évaluation clinique RAI-MDS 2.0©, validé à l'échelle internationale, établit les normes relatives aux données cliniques du SISLD.

Les données recueillies pour 2014-2015 proviennent de 106 établissements hospitaliers de soins de longue durée et de 1 312 établissements de soins en hébergement (voir le tableau 1). Parmi ceux-ci, 141 établissements ont commencé à soumettre des données au SISLD en 2014-2015. La plupart des nouveaux établissements ont soumis des données pour 2014-2015 et les années précédentes. Ainsi, le SISLD contient plusieurs années de données pour presque tous les établissements participants, y compris les nouveaux. À l'exception de 2 hôpitaux de l'Office régional de la santé (ORS) de Winnipeg, tous les hôpitaux qui soumettent des données au SISLD sont des établissements de soins continus complexes de l'Ontario, lesquels ont reçu le mandat de soumettre des données au SISLD ou au système précédent depuis 1996. Les établissements de soins en hébergement qui participent au SISLD sont situés à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba (ORS de Winnipeg), en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Yukon.

De nombreux tests réalisés au Canada et à l'étranger ont permis de confirmer le degré élevé de fiabilité et de validité du RAI-MDS 2.0. L'analyse des données du SISLD a également démontré que les données sont généralement de grande qualité et qu'elles sont bien saisies et uniformes d'un enregistrement d'évaluation à l'autre. De plus, les établissements doivent soumettre des données conformes aux spécifications de l'ICIS de manière à ce que chaque enregistrement soit complet et ne contienne que des valeurs valides.

Plusieurs points importants devraient être pris en considération lors de l'utilisation des données du SISLD :

- La portée du SISLD s'est élargie depuis la création de la base de données en 2003-2004 et elle continuera de s'élargir à mesure que les provinces et territoires mettront en œuvre le RAI-MDS 2.0 et qu'ils soumettront leurs données à l'ICIS. Cela dit, à l'heure actuelle, les données du SISLD ne donnent pas nécessairement une image représentative de tous les établissements de soins de longue durée au Canada.

- De plus, la population de référence diffère chaque année en raison de l'augmentation du nombre de participants au SISLD. Tout changement dans les tendances doit être interprété avec prudence, car il peut découler de changements dans la population sous-jacente plutôt que de réels changements dans les caractéristiques des résidents et l'utilisation des ressources.
- La structure des données longitudinales du SISLD est complexe. Les utilisateurs doivent donc savoir quelles données seront disponibles à quel moment, et connaître les éléments de données propres à chaque type d'enregistrement (p. ex. l'évaluation trimestrielle par rapport à l'évaluation complète du RAI-MDS 2.0).
- Une grande proportion de résidents ne sont pas évalués dans certaines provinces et certains territoires, principalement parce que la durée de leur séjour est de moins de 14 jours. Par exemple, dans les établissements de soins continus complexes de l'Ontario, seulement 72,2 % des résidents font l'objet d'une évaluation. Par conséquent, le SISLD ne contient pas de données d'évaluation pour tous les résidents.
- Un faible pourcentage (0,8 %) d'épisodes de soins de 2014-2015 ont été classés comme des sorties présumées, c'est-à-dire qu'on a cessé de soumettre des enregistrements d'évaluation et qu'aucun enregistrement de sortie n'a été soumis, ce qui indique qu'il manque au moins un enregistrement pour ce résident. Même si 0,8 % représente un pourcentage significatif des sorties présumées, cette situation est courante lorsqu'un nombre important d'établissements commencent à soumettre des données, comme ce fut le cas en 2014-2015.
- Une faible proportion d'enregistrements présente des incohérences et autres problèmes en ce qui a trait aux renseignements démographiques servant à identifier un même résident au cours de différents épisodes. Les utilisateurs doivent en tenir compte lorsqu'ils tentent d'effectuer le couplage longitudinal des enregistrements.
- Les utilisateurs qui effectuent une analyse des tendances pour un établissement doivent être au courant de tout changement organisationnel (fermeture, fusion ou scission) qui pourrait entraîner un changement dans le numéro d'établissement. Ces changements peuvent avoir des répercussions sur les analyses, selon la méthode employée pour gérer le transfert des données de l'ancien au nouveau numéro d'établissement.

1 Introduction

Le présent rapport fournit des renseignements généraux ainsi qu'un compte rendu sur la qualité des données soumises au Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). Il vise à aider les utilisateurs à comprendre les données du SISLD et à mieux les utiliser. On y trouve des renseignements sur la structure des données du SISLD, sur les méthodes de collecte et de traitement des données, ainsi que sur les forces et limites des données. Le traitement des données, les mesures de contrôle de la qualité des données et les activités d'analyse au sein de la Section du SISLD ont permis de cerner et d'examiner les limites des données.

Le rapport vise principalement les données de 2014-2015 soumises au SISLD au moment de la publication des données annuelles.

Le Cadre de la qualité des données de l'ICIS, instauré en 2000-2001 et révisé en 2009, décrit la stratégie d'évaluation de la qualité des données utilisée dans toutes les bases de données et tous les registres de l'ICIS. Ce cadre repose sur 5 dimensions de la qualité :

- exactitude
- comparabilité
- actualité
- facilité d'utilisation
- pertinence

Les forces et limites des données du SISLD décrites dans le présent rapport touchent certains aspects de l'exactitude (plus précisément, la portée, les cas de non-réponse et les erreurs de mesure) et de la comparabilité.

Pour de plus amples renseignements sur ce Cadre de la qualité des données, consultez le site Web de l'ICIS (www.icis.ca).

2 Aperçu du Système d'information sur les soins de longue durée

Le SISLD est un système d'information pancanadien lancé en 2003-2004 par l'ICIS. Il permet de recueillir des données normalisées auprès des établissements de soins de longue durée en hébergement qui fournissent des soins infirmiers 24 heures sur 24 (c.-à-d. les maisons de soins de longue durée, les foyers de soins personnels et les centres de soins infirmiers) et auprès des établissements ou unités de soins de longue durée en milieu hospitalier (parfois appelés soins continus complexes, soins prolongés ou soins pour malades chroniques). De 1996 à 2003, les établissements hospitaliers de soins continus complexes de l'Ontario ont soumis des données au Système sur les malades chroniques en Ontario (SMCO). Les données ont ensuite été incorporées au SISLD.

Au cours des années suivantes, les établissements de soins de longue durée en Ontario, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve-et-Labrador, au Manitoba, en Colombie-Britannique, au Yukon, en Alberta, en Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick ont commencé à soumettre des données au SISLD. Le tableau 1 indique le nombre d'établissements qui soumettent des données du SISLD, par province et territoire; les tableaux 3, 4 et 5 présentent une ventilation des données par année pour chaque province ou territoire. Le SISLD contient des données longitudinales sur l'utilisation des ressources et sur les caractéristiques démographiques, cliniques et fonctionnelles des résidents qui reçoivent des services de soins de longue durée dans les établissements hospitaliers ou les établissements de soins en hébergement du Canada. Les organismes participants transmettent également des renseignements sur les caractéristiques de l'établissement afin de faciliter les études et les analyses comparatives.

2.1 RAI-MDS 2.0

Le Resident Assessment Instrument–Minimum Data Set 2.0 (RAI-MDS 2.0©) établit les normes relatives aux données cliniques du SISLD. Conçu par interRAI, un réseau international de chercheurs, cet outil d'évaluation clinique validé a été modifié avec permission par l'ICIS à des fins d'utilisation au Canada.

Le RAI-MDS 2.0 est un outil d'évaluation exhaustif qui sert à cerner les préférences, les besoins et les forces des résidents d'établissements de soins en hébergement et des patients recevant des soins de longue durée en milieu hospitalier. Il permet également de brosser le tableau des services qu'ils reçoivent. Le RAI-MDS 2.0 comprend des mesures concernant les fonctions cognitives, la communication, la vision, l'humeur et le comportement, le bien-être psychosocial, le fonctionnement physique, la continence, les diagnostics de maladies, l'état nutritionnel, l'état de la peau, les médicaments et les interventions et traitements spéciaux. L'annexe contient une

liste complète des éléments de données recueillis à l'aide du RAI-MDS 2.0. Une évaluation RAI-MDS 2.0 est effectuée dès qu'une personne est admise dans l'établissement, puis tous les 3 mois, ou au besoin, si l'état clinique du résident change de façon significative. Les données démographiques et administratives recueillies sur le résident au moment de l'admission et de la sortie s'ajoutent aux données de l'évaluation RAI-MDS 2.0.

Les renseignements saisis par voie électronique au point de service facilitent la prise de décisions en temps réel pour la planification et le suivi des soins de première ligne. Les données sur chacun des résidents peuvent être agrégées et servir aux défenseurs de la qualité clinique, aux gestionnaires et aux décideurs à des fins de planification, d'amélioration de la qualité et de responsabilisation.

2.2 Types d'enregistrements du SISLD

En tant que système d'information longitudinale, le SISLD reçoit les données que recueillent les établissements à des moments clés du séjour du résident :

- **Admission :** Le formulaire d'enregistrement d'admission sert à recueillir des renseignements démographiques et administratifs essentiels sur chaque résident au moment de l'admission. Il permet d'ouvrir l'épisode du résident et d'établir le numéro d'inscription unique qui sera associé à toutes les évaluations menées dans le cadre de cet épisode de soins.
- **Évaluation :** Une évaluation RAI-MDS 2.0 complète est réalisée pour chaque résident dans les 14 jours suivant son admission, puis une fois l'an pour le reste du séjour associé à cette admission. Des évaluations complètes sont également effectuées si l'état clinique du résident change de façon significative. L'évaluation complète à l'admission n'est pas obligatoire dans le cas des séjours inférieurs à 14 jours. Une brève évaluation RAI-MDS 2.0 est réalisée chaque trimestre (après 3, 6 et 9 mois) entre les évaluations complètes.
- **Médicaments :** La section U du RAI-MDS 2.0 permet de consigner des renseignements détaillés sur tous les médicaments utilisés au cours de la période d'observation. À l'heure actuelle, la soumission à l'ICIS de données sur les médicaments demeure facultative. Les établissements transmettent une fiche de médicament pour chaque médicament consigné dans l'évaluation RAI-MDS 2.0.
- **Sortie :** Un enregistrement de sortie est créé lorsque le résident quitte l'établissement (comprend les congés et les décès). Un enregistrement de sortie peut également être créé lors d'une sortie temporaire (c.-à-d. lorsqu'on prévoit le retour du résident). Veuillez noter que le SISLD ne compile aucune donnée sur les absences de résidents qui n'ont pas officiellement reçu leur congé (départ de l'établissement pour des raisons médicales ou sociales).

- **Réadmission :** Un enregistrement de réadmission est rempli lorsqu'un résident a obtenu son congé, mais revient à l'établissement avant sa prochaine évaluation. La réadmission donne lieu à la poursuite du cycle d'évaluation précédent sous le même numéro d'inscription unique. Si, après sa sortie de l'établissement, le résident ne s'est pas présenté à l'évaluation planifiée, un nouvel épisode de soins doit être amorcé avec un nouveau formulaire d'enregistrement d'admission et un nouveau numéro d'inscription unique.
- **Éléments de l'enregistrement de mise à jour**
  - **Indicateur de soins payés par le résident :** Cet élément permet de différencier les résidents dont le coût du séjour per diem est couvert uniquement par eux-mêmes ou par une assurance privée des résidents dont le coût est couvert, en tout ou en partie, par des fonds publics. L'Indicateur de soins payés par le résident est inscrit à l'admission (sur le formulaire d'enregistrement d'admission ou de réadmission), mais peut changer au cours du séjour du résident. Si le mode de paiement change, les renseignements mis à jour peuvent être soumis dans un enregistrement de mise à jour.
  - **Type de lit :** Cet élément permet de déclarer le type de lit dans lequel le résident est placé au sein d'un établissement. Les valeurs valides pour le type de lit sont définies par la régie régionale de la santé ou le ministère de la Santé pertinents en fonction des structures organisationnelles des établissements d'une province ou d'un territoire. Le type de lit est inscrit à l'admission (sur le formulaire d'enregistrement d'admission ou de réadmission), mais il peut changer au cours du séjour du résident. Si le résident est transféré dans un autre type de lit durant son séjour dans un même établissement, les renseignements mis à jour peuvent être soumis dans un enregistrement de mise à jour.
  - **Code de compte du centre d'activité des Normes SIG — unité :** Cet élément permet d'identifier le centre d'activité des Normes SIG lié à l'unité dans laquelle est placé le résident. Le Code de compte du centre d'activité des Normes SIG est inscrit à l'admission (sur le formulaire d'enregistrement d'admission ou de réadmission), mais peut changer au cours du séjour si le résident est transféré dans une autre unité qui possède un code de compte du centre d'activité des Normes SIG différent. Si ce code change durant le séjour du résident dans un même établissement, les renseignements mis à jour peuvent être soumis dans un enregistrement de mise à jour.

En raison du calendrier d'évaluation, des données devraient être obtenues chaque trimestre sur tous les résidents actifs de l'établissement durant le trimestre en question.

2.3 Collecte des données

Le RAI-MDS 2.0 est mis en œuvre dans les provinces et territoires principalement à titre d'outil d'évaluation exhaustif visant à aider les cliniciens de première ligne à planifier et à faire un suivi des soins prodigués aux résidents. Les données soumises au SISLD représentent donc un produit dérivé des processus continus de soins.

L'évaluation est enregistrée électroniquement et le logiciel utilisé par l'établissement peut transmettre de la rétroaction en temps réel au personnel de l'établissement aux fins de la planification des soins.

Le *Manuel de l'utilisateur du RAI-MDS 2.0* définit les éléments de données et les normes régissant la collecte des données. Le *Manuel de spécifications du SISLD* présente les modalités de soumission de données au SISLD ainsi que les spécifications relatives aux éléments de données, les valeurs de code valides, la disposition des enregistrements, les règles de validation des données et la description des messages d'erreur. Ces 2 manuels sont mis à la disposition des clients avant le début de chaque exercice. Les organismes qui participent au SISLD ont accès aux produits et services de l'ICIS liés à la qualité et au traitement des données, au soutien à la clientèle et à la formation, à l'accès aux données, aux normes nationales d'information sur la santé. Ils ont également accès à un ensemble de publications et de rapports. Les clients qui soumettent des fichiers de données au SISLD reçoivent des rapports sur la qualité des données dès que les enregistrements ont été traités. Pour recueillir et soumettre des données au SISLD, les établissements doivent utiliser un logiciel de saisie mis au point par des fournisseurs qui respectent les exigences de l'ICIS. Ces fournisseurs de logiciels intègrent les spécifications de soumission de l'ICIS à leurs propres systèmes. Les fichiers de données sont transmis à l'ICIS par voie électronique au moyen d'une application Web sécurisée.

2.3.1 Intégralité de la soumission des données

L'ICIS vérifie tous les enregistrements de la soumission afin d'en confirmer l'intégralité et de valider les valeurs soumises. Tout enregistrement qui ne répond pas aux spécifications est rejeté; un rapport indiquant les causes du rejet est alors transmis au fournisseur de données. Le fournisseur de données doit ensuite corriger et soumettre de nouveau les enregistrements rejetés.

Le système génère des rapports de vérification de la qualité des données 45 jours après la fin d'un trimestre de soumission. Ces rapports signalent les enregistrements possiblement manquants et les valeurs illogiques ou douteuses dans les données soumises avec succès. Les fournisseurs de données disposent ensuite de 15 jours pour soumettre les données corrigées ou manquantes.

2.3.2 Échéance de soumission des données

Les dates limites de soumission trimestrielles sont diffusées annuellement, avant le début de l'année de soumission. Comme nous l'avons mentionné, les fournisseurs de données disposent de 45 jours pour soumettre les données d'un trimestre, et de 15 autres jours pour soumettre des corrections ou des données supplémentaires. Un fichier d'extraction des données soumises est créé 60 jours après la clôture du trimestre en vue de la production des rapports électroniques du SISLD. Bien que les données reçues après la date d'échéance de soumission soient acceptées dans le SISLD, elles ne sont pas prises en compte dans les rapports électroniques du trimestre en question.

2.4 Contrôle de la qualité des données

Des mesures rigoureuses de contrôle de la qualité permettent de recueillir des données de qualité supérieure dans le SISLD. Ces mesures comprennent les processus auxquels les fournisseurs de logiciels doivent se soumettre afin de mettre leur logiciel à l'essai avant d'amorcer la soumission de données pour un nouvel exercice, les processus de vérification et de correction du SISLD, un programme de formation exhaustif et un service de soutien à la clientèle.

2.4.1 Soutien aux fournisseurs et mise à l'essai des logiciels

Le respect des mesures de contrôle de la qualité des données est assuré par les équipes responsables des relations avec les fournisseurs et des systèmes de production du Secteur des services des technologies de l'information de l'ICIS. Ces équipes offrent un soutien aux fournisseurs, coordonnent la diffusion annuelle des spécifications du système et participent aux essais des fournisseurs. Les fichiers sont traités en milieu d'essai afin que leur format et leur contenu répondent aux exigences de soumission au SISLD en vigueur pour l'exercice.

2.4.2 Processus de vérification et de correction du SISLD

Les fournisseurs de données sont priés d'utiliser des outils électroniques pour consigner les données d'évaluation et de faire appel à des fournisseurs de logiciel qui ont mis en place des processus de contrôle et de vérification au moment de la collecte des données, ce qui permet d'effectuer des vérifications et des corrections à l'étape de saisie des données.

Les processus de vérification intégrés au SISLD sont logiques et cohérents, et sont approuvés par le personnel de l'ICIS avant leur mise en œuvre. Plusieurs vérifications de l'uniformité, effectuées dans et entre certains éléments de données ainsi qu'entre les enregistrements, assurent l'intégrité longitudinale des renseignements sur les résidents. Par exemple, la date

de sortie indiquée dans l'enregistrement de sortie doit correspondre à la date d'admission indiquée dans le formulaire d'enregistrement d'admission ou la dépasser, et un enregistrement de réadmission ne peut être soumis avant qu'un enregistrement de sortie n'ait été soumis avec succès.

L'ICIS vérifie tous les enregistrements de la soumission afin d'en confirmer l'intégralité et de valider les valeurs soumises. Tout enregistrement qui ne répond pas aux spécifications est rejeté; un rapport indiquant les causes du rejet est alors transmis au fournisseur de données.

Le rapport de soumission est produit rapidement (dans un intervalle d'un jour ou 2) lorsque le fichier de soumission est traité dans la base de données. Ce rapport renseigne le fournisseur de données sur le nombre d'enregistrements soumis, le nombre d'enregistrements rejetés et les causes de chaque rejet. L'ICIS offre des séances de formation et un service de soutien aux fournisseurs de données afin de les aider à interpréter les rapports de soumission et à corriger les enregistrements rejetés. Comme nous l'avons mentionné, les rapports de vérification de la qualité des données, qui sont produits 45 jours après la fin du trimestre, relèvent également les erreurs potentielles qui pourraient nécessiter une correction.

2.4.3 Programme de formation

Un programme de formation exhaustif offre aux fournisseurs de données des séances de formation sur les évaluations RAI-MDS 2.0, la soumission de données, la gestion des erreurs de soumission et des corrections, ainsi que l'interprétation et l'utilisation des données et des rapports électroniques du SISLD. Ces cours permettent de normaliser les pratiques de codification et d'assurer le respect des exigences de l'ICIS en matière de collecte et de soumission des données.

2.4.4 Soutien aux clients

L'équipe du SISLD offre du soutien aux responsables de la collecte et de la soumission des données. Les membres de l'équipe répondent aux questions portant sur les évaluations RAI-MDS 2.0 et les produits du SISLD, dont les rapports électroniques; contribuent à l'élaboration et à la présentation des programmes de formation; offrent leur expertise en matière de soumission de données; et établissent des liens avec les personnes-ressources des gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de santé et les utilisateurs de données.

2.5 Imputation

Comme nous l'avons mentionné à la section 2.2, une évaluation RAI-MDS 2.0 complète est réalisée pour chaque patient dans les 14 jours suivant leur admission, puis une fois l'an pour le reste du séjour associé à cette admission. Des évaluations complètes sont également effectuées si l'état clinique du résident change de façon significative. Une brève évaluation RAI-MDS 2.0 est réalisée chaque trimestre (après 3, 6 et 9 mois) entre les évaluations complètes.

Certains des éléments de données qui ne sont pas recueillis dans l'évaluation trimestrielle sont imputés à partir des valeurs soumises lors de la dernière évaluation complète associée à la même admission. Ces éléments, par exemple le diagnostic des maladies chroniques, demeurent relativement stables au fil du temps. L'annexe comprend une liste des éléments de données qui font l'objet d'une imputation.

Dans certains cas, il n'existe aucune évaluation complète permettant d'imputer des données à l'évaluation trimestrielle. Cette situation se produit habituellement lorsqu'un établissement commence à soumettre des données au SISLD. Lorsqu'un établissement commence à utiliser les évaluations du RAI-MDS 2.0, il doit évaluer un certain nombre de résidents qui ont été admis avant la mise en œuvre de l'outil. Toutefois, les établissements ne réalisent pas immédiatement l'évaluation d'admission complète de ces résidents. Ils procèdent plutôt à des évaluations trimestrielles jusqu'au jour anniversaire de l'admission, puis effectuent des évaluations complètes. Il peut donc s'écouler jusqu'à un an avant que le SISLD ne reçoive une évaluation complète pour ces résidents.

Les utilisateurs doivent être en mesure de déterminer si les éléments de données du RAI-MDS 2.0 qu'ils souhaitent utiliser figurent dans tous les enregistrements d'évaluation ou non.

2.6 Résultats du SISLD

Le RAI-MDS 2.0 comprend des algorithmes d'aide à la prise de décisions qui résument l'information provenant de l'évaluation et peuvent appuyer la prise de décisions sur le plan clinique et organisationnel. Il s'agit notamment des échelles cliniques qui résument les principaux domaines cliniques (comme le rendement cognitif, le fonctionnement physique, les symptômes de dépression et la douleur), les indicateurs de la qualité, la méthodologie des groupes clients (groupes d'utilisation des ressources, version III [RUG-III]) et les déclencheurs des protocoles de planification des soins.

Le SISLD fournit aux organismes participants l'accès à des rapports électroniques comparatifs qui présente le profil des populations, des services et des résultats de l'organisme, y compris les indicateurs de la qualité. Les défenseurs de la qualité clinique, les gestionnaires et les décideurs utilisent ces rapports à des fins de planification, d'amélioration de la qualité et de responsabilisation. Des tableaux standards de données agrégées sont mis à la disposition du grand public sous forme de Statistiques éclair du SISLD. Grâce à l'outil Web Votre système de santé, le grand public a également accès à un certain nombre d'indicateurs de la qualité du SISLD établis à partir des évaluations RAI-MDS 2.0.

3 Couverture et taux de réponse

La couverture et le taux de réponse sont des aspects de la dimension de l'exactitude du Cadre de la qualité des données de l'ICIS. Ils permettent de vérifier l'accessibilité des données pertinentes dans la base de données.

La couverture est le terme utilisé pour décrire la population exacte et connue pour laquelle des données devraient être soumises, tandis que le taux de réponse indique si des données complètes ont réellement été soumises pour cette population. La couverture du SISLD est mesurée principalement à l'échelle de l'établissement. Plus précisément, l'objectif est de déterminer si on connaît tous les établissements qui devraient soumettre des données (c.-à-d. la base de sondage) et si la liste de ces établissements est exacte.

Le taux de réponse est mesuré à plusieurs échelles :

- Établissement : Les établissements de la base de sondage ont-ils tous transmis des données?
- Enregistrement : Les enregistrements attendus ont-ils tous été reçus?
- Élément de données : Les éléments de données ou renseignements qui doivent figurer sur les enregistrements ont-ils tous été reçus?

3.1 Population cible et population de référence du SISLD

La **population cible du SISLD**, soit le groupe d'unités sur lequel on veut obtenir de l'information, correspond à tous les résidents de tous les établissements de soins de longue durée (en milieu hospitalier ou en hébergement) financés par le secteur public au Canada qui offrent des soins infirmiers continus, soit 24 heures sur 24. Le SISLD *ne dispose pas d'une couverture complète*, même si le nombre d'établissements participant au SISLD a considérablement augmenté depuis son lancement en 2003.

Il est en effet difficile de décrire la population cible du SISLD, car aucune terminologie normalisée n'est utilisée dans le secteur des services de soins en hébergement à l'échelle du Canada. Les établissements cibles englobent les centres de soins infirmiers, les maisons de soins de longue durée et les foyers de soins personnels, pour n'en citer que quelques-uns. Par ailleurs, ces termes peuvent aussi désigner des établissements de soins visant une population différente de celle ciblée par le SISLD (c.-à-d. les établissements n'offrant pas de services infirmiers continus).

La **population de référence du SISLD** représente le groupe d'unités disponibles. Dans le contexte du SISLD, il s'agit de tous les établissements de soins de longue durée financés par le secteur public au Canada qui offrent des soins infirmiers 24 heures sur 24 et qui sont susceptibles de soumettre des données (la base de sondage). La base de sondage du SISLD pour 2014-2015 comprend tous les établissements de soins continus complexes de l'Ontario en exploitation et tenus de déclarer des données, et les établissements de soins de longue durée en milieu hospitalier de l'ORS de Winnipeg. Elle comptait aussi des établissements de soins de longue durée de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, du Manitoba (ORS de Winnipeg), de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Yukon. Un établissement du Nouveau-Brunswick a commencé à soumettre des données en 2013-2014.

Le tableau 1 fait état de la participation au SISLD depuis 2010-2011. Le nombre de participants au SISLD ayant augmenté au fil du temps, la population de référence diffère chaque année. En raison de l'élargissement de la couverture et de la hausse des volumes de données provenant des établissements de soins en hébergement, tout changement des tendances doit être interprété avec prudence, car il peut découler de changements dans la population sous-jacente plutôt que de réels changements dans les caractéristiques des résidents et l'utilisation des ressources. Veuillez noter que les tableaux 1 et 2 montrent le nombre des établissements qui soumettaient des données cette année-là. Ces chiffres ne correspondront pas toujours aux données des tableaux des années subséquentes pour lesquels les données soumises rétroactivement sont montrées pour l'année où les soins ont été fournis. Par exemple, l'Alberta a commencé à soumettre des données en 2013-2014, comme le montre le tableau 1. Toutefois, les soumissions de l'Alberta comprennent les données des années antérieures, qui seront prises en compte dans les tableaux des années subséquentes.

Tableau 1 Nombre d'établissements, par province et territoire et selon le secteur, 2010-2011 à 2014-2015

Province ou territoire	Secteur	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
T.-N.-L.	Héb.	7	7	7	21	32
N.-É.	Héb.	6	6	5	4	4
N.-B.	Héb.				1	1
Ont.	Hôp.*	116	114	102	107	104
Ont.	Héb.	636	638	632	634	631
Man.	Hôp.	1	2	2	2	2
Man.	Héb.	38	38	38	38	38
Sask.	Héb.				11	129
Alb.	Héb.				168	168
C.-B.	Héb.	95	270	239	287	297
Yn	Héb.	2	4	4	4	4
Tous	Héb./hôp.	**901**	**1 079**	**1 029**	**1 277**	**1 410**

Remarques

* Il arrive que des petits établissements de soins continus complexes de l'Ontario ne soumettent pas de données au SISLD pour une année donnée, car aucun résident n'a occupé leurs lits réservés aux soins de longue durée cette année-là. En outre, plusieurs établissements de soins continus complexes ont fermé leurs portes, ce qui a réduit le nombre total d'établissements de soins continus complexes censés soumettre des données au SISLD.

Héb. : soins de longue durée en hébergement.

Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

À l'heure actuelle, la base de sondage du SISLD ne contient pas tous les établissements de chaque province et territoire qui composent la population cible du SISLD. Les utilisateurs doivent donc interpréter avec prudence les résultats du SISLD, car il se peut que la population de référence ne donne pas une image représentative de tous les établissements de soins de longue durée du Canada. À cet égard, les raisons suivantes ont été évoquées :

- Les critères d'admission régissant les établissements de soins en hébergement et les services qu'offrent ces établissements varient à l'échelle du pays. Selon la disponibilité des autres services offerts, notamment les services à domicile et les résidences avec services favorisant la vie au sein de la collectivité, les provinces et territoires adaptent les critères d'admission des établissements de soins en hébergement et les services qui y sont dispensés en fonction des besoins de la population locale. Dans les provinces et territoires qui dispensent des services à domicile et d'autres services de soutien communautaire, bon nombre de personnes qui auraient auparavant été admises dans un établissement de soins en hébergement reçoivent maintenant des services à domicile ou dans d'autres milieux.
- La soumission de données au SISLD peut varier en fonction du mandat lié à l'utilisation du RAI-MDS 2.0 dans les provinces et territoires. Certaines provinces ou certains territoires soumettent des données seulement pour les résidents pour lesquels ils sont tenus d'effectuer une évaluation RAI-MDS 2.0 (c.-à-d. les résidents en soins de longue durée), tandis que d'autres soumettent des données pour tous les résidents de l'établissement (ce qui peut comprendre les résidents occupant des lits de soins de courte durée ou de soins spécialisés).
- Les établissements et unités de soins de longue durée en milieu hospitalier soumettent des données au SISLD seulement s'ils ont mis en œuvre le RAI-MDS 2.0. C'est le cas des établissements et unités de soins continus complexes de l'Ontario et de 2 hôpitaux de l'ORS de Winnipeg. D'autres établissements et unités de soins de longue durée en milieu hospitalier soumettent des données à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'ICIS. Comme pour les établissements de soins en hébergement, le type de patients traités et les services dispensés varient considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre pour ce niveau de soins.

3.2 Non-réponse au SISLD à l'échelle de l'établissement

Afin de maintenir à jour la base de sondage, l'équipe du SISLD collabore avec les provinces et territoires (ministères de la Santé et régies régionales) afin de dresser la liste des établissements qui devront soumettre des données au SISLD, notamment dans les cas d'ouverture, de fermeture ou de fusion d'établissements, ainsi que lors d'un changement de numéro d'établissement.

L'équipe de l'ICIS surveille la soumission des données au SISLD sur une base régulière et effectue un suivi auprès des établissements, des régies régionales de la santé ou des ministères de la Santé lorsque des lacunes sont décelées dans les soumissions ou lorsque le nombre d'enregistrements reçus change de façon significative. Le tableau 2 illustre le taux de non-réponse à l'échelle des établissements pour les provinces et territoires qui ont soumis des

données au SISLD en 2014-2015. Tous les établissements qui devaient soumettre des données au SISLD (c.-à-d. les établissements en service qui ont soumis des données en 2013-2014 et les établissements qui ont terminé les essais et ont soumis leurs premières données à l'ICIS en 2014-2015) l'ont fait, à l'exception de 16 d'entre eux.

Tableau 2 Non-réponse au SISLD à l'échelle de l'établissement, par province et territoire et selon le secteur, 2014-2015

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ Hôp.
Nombre d'établissements dans la base de sondage	32	4	1	109	632	2	38	129	168	301	4	1 420
Nombre d'établissements qui ne soumettent pas de données	0	3	0	3	1	0	0	0	0	9	0	16
Taux de non-réponse	0,0 %	42,9 %	0.0 %	2,7 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,0 %	0,0 %	1,2 %

Remarques
Héb. : soins de longue durée en hébergement.
Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

3.3 Couverture et non-réponse à l'échelle de l'enregistrement

La présente section traite du volume et des types d'enregistrements soumis au SISLD, ainsi que tout problème d'enregistrements manquants (non-réponse à l'échelle de l'enregistrement) et d'enregistrements possiblement soumis en double (considérés comme une source de surdénombrement).

Prenez note qu'on ne peut mesurer avec certitude le nombre d'épisodes entièrement manquants, c'est-à-dire lorsqu'aucun formulaire d'enregistrement d'admission n'a été soumis pour un résident, à moins d'établir une comparaison entre une source de données externes et les données du SISLD. Toutefois, l'équipe du SISLD fait un suivi du volume de formulaires d'enregistrement d'admission afin de repérer ces situations de non-réponse.

3.3.1 Augmentation des volumes d'enregistrements

La base de données a connu une expansion en raison de la participation de nouveaux établissements au SISLD. Les tableaux 3, 4 et 5 donnent un aperçu de la hausse du nombre de formulaires d'enregistrement d'admission, d'enregistrements d'évaluation RAI-MDS 2.0 et d'enregistrements de sortie soumis au SISLD depuis 2010-2011.

Tableau 3 Nombre de formulaires d'enregistrement d'admission soumis, par province et territoire et selon le secteur, 2010-2011 à 2014-2015 (année d'admission)

Province ou territoire	Secteur	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
T.-N.-L.	Héb.	401	549	648	730	997
N.-É.	Héb.	337	354	205	184	171
N.-B.	Héb.	31	30	48	55	133
Ont.	Hôp.	22 818	24 490	24 034	23 951	24 141
Ont.	Héb.	56 391	56 911	55 604	56 892	59 145
Man.	Hôp.	67	132	95	88	84
Man.	Héb.	2 401	2 314	2 284	2 212	2 489
Sask.	Héb.	73	163	239	395	3 626
Alb.	Héb.	6 011	6 795	7 423	7 614	7 319
C.-B.	Héb.	9 763	9 671	10 165	9 745	10 862
Yn	Héb.	220	242	185	142	128
Tous	Héb./hôp.	**85 075**	**98 513**	**101 651**	**100 930**	**109 095**

Remarques
Héb. : soins de longue durée en hébergement.
Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.
Le tableau tient compte des enregistrements de données rétrospectives visant les exercices financiers antérieurs à celui au cours duquel l'établissement a commencé à soumettre des données à l'ICIS.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 4 Nombre d'enregistrements d'évaluation RAI-MDS 2.0 soumis, par province et territoire et selon le secteur, 2010-2011 à 2014-2015 (année de l'évaluation)

Province ou territoire	Secteur	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
T.-N.-L.	Héb.	1 717	2 834	3 610	5 478	8 339
N.-É.	Héb.	2 331	1 995	1 626	1 500	1 305
N.-B.	Héb.				323	904
Ont.	Hôp.	29 754	30 810	30 702	29 947	29 819
Ont.	Héb.	345 528	349 957	344 463	345 564	347 635
Man.	Hôp.	542	613	738	752	722
Man.	Héb.	22 677	22 842	22 644	22 510	22 293
Sask.	Héb.				2 295	22 767
Alb.	Héb.	57 820	60 564	61 705	62 116	62 652
C.-B.	Héb.	86 365	91 587	90 443	92 101	102 539
Yn	Héb.	519	530	570	624	629
Tous	Héb./hôp.	**547 253**	**561 732**	**556 501**	**563 210**	**599 604**

Remarques
Héb. : soins de longue durée en hébergement.
Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.
Le tableau tient compte des enregistrements de données rétrospectives visant les exercices financiers antérieurs à celui au cours duquel l'établissement a commencé à soumettre des données à l'ICIS.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 5 Nombre d'enregistrements de sortie soumis, par province et territoire et selon le secteur, 2010-2011 à 2014-2015

Province ou territoire	Secteur	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
T.-N.-L.	Héb.	229	350	465	582	947
N.-É.	Héb.	287	303	206	186	180
N.-B.	Héb.				10	140
Ont.	Hôp.	22 929	24 327	24 256	24 080	24 082
Ont.	Héb.	55 569	56 239	55 946	56 442	58 470
Man.	Hôp.	67	88	89	86	86
Man.	Héb.	2 405	2 332	2 292	2 239	2 495
Sask.	Héb.				469	2 851
Alb.	Héb.	5 491	6 540	7 513	7 581	7 340
C.-B.	Héb.	8 003	8 640	8 781	9 114	9 357
Yn	Héb.	208	225	158	111	120
Tous	Héb./hôp.	**95 188**	**99 044**	**99 706**	**100 900**	**106 068**

Remarques
Héb. : soins de longue durée en hébergement.
Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.
Le tableau tient compte des enregistrements de données rétrospectives visant les exercices financiers antérieurs à celui au cours duquel l'établissement a commencé à soumettre des données à l'ICIS.
Il comprend les congés temporaires à la suite desquels le résident est retourné à l'établissement.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

3.3.2 Résidents ayant fait l'objet d'une évaluation

Les normes du SISLD établissent qu'une évaluation RAI-MDS 2.0 complète doit être réalisée pour chaque résident dans les 14 jours suivant son admission, puis une fois l'an pour le reste du séjour associé à ce même épisode de soins. Des évaluations complètes sont également réalisées si l'état clinique du résident change de façon significative. La réalisation d'une évaluation à l'admission n'est pas obligatoire dans le cas des séjours inférieurs à 14 jours. Une brève évaluation RAI-MDS 2.0 est réalisée chaque trimestre (après 3, 6 et 9 mois) entre les évaluations complètes.

Le tableau 6 illustre la proportion des résidents de 2014-2015 (numéros d'inscription uniques) pour lesquels des évaluations ont été soumises en 2014-2015.

Tableau 6 Proportion des numéros d'inscription uniques auxquels sont associées des évaluations, par province et territoire et selon le secteur, 2014-2015

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Numéros d'inscription uniques auxquels sont associées des évaluations en 2014-2015	93,4 %	89,8 %	93,3 %	72,2 %	92,3 %	91,7 %	92,4 %	94,5 %	91,8 %	93,2 %	73,1 %	**90,0 %**
Nombre de numéros d'inscription uniques	2 930	529	315	27 389	114 929	265	7 977	9 173	21 130	35 748	286	**220 671**

Remarques
Héb. : soins de longue durée en hébergement.
Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

La durée de séjour de moins de 14 jours explique le plus souvent l'absence d'évaluations, surtout en ce qui concerne les établissements de soins continus complexes de l'Ontario. Le tableau 8 illustre la proportion des résidents dont la durée du séjour était supérieure à 14 jours et qui étaient censés faire l'objet d'une évaluation complète, mais pour lesquels aucune évaluation n'a été soumise. D'autres raisons peuvent également expliquer cette absence, notamment :

- le patient a obtenu son congé au début de l'exercice financier, avant la date prévue de l'évaluation;
- le patient a été admis à l'établissement vers la fin de l'exercice financier et aucune évaluation n'était planifiée avant le prochain exercice;
- une évaluation avait été planifiée, mais n'a pas été effectuée ou n'a pas été soumise à l'ICIS (ce qui constitue une non-réponse à l'échelle de l'enregistrement; voir la section 3.3.4 pour plus de renseignements).

Plus du quart des résidents (27,8 %) des établissements de soins continus complexes de l'Ontario n'ont pas été évalués en 2014-2015. Une analyse antérieure[1] a démontré qu'en ce qui concerne les établissements de soins continus complexes de l'Ontario, une caractéristique distingue clairement le groupe de résidents non évalués du groupe de résidents évalués. En effet, les résidents non évalués (49 %) étaient beaucoup plus susceptibles de mourir à l'hôpital que les résidents évalués (25 %). Ils pourraient représenter un segment de patients admis à l'hôpital pour des soins en fin de vie ou des soins palliatifs.

Puisque la base de données ne dispose d'aucun renseignement clinique sur le groupe de résidents non évalués, les utilisateurs doivent être conscients qu'il peut exister d'autres différences notables entre le groupe de résidents évalués et le groupe de résidents non évalués au sein des établissements de soins continus complexes.

3.3.3 Enregistrements en double possibles

Le SISLD exécute de nombreuses vérifications en vue de prévenir la soumission d'enregistrements en double. Des enregistrements peuvent toutefois être soumis en double si l'établissement modifie les renseignements servant à établir le caractère unique de l'enregistrement (p. ex. les renseignements sur le résident ou les dates).

Le formulaire d'enregistrement d'admission est le premier enregistrement que reçoit le SISLD pour chaque résident. Il contient des renseignements démographiques et des identificateurs uniques comme le numéro d'assurance-maladie (NAM), le numéro de dossier, la date de naissance, le sexe et la date d'admission. Le logiciel utilisé par l'établissement attribue un numéro d'inscription unique à chaque formulaire d'enregistrement d'admission. Tous les autres enregistrements soumis dans le cadre du séjour du résident sont associés à ce numéro d'inscription unique.

Or il peut arriver qu'une erreur dans le numéro d'identification unique entraîne la soumission de 2 enregistrements pour le même résident.

En se fondant sur le NAM unique (ou en l'absence de celui-ci, sur le numéro de dossier), on a constaté que seulement 17 fois sur 109 191 en 2014-2015, 2 enregistrements d'admission soumis comportaient une même date d'admission pour un même résident. On a également constaté que pour 266 épisodes de soins, les dates d'admission et de sortie chevauchaient celles associées à d'autres épisodes pour le même résident. De tels problèmes de données sont courants en présence d'un nombre important d'établissements qui commencent à soumettre des données, comme ce fut le cas en 2014-2015. Bien que ces situations indiquent que des données ont peut-être été soumises en double, ou que les dates ou les identificateurs du résident sont potentiellement erronés, elles ne se produisent que très rarement et n'ont qu'une incidence minimale sur les résultats.

La réception d'un formulaire d'enregistrement d'admission indique qu'un enregistrement (un enregistrement d'évaluation ou encore un enregistrement de sortie si le résident quitte l'établissement) devrait être soumis chaque trimestre pendant le reste du séjour à l'établissement.

Le SISLD reçoit plusieurs évaluations au cours d'un même trimestre si l'état du résident change de façon significative ou si des corrections importantes ont été apportées à une évaluation déjà soumise. Le SISLD a également reçu plus d'une évaluation au cours d'un même trimestre pour un autre 10,5 % des résidents évalués (p. ex. 2 évaluations complètes à l'admission comportant des dates différentes ont été soumises au cours du même trimestre). L'ICIS dispose d'une méthodologie de déclaration normalisée qui consiste à sélectionner la dernière évaluation soumise au cours du trimestre comme étant celle qui est représentative des caractéristiques cliniques du résident pour le trimestre en question.

3.3.4 Non-réponse à l'échelle de l'enregistrement

Parmi les indicateurs de la qualité des données figurant dans le *Rapport provincial et territorial de la qualité des données* (transmis chaque année aux sous-ministres des provinces et territoires), 2 indicateurs fournissent des mesures liées au nombre d'enregistrements potentiellement manquants dans le SISLD :

- le pourcentage des sorties présumées — les numéros d'inscription uniques pour lesquels les données d'évaluation ont cessé d'être soumises et pour lesquels aucun enregistrement de sortie n'a été soumis (voir le tableau 7);
- le pourcentage des résidents n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation complète (voir le tableau 8).

Le SISLD est un système d'information longitudinal auquel les établissements doivent soumettre une évaluation chaque trimestre durant toute la durée du séjour du résident, jusqu'à sa sortie. L'arrêt de la soumission des évaluations d'un résident sans qu'un enregistrement de sortie ait été soumis indique qu'il manque au moins un enregistrement. Plusieurs raisons peuvent expliquer l'absence des enregistrements d'évaluation ou de sortie attendus dans le SISLD : ils n'ont jamais été remplis; ils ont été remplis, mais jamais soumis à l'ICIS; ils ont été rejetés, mais jamais soumis de nouveau.

Pour les données de 2014-2015, une sortie présumée a été codifiée si des données concernant un résident ont été soumises en 2014-2015 et que la soumission des enregistrements d'évaluation a cessé, sans qu'aucun enregistrement de sortie n'ait été soumis avant la fin de l'exercice. Cette situation indique qu'il manque au moins un enregistrement pour ce résident (un enregistrement de sortie ou un enregistrement d'évaluation). Le tableau ci-dessous montre qu'une sortie présumée a été codifiée pour 0,8 % des résidents pour lesquels des données ont été soumises en 2014-2015. (Les utilisateurs doivent tenir compte du fait que les données du SISLD comportent également des sorties présumées pour les années antérieures.)

À des fins d'analyse (comme le calcul des jours-patients pondérés par RUG), on présume que ces résidents ont obtenu leur congé le dernier jour du trimestre pour lequel le dernier enregistrement a été soumis au SISLD.

Tableau 7 Proportion des sorties présumées, par province et territoire et selon le secteur, 2014-2015

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Sorties présumées	0,9 %	10,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	1,2 %	0,0 %	2,3 %	3,1 %	**0,8 %**
Nombre de numéros d'inscription uniques	2 930	529	315	27 389	114 929	265	7 977	9 173	21 130	35 748	286	**220 671**

Remarques
Héb. : soins de longue durée en hébergement.
Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Le deuxième indicateur de non-réponse à l'échelle de l'enregistrement est le pourcentage de résidents pour lesquels au moins une évaluation complète aurait dû être soumise, ce qui n'a pas été le cas.

Une évaluation complète doit être transmise dans les 14 jours suivant l'admission, puis un an après l'évaluation complète précédente. Dans l'intervalle, une brève évaluation trimestrielle est réalisée. Lorsqu'un établissement commence à utiliser les évaluations du RAI-MDS 2.0, il doit évaluer un certain nombre de résidents qui ont été admis avant la mise en œuvre de l'outil. Toutefois, les établissements ne réalisent pas immédiatement l'évaluation complète à l'admission de ces résidents. Ils procèdent plutôt à des évaluations trimestrielles jusqu'au jour anniversaire de l'admission, puis effectuent une évaluation complète. Il peut donc s'écouler

jusqu'à un an avant que ne soit prévue la soumission de l'évaluation complète d'un résident au SISLD. L'indicateur ne tient pas compte de ce type de résidents pendant l'année où l'établissement soumet pour la première fois des données au SISLD.

Le tableau 8 illustre la proportion des résidents qui étaient *censés* faire l'objet d'une évaluation complète, mais pour lesquels aucune évaluation n'a été soumise. Comme pour les enregistrements de sortie, plusieurs raisons peuvent expliquer l'absence des enregistrements d'évaluation complète attendus dans le SISLD : ils n'ont jamais été remplis; ils ont été remplis, mais jamais soumis à l'ICIS; ils ont été rejetés, mais jamais soumis de nouveau.

Tableau 8 Proportion des résidents qui devaient faire l'objet d'une évaluation complète, mais pour lesquels il manque une évaluation complète, par province et territoire et selon le secteur, 2014-2015

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Pourcentage des résidents pour lesquels il manque une évaluation complète	4,3 %	12,6 %	2,0 %	0,2 %	0,2 %	5,6 %	2,8 %	7,9 %	2,9 %	3,5 %	45,7 %	**1,2 %**
Nombre de numéros d'inscription uniques	818	119	50	15 235	33 675	90	2 702	1 158	3 351	8 890	92	**66 180**

Remarques
Héb. : soins de longue durée en hébergement.
Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Les résidents n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation complète sont exclus de certaines analyses, car les éléments clés qui sont recueillis lors de cette évaluation uniquement sont manquants (et ne peuvent donc pas être reportés sur l'évaluation trimestrielle, comme il est indiqué à la section 2.5). Par conséquent, les utilisateurs doivent être en mesure de déterminer si les éléments de données du RAI-MDS 2.0 qu'ils souhaitent utiliser figurent dans tous les enregistrements d'évaluation ou non.

3.4 Non-réponse aux éléments de données

Il y a non-réponse aux éléments (parfois appelée non-réponse partielle), lorsqu'un enregistrement reçu est incomplet, c'est-à-dire que des données sont manquantes ou non valides. Le taux de réponse aux éléments du SISLD dépend en grande partie de la nature facultative ou obligatoire de l'élément de données.

La grande majorité des éléments de données du SISLD sont obligatoires et doivent donc contenir des valeurs valides pour que le système accepte l'enregistrement. Cela englobe tous les éléments servant à calculer les principaux résultats (échelles des résultats, indicateurs de la qualité et méthodologie de regroupement RUG) à des fins d'analyse. L'annexe contient des renseignements sur les éléments de données qui composent chaque type d'enregistrement soumis au SISLD.

Certains éléments de données comprennent des valeurs permettant d'indiquer que l'information n'est pas connue. L'utilisation de ce type de valeur est acceptée sur les formulaires d'enregistrement d'admission et les évaluations complètes à l'admission, car il est plus difficile d'obtenir des renseignements sur la situation du résident avant son admission à l'établissement. Le calcul des taux de non-réponse tient compte des valeurs *Inconnu*.

D'autres éléments comportent un code explicite pour la valeur *Sans objet*. Par exemple, de nombreux éléments de données ne sont pas recueillis si le résident est comateux. Les valeurs *Sans objet* ne sont pas incluses dans les taux de non-réponse.

D'autres éléments de données peuvent être laissés vides, parce qu'ils ne s'appliquent pas dans certaines situations. Ces éléments sont eux aussi exclus des taux de non-réponse. Il peut s'agir, par exemple, d'éléments qui ne sont pas recueillis dans l'évaluation trimestrielle, ou des éléments AB2b Numéro de l'établissement de provenance et R3b Numéro de l'établissement d'accueil, qui peuvent demeurer vides si le résident n'est pas transféré d'un établissement de soins à un autre.

Les éléments qui ne sont pas obligatoires peuvent également être laissés vides. Les seuls éléments facultatifs de l'évaluation principale figurent à la section I3 : Autres diagnostics courants et codes CIM-10-CA. Les éléments de la section U (liste détaillée des médicaments) sont également facultatifs et doivent être soumis dans un enregistrement distinct. Si l'établissement ne recueille pas les données relatives à cette section, il ne transmet tout simplement pas de fiches de médicaments.

Le *Manuel de spécifications du SISLD* contient des précisions sur tous les codes particuliers qui définissent les valeurs *Inconnu* et les valeurs *Sans objet*.

Les 4 tableaux ci-dessous fournissent les taux de non-réponse aux éléments de données pour lesquels il existe des valeurs *Inconnu* et *Sans objet* dans les enregistrements suivants (les autres éléments de données sont obligatoires et n'ont pas de valeur *Inconnu*; leur taux de non-réponse est donc de 0 %) :

- les formulaires enregistrements d'admission seulement;
- les évaluations complètes à l'admission seulement (la valeur *Inconnu* n'est admise que pour ces évaluations);
- toutes les évaluations complètes (les éléments apparaissent sur le formulaire de l'évaluation complète seulement);
- toutes les évaluations (les éléments apparaissent sur le formulaire de l'évaluation complète et sur celui de l'évaluation trimestrielle).

Prenez note que le nombre de formulaires d'enregistrement d'admission dans le tableau suivant sera inférieur au nombre dans le tableau 3; celui-ci comprend les admissions initiales à un établissement et les réadmissions d'un même résident après qu'il ait obtenu un congé temporaire, tandis que le tableau suivant comprend seulement les admissions initiales.

Tableau 9 Taux de non-réponse aux éléments de données du formulaire d'enregistrement d'admission, 2014-2015

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Nombre d'enregistrements d'admission	997	161	105	22 675	39 028	84	2 489	3 346	7 319	10 653	113	**86 970**
AA5a. Numéro de carte d'assurance-maladie*	0,3 %	1,2 %	9,5 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,3 %	0,9 %	**0,2 %**
AA5b. Province ou territoire émetteur de la carte d'assurance-maladie	0,0 %	0,0 %	9,5 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	**0,10 %**
AB2a. Type d'établissement/ niveau de soins à l'admission†	2,2 %	1,2 %	0,0 %	0,6 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,5 %	0,7 %	0,0 %	**0,7 %**
AB3. Vivait seul (avant son admission)	5,0 %	7,5 %	1,0 %	11,9 %	3,4 %	16,7 %	8,4 %	5,3 %	6,9 %	8,9 %	0,9 %	**6,9 %**

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
AB5a. Hébergement antérieur dans cet établissement	4,9 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	1,2 %	3,8 %	0,0 %	**1,6 %**
AB5b. Hébergement antérieur dans un établissement de soins similaires	4,4 %	0,6 %	1,0 %	7,4 %	8,2 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	5,1 %	9,6 %	3,5 %	**7,3 %**
AB5c. Hébergement antérieur dans un autre type d'établissement de soins en hébergement	4,9 %	0,0 %	1,0 %	7,2 %	9,4 %	0,0 %	0,1 %	1,0 %	7,1 %	12,8 %	6,2 %	**8,3 %**
AB5d. Hébergement antérieur dans un établissement psychiatrique	5,7 %	0,0 %	0,0 %	7,2 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	7,5 %	13,7 %	6,2 %	**7,7 %**
AB5e. Hébergement antérieur dans un établissement de soins des déficiences développementales	5,4 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %	6,2 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	6,9 %	12,6 %	5,3 %	**6,8 %**
AB7. Scolarité (le plus haut niveau atteint)	34,2 %	46,0 %	78,1 %	65,7 %	39,0 %	78,6 %	53,0 %	16,2 %	25,1 %	23,5 %	8,0 %	**42,4 %**
AB8. Langue‡	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	**0,0 %**
AC1a. Se couchait tard	15,1 %	0,0 %	4,8 %	22,6 %	12,3 %	0,0 %	0,2 %	5,3 %	10,7 %	18,0 %	12,4 %	**14,9 %**
AC1b. Faisait régulièrement une sieste durant la journée	14,5 %	1,9 %	1,0 %	22,8 %	12,4 %	0,0 %	0,1 %	5,2 %	10,2 %	18,8 %	13,3 %	**15,1 %**
AC1c. Sortait au moins une fois par semaine	14,5 %	0,0 %	1,0 %	22,1 %	14,7 %	0,0 %	0,2 %	5,3 %	13,8 %	23,7 %	8,8 %	**16,8 %**
AC1d. Se tenait occupé grâce à des passe-temps	13,4 %	0,0 %	1,0 %	22,1 %	13,2 %	1,2 %	0,3 %	5,2 %	12,4 %	20,9 %	10,6 %	**15,6 %**

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
AC1e. Était seul	13,2 %	0,0 %	1,0 %	20,9 %	12,6 %	0,0 %	0,1 %	4,9 %	11,0 %	18,8 %	3,5 %	**14,7 %**
AC1f. Se déplaçait de façon autonome dans son logis	11,0 %	0,0 %	0,0 %	18,4 %	8,9 %	0,0 %	0,1 %	4,9 %	6,9 %	11,0 %	2,7 %	**11,0 %**
AC1g. Consommait des produits du tabac au moins une fois par jour	11,3 %	0,0 %	0,0 %	25,0 %	8,5 %	0,0 %	0,0 %	4,9 %	7,1 %	11,2 %	8,8 %	**12,6 %**
AC1i. Avait des préférences alimentaires précises	19,3 %	1,9 %	0,0 %	28,5 %	12,1 %	0,0 %	0,1 %	5,1 %	11,7 %	18,6 %	7,1 %	**16,5 %**
AC1j. Mangeait entre les repas	20,2 %	1,2 %	10,5 %	30,4 %	14,1 %	0,0 %	0,2 %	5,2 %	13,3 %	22,8 %	15,0 %	**18,6 %**
AC1k. Consommait des boissons alcoolisées au moins une fois par semaine	14,9 %	1,2 %	1,9 %	28,6 %	11,0 %	0,0 %	0,1 %	5,0 %	9,8 %	16,8 %	10,6 %	**15,7 %**
AC1m. Passait la majorité de la journée en vêtements de nuit	11,9 %	0,0 %	0,0 %	25,4 %	8,7 %	0,0 %	0,1 %	4,8 %	7,1 %	13,5 %	11,5 %	**13,1 %**
AC1n. Se réveillait pour aller aux toilettes presque toutes les nuits	28,9 %	1,2 %	31,4 %	29,2 %	17,6 %	0,0 %	0,2 %	5,2 %	15,6 %	23,5 %	17,7 %	**20,3 %**
AC1o. Allait à la selle de façon irrégulière	33,0 %	0,0 %	69,5 %	31,8 %	22,3 %	0,0 %	0,2 %	5,2 %	18,4 %	26,2 %	20,4 %	**23,7 %**
AC1p. Prenait des douches pour se laver	24,8 %	0,6 %	54,3 %	29,6 %	17,2 %	0,0 %	0,2 %	5,1 %	14,5 %	22,7 %	15,9 %	**20,0 %**
AC1q. Se lavait au cours de l'après-midi	25,3 %	2,5 %	80,0 %	32,0 %	26,8 %	0,0 %	0,3 %	5,3 %	24,4 %	29,6 %	19,5 %	**26,7 %**
AC1s. Communiquait tous les jours avec sa famille et ses amis proches	10,6 %	0,0 %	1,0 %	18,7 %	10,5 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %	9,2 %	14,5 %	4,4 %	**12,4 %**

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
AC1t. Se rendait habituellement à l'église, au temple, à la synagogue, etc.	25,9 %	1,2 %	27,6 %	39,6 %	27,1 %	0,0 %	0,0 %	4,6 %	21,3 %	33,3 %	26,5 %	**28,9 %**
AC1u. Trouvait une force dans sa foi	31,6 %	4,3 %	75,2 %	41,3 %	32,0 %	0,0 %	0,2 %	4,5 %	29,1 %	41,6 %	29,2 %	**33,3 %**
AC1v. Avait la compagnie quotidienne d'un animal	19,9 %	0,0 %	5,7 %	36,8 %	19,6 %	0,0 %	0,1 %	5,1 %	13,9 %	22,9 %	25,7 %	**22,8 %**
AC1w. Participait à des activités de groupe	19,1 %	1,9 %	4,8 %	34,3 %	19,6 %	0,0 %	0,0 %	5,1 %	17,5 %	25,3 %	19,5 %	**22,7 %**

Remarques

* Fondé sur le chiffrement du numéro d'assurance-maladie dont le code signifie « n'est pas disponible » ou « ne s'applique pas », car le numéro est indiscernable lorsqu'il est chiffré.

† À l'admission, le type d'établissement ou le niveau de soins correspond à « autre/service non classé ».

‡ Le code relatif à la langue correspond à « aucun contenu linguistique » ou à « ne s'applique pas ».

Héb. : soins de longue durée en hébergement.

Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 10 Taux de non-réponse aux éléments de données de l'enregistrement d'évaluation complète à l'admission, 2014-2015

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Nombre d'évaluations	831	122	100	17 071	34 314	68	2 310	2 727	6 361	7 122	29	**71 055**
F3a. Forte identification aux rôles et au mode de vie passés	3,2 %	0,0 %	2,4 %	14,0 %	23,4 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %	27,7 %	28,2 %	3,4 %	**20,0 %**
F3b. Exprime de la tristesse, de la colère ou un sentiment de vide par rapport aux rôles et au mode de vie passés	2,6 %	1,6 %	1,0 %	13,9 %	23,1 %	1,5 %	0,0 %	0,3 %	26,1 %	25,7 %	6,9 %	**19,4 %**
F3c. Sentiment que la vie actuelle au quotidien (routine, activités) est très différente de la vie menée auparavant au sein de la collectivité	3,5 %	0,0 %	0,0 %	14,2 %	23,5 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %	27,3 %	27,1 %	10,3 %	**20,0 %**
O2. Nouveaux médicaments	9,5 %	36,1 %	2,0 %	5,5 %	20,2 %	26,5 %	36,1 %	47,1 %	32,0 %	33,0 %	55,2 %	**20,4 %**
K3a. Perte de poids	14,7 %	65,6 %	0,0 %	29,6 %	37,6 %	51,5 %	68,7 %	68,6 %	48,6 %	46,2 %	65,5 %	**39,5 %**
K3b. Gain de poids	14,7 %	65,6 %	0,0 %	29,6 %	37,6 %	51,5 %	68,7 %	68,6 %	48,6 %	46,2 %	65,5 %	**39,5 %**

Remarques

Héb. : soins de longue durée en hébergement.

Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 11 Taux de non-réponse aux éléments de données pour toutes les évaluations complètes, par province et territoire et selon le secteur, 2014-2015

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Nombre d'évaluations	3 362	376	267	20 624	139 888	701	16 344	8 056	22 547	33 350	179	**24 5694**
A5. État matrimonial	2,1 %	8,2 %	2,6 %	7,5 %	2,3 %	10,0 %	1,6 %	1,0 %	100,0 %	3,1 %	5,0 %	**11,7 %**
A7k. Responsabilité du paiement : inconnue ou non disponible	4,9 %	7,2 %	7,8 %	1,4 %	0,9 %	3,0 %	2,6 %	12,0 %	1,2 %	3,2 %	0,0 %	**1,9 %**

Remarques
Héb. : soins de longue durée en hébergement.
Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 12 Taux de non-réponse aux éléments de données pour toutes les évaluations (complètes et trimestrielles), par province et territoire et selon le secteur, 2014-2015

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Nombre d'évaluations	8 339	1 305	904	29 819	347 635	722	22 293	22 767	62 652	102 539	629	**599 604**
K2a. Taille*	2,9 %	0,0 %	0,0 %	7,4 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,7 %	0,2 %	0,0 %	**0,6 %**
K2b. Poids*	0,7 %	0,0 %	0,0 %	6,4 %	0,4 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %	0,0 %	**0,6 %**

Remarques
* Le résident est codifié comme étant en soins palliatifs et ne peut être évalué, ou le résident refuse d'être évalué.
Héb. : soins de longue durée en hébergement.
Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Certains des éléments énumérés dans les tableaux affichent des taux de non-réponse élevés (p. ex. l'élément AB7 Scolarité [le plus haut niveau atteint] était inconnu pour près de la moitié des résidents). Ces éléments ne sont pas fréquemment utilisés dans les analyses. Toutefois, si l'utilisateur entend se servir de ces variables pour effectuer une analyse, il doit connaître les taux de non-réponse et évaluer si les données sont propres à une telle utilisation.

4 Erreur de mesure, biais et uniformité

La présente section décrit la précision avec laquelle les données sont déclarées à l'ICIS et fait état de la réalité qu'elles doivent mesurer.

La notion d'erreur de mesure désigne les erreurs survenues lorsque la réponse ou le code attribué à un élément de données est incorrect. Le biais évalue dans quelle mesure l'écart entre les valeurs déclarées et celles qui auraient dû l'être se produit de façon systématique. L'uniformité évalue la variation susceptible de se produire si des mesures étaient successivement réalisées.

4.1 Fiabilité et validité des évaluations RAI-MDS 2.0 et des résultats

De nombreux tests réalisés au Canada[2-11] et à l'étranger ont permis de confirmer le degré élevé de fiabilité et de validité du RAI-MDS 2.0.

Pour plus de détails sur ces tests, reportez-vous au document *Qualité des données de 2011-2012 du Système d'information sur les soins de longue durée*, sur le site Web de l'ICIS.

4.2 Uniformité des variables démographiques

Les enregistrements d'un épisode de soins sont couplés à l'aide du numéro d'inscription unique inscrit sur le formulaire d'enregistrement d'admission. Étant donné qu'un résident peut avoir plusieurs épisodes de soins, d'autres variables doivent être utilisées pour le couplage des enregistrements liés aux différents épisodes d'un même résident. Le nom des résidents n'est pas soumis au SISLD. Cependant, des identificateurs numériques (NAM et numéro de dossier) et des renseignements démographiques (comme le sexe et la date de naissance) sont recueillis sur le formulaire d'enregistrement d'admission afin que les enregistrements associés à une même personne puissent être mis en correspondance.

Chaque personne reçoit un NAM du ministère de la Santé de sa province ou de son territoire. L'ICIS reçoit les NAM complets sur les enregistrements du SISLD et les encode au moyen d'un algorithme standard. Comme les NAM ne sont uniques qu'au sein d'une province ou d'un territoire, le SISLD saisit une variable représentant la province ou le territoire d'émission. Le NAM d'une faible proportion de résidents n'est pas soumis au SISLD, soit parce que ces derniers n'en ont pas ou parce que le numéro n'était pas connu lors de la collecte des données (voir la section 3.4 : Non-réponse aux éléments de données).

Le numéro de dossier correspond au numéro, autre que le NAM, attribué par une organisation pour identifier au fil du temps une personne au sein de cette organisation. Dans bon nombre d'établissements, il s'agit du numéro de dossier.

L'ICIS crée un code de résident, c'est-à-dire un numéro unique et non significatif permettant d'identifier une personne dans le SISLD tout en protégeant son identité. Cette variable est une combinaison du NAM chiffré et de la province ou du territoire émetteur du NAM ou, si le NAM n'est pas accessible, une combinaison du numéro de dossier et du code de l'établissement.

Les fichiers de données analytiques du SISLD contiennent plusieurs indicateurs de la qualité des données qui servent à déceler les enregistrements contenant des problèmes liés aux variables démographiques :

- résidents sans NAM;
- date de naissance différente d'une admission à l'autre (dans un établissement en particulier ou entre les établissements);
- sexe différent d'une admission à l'autre (dans un établissement en particulier ou entre les établissements);
- âge hors des limites prévues (moins de 16 ans ou plus de 115 ans);
- date de naissance estimée;
- format du NAM non conforme aux spécifications de la province ou du territoire ayant émis la carte d'assurance-maladie.

Le tableau 13 indique le nombre de problèmes relevés pour 2014-2015. Même si les problèmes sont peu nombreux, les utilisateurs doivent en tenir compte lorsqu'ils tentent d'effectuer le couplage longitudinal des enregistrements et d'inclure ou d'exclure des enregistrements, selon leurs besoins.

Bon nombre des problèmes liés à l'âge découlaient auparavant de l'attribution de la date d'admission en tant que date de naissance (l'âge du résident étant alors calculé comme étant 0). Une règle de vérification a été ajoutée au système (pour 2010-2011) afin que ce type d'erreur ne se reproduise plus.

Tableau 13 Manque d'uniformité dans les éléments de données démographiques soumis au SISLD, 2014-2015

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Nombre de formulaires d'enregistrement d'admission	997	161	105	22 675	39 028	84	2 489	3 346	7 319	10 653	113	**86 970**
Manque d'uniformité quant au sexe dans le formulaire d'enregistrement d'admission déjà soumis	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	**0,0 %**
Manque d'uniformité quant à la date de naissance dans le formulaire d'enregistrement d'admission déjà soumis	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	**0,0 %**
Âge hors des limites prévues (moins de 16 ans ou plus de 115 ans)*	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	2,7 %	**0,0 %**
Date de naissance estimée	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	**0,0 %**
Manque d'uniformité quant au format du NAM†	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	**0,0 %**

Remarques

* Sauf l'Hôpital Bloorview Kids, où l'âge prévu est de moins de 18 ans.

† Exclut les numéros d'assurance-maladie non uniques.

Héb. : soins de longue durée en hébergement.

Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

4.3 Uniformité des variables cliniques

En plus des tests de fiabilité et de validité mentionnés à la section 4.1, l'ICIS effectue des vérifications de l'uniformité clinique des données de chaque enregistrement. Ces vérifications de la qualité des données soumises sont réalisées 45 jours après la fin du trimestre. Elles permettent de relever les combinaisons inhabituelles d'éléments de données qui pourraient être erronées. Cependant, il se peut que ces combinaisons rendent réellement compte de l'état clinique des résidents. Les établissements ont alors la possibilité de corriger les enregistrements avant la date limite de soumission. Le tableau 14 présente les taux de déclenchement des vérifications de la qualité des données cliniques pour 2014-2015.

Tableau 14 Taux de déclenchement des vérifications de la qualité des données cliniques, par province et territoire et selon le secteur, 2014-2015

	T.-N.-L.	**N.-É.**	**N.-B.**	**Ont.**	**Ont.**	**Man.**	**Man.**	**Sask.**	**Alb.**	**C.-B.**	**Yn**	**Tous**
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Nombre d'évaluations	8 339	1 305	904	29 819	347 635	722	22 293	22 767	62 652	102 539	629	**599 604**
Orthophonie dépassant 840 min	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	**0,0 %**
Ergothérapie dépassant 840 min	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	**0,0 %**
Physiothérapie dépassant 840 min	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	**0,0 %**
Inhalothérapie dépassant 840 min	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	**0,0 %**
Psychothérapie dépassant 840 min	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	**0,0 %**
Récréothérapie dépassant 840 min	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	**0,0 %**
Se nourrir codifié comme activité non accomplie	0,10 %	0,00 %	0,60 %	0,70 %	0,10 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,10 %	0,10 %	0,00 %	**0,1 %**
Utiliser les toilettes codifié comme activité non accomplie	1,8 %	1,6 %	0,3 %	0,6 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,7 %	0,0 %	**0,3 %**

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Résident codifié comme ayant une sonde à demeure et souffrant d'incontinence urinaire	0,2 %	1,5 %	3,1 %	1,9 %	1,2 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	2,2 %	0,8 %	0,6 %	**1,2 %**
Résident codifié comme utilisant des serviettes ou des couches et ne souffrant pas d'incontinence urinaire	11,4 %	8,6 %	4,6 %	16,6 %	5,9 %	17,2 %	5,1 %	6,5 %	8,1 %	6,1 %	7,5 %	**6,8 %**
Résident codifié comme alité, mais aucun appareil destiné à diminuer la pression ou programme de retournement ou de repositionnement n'a été codifié	1,5 %	0,5 %	1,0 %	0,5 %	0,1 %	1,2 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %	0,9 %	0,0 %	**0,3 %**
Résident codifié comme souffrant d'incontinence fécale fréquente, mais aucun appareil destiné à diminuer la pression ou programme de retournement ou de repositionnement n'a été codifié	3,9 %	8,5 %	8,7 %	1,2 %	4,9 %	3,9 %	3,8 %	4,9 %	5,8 %	10,5 %	4,9 %	**5,7 %**

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Résident codifié comme ayant un ulcère ou des antécédents d'ulcère, mais aucun appareil destiné à diminuer la pression ou programme de retournement ou de repositionnement n'a été codifié	0,4 %	2,1 %	2,9 %	0,8 %	1,1 %	0,8 %	0,5 %	0,6 %	1,4 %	2,1 %	5,7 %	**1,2 %**
Résident codifié comme souffrant d'un ulcère de stade 3 ou 4, mais aucun soin des ulcères n'a été codifié	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %	0,0 %	**0,2 %**
Résident codifié comme souffrant d'un ulcère de stade 2 à 4, mais n'a pas fait l'objet d'une surveillance d'affection médicale aiguë	1,2 %	2,8 %	4,4 %	1,5 %	1,1 %	2,4 %	0,8 %	1,4 %	2,6 %	2,4 %	1,4 %	**1,5 %**

Remarques
Héb. : soins de longue durée en hébergement.
Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.
Source
Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

4.4 Uniformité longitudinale

Le SISLD étant longitudinal, l'ICIS fait certaines vérifications afin d'évaluer l'uniformité des données cliniques soumises dans les multiples enregistrements d'évaluation.

Au total, 2 séries de vérifications sont effectuées. On compare tout d'abord les principaux diagnostics médicaux qui ne devraient pas changer au fil du temps; comme on peut s'y attendre, le taux d'uniformité est très élevé entre les évaluations (plus de 99 %). La série de vérifications suivante examine les changements de capacité fonctionnelle dans les activités de

la vie quotidienne (AVQ) et les cas d'incontinence urinaire. Certains éléments de données permettent à l'évaluateur d'indiquer si l'état du résident a changé depuis la dernière évaluation (G9 Changement dans les AVQ fonctionnelles et H4 Changement dans la continence urinaire). Ces éléments de données sont comparés au changement réel de niveau fonctionnel déterminé à l'aide des évaluations actuelles et antérieures (pour la performance dans les AVQ, on utilise les éléments G1a Mobilité dans le lit, G1b Transfert, G1h Alimentation et G1i Utilisation des toilettes; pour l'incontinence urinaire, on utilise l'élément H1b Continence urinaire). Un problème lié à un changement dans les AVQ est signalé si l'élément G9 indique qu'il n'y a eu « aucun changement » et si au moins l'un des codes G1a, G1b, G1h ou G1i précise qu'un changement s'est produit, c'est-à-dire une augmentation ou une diminution de 2 types ou niveaux d'aide reçue par le résident (p. ex. le résident était auparavant « indépendant », mais nécessite désormais une « aide limitée »). Un problème lié à un changement dans le niveau de continence urinaire est signalé si l'élément H4 indique qu'il n'y a eu « aucun changement » et que l'élément H1b indique que le niveau d'aide a changé. Les résultats montrent que les cliniciens sous-déclarent le niveau de changement pour les éléments de données propres à un changement particulier. Selon les commentaires des formateurs cliniques et des fournisseurs de données de l'ICIS, les évaluateurs ont généralement de la difficulté à codifier ces éléments de données quand ils commencent à utiliser les évaluations, mais l'exactitude de l'évaluation des changements augmente avec le temps.

Tableau 15 Taux de manque d'uniformité longitudinale, par province et territoire et selon le secteur, 2014-2015

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Ont.	Man.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
	Héb.	Héb.	Héb.	Hôp.	Héb.	Hôp.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb.	Héb./ hôp.
Nombre d'évaluations*	6 467	1 167	799	11 279	304 552	641	19 631	15 428	55 355	8 9732	573	**505 624**
Paralysie cérébrale	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	**0,0 %**
Sclérose en plaques	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	**0,1 %**
Quadriplégie	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	**0,1 %**
Changement des AVQ	17,3 %	4,7 %	9,8 %	7,3 %	7,8 %	4,5 %	11,2 %	17,0 %	9,8 %	9,7 %	2,3 %	**8,9 %**
Changement de l'incontinence	17,9 %	4,5 %	13,6 %	9,9 %	12,4 %	3,6 %	11,0 %	17,9 %	13,0 %	12,7 %	2,6 %	**12,6 %**

Remarques

* Évaluations pouvant être comparées avec une évaluation antérieure en 2011-2012 ou au quatrième trimestre de 2010-2011.

Héb. : soins de longue durée en hébergement.

Hôp. : soins de longue durée en milieu hospitalier.

Source

Système d'information sur les soins de longue durée, 2014-2015, Institut canadien d'information sur la santé.

5 Comparabilité

La comparabilité renvoie à la mesure dans laquelle les bases de données demeurent uniformes au fil du temps et utilisent des conventions normalisées (p. ex. les éléments de données et les périodes de référence) qui les rendent similaires à d'autres bases de données.

5.1 Conventions

5.1.1 Établissement

Un code standard attribué par les provinces et territoires sert à identifier chaque établissement dans le SISLD. Chaque numéro d'établissement peut désigner un établissement de santé dans son ensemble (p. ex. tous les lits d'un centre de soins infirmiers) ou un niveau de soins particuliers dans un établissement de santé offrant de multiples niveaux de soins et susceptible de soumettre des données à de multiples bases de données de l'ICIS (p. ex. l'unité de soins continus complexes d'un grand hôpital général). Un organisme ou un établissement de santé peut utiliser de multiples numéros pour soumettre des données au SISLD s'il dispose de lits pour les résidents en hébergement et en milieu hospitalier, ou pour des raisons opérationnelles (p. ex. le ministère des Anciens Combattants finance des lits dans 2 établissements ontariens; les données relatives à ces lits sont soumises sous un numéro d'établissement différent de celui utilisé pour les lits financés par la province.)

La liste des établissements qui soumettent des données au SISLD (base de sondage du SISLD) change à mesure que des organismes qui offrent des services de soins de longue durée ouvrent ou ferment leurs portes. De plus, les organismes qui possèdent et exploitent ces établissements peuvent changer avec le temps, d'où le changement des numéros utilisés par l'établissement pour soumettre des données à l'ICIS. Les utilisateurs qui effectuent une analyse des tendances à l'échelle de l'établissement doivent être au courant de tout changement organisationnel (fermeture, fusion ou scission) susceptible d'influer sur les résultats.

Bien que les fusions et les scissions d'établissements soient suivies dans le SISLD, la comparaison des données au fil du temps pour un établissement ayant fait l'objet d'une fusion et d'une scission peut poser problème. Un changement de numéro d'établissement peut avoir des conséquences sur l'intégrité longitudinale des données sur les résidents et sur l'établissement. L'une ou l'autre des situations suivantes peut se produire selon les systèmes de fournisseurs utilisés par les clients :

- Les établissements codifient la sortie de tous leurs résidents actifs sous leur ancien numéro d'établissement et ces résidents sont ensuite admis sous le nouveau numéro d'établissement. La continuité longitudinale des données est alors interrompue (puisque les résidents actifs commencent tous de nouveaux épisodes de soins), ce qui a une incidence sur les volumes d'admission et de sortie, ainsi que sur le calcul de la durée du séjour.
- Les établissements transfèrent tous leurs résidents actifs sous un nouveau numéro d'établissement, préservant ainsi l'intégrité longitudinale des enregistrements de chaque résident. Les anciens enregistrements sont alors transférés sous le nouveau numéro d'établissement, ce qui influe sur l'analyse des données rétrospectives liées à l'ancien numéro d'établissement.

Les tierces parties qui demandent à l'ICIS des renseignements sur un établissement en particulier sont généralement tenues d'obtenir l'autorisation préalable des fournisseurs de données. (Pour de plus amples renseignements, consultez la *Politique sur les renseignements identifiant un établissement de santé* sur le site Web de l'ICIS.)

5.1.2 Personne

Comme nous l'avons mentionné à la section 4.2, le SISLD recueille les éléments de données Numéro d'assurance-maladie (NAM), Province ou territoire émetteur de la carte d'assurance-maladie et Numéro de dossier. Ces éléments de données permettent de coupler les enregistrements associés à une même personne.

Les utilisateurs tiers n'ont en principe pas accès au NAM, au numéro de dossier et à la date de naissance complète des résidents. L'accès à ces renseignements et à d'autres éléments de données restreints doit être approuvé au préalable par le Comité de l'ICIS sur le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité, conformément à la politique de respect de la vie privée de l'ICIS[12]. Aux fins de la diffusion de données de tiers, l'ICIS crée un code de résident, c'est-à-dire un numéro unique et non significatif permettant d'identifier une personne dans le SISLD tout en protégeant son identité. Cette variable est une combinaison du NAM chiffré et de la province ou du territoire émetteur du NAM ou, si le NAM n'est pas accessible, une combinaison du numéro de dossier et du code de l'établissement. L'âge du résident (en années) à son admission, à l'évaluation ou à la sortie est fourni au lieu de la date de naissance complète.

Le SISLD comprend également des indicateurs de la qualité des données (voir la section 4.2) qui permettent de vérifier l'uniformité de la date de naissance et du sexe pour toutes les admissions liées à un code de résident particulier. Ces indicateurs permettent également de déterminer si le code de résident est basé sur le NAM ou sur le numéro de dossier, afin que les utilisateurs puissent inclure ou exclure ces enregistrements selon leurs besoins.

5.1.3 Période de déclaration

Les données du SISLD sont habituellement déclarées par trimestre d'exercice (du 1er avril au 30 juin, du 1er juillet au 30 septembre, du 1er octobre au 31 décembre et du 1er janvier au 31 mars) et par exercice (du 1er avril au 31 mars), selon la date de l'enregistrement. Les dates d'admission, d'évaluation et de sortie sont saisies, ce qui permet aux utilisateurs de regrouper les données sur plusieurs exercices, selon leurs besoins.

5.1.4 Caractéristiques géographiques

Le code postal est une variable commune à presque toutes les bases de données de l'ICIS. Le SISLD saisit 2 codes postaux, à savoir celui de l'établissement et celui de la résidence principale antérieure du résident (avant son entrée à l'établissement). Les codes postaux à 6 caractères sont mis en correspondance avec les classifications géographiques types et les limites des régies régionales de santé (et sont basés sur les données du Fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada). La région du tri d'acheminement (RTA), représentée par les 3 premiers caractères du code postal, correspond habituellement au niveau le plus bas d'agrégation accessible aux utilisateurs externes en vertu de la politique de respect de la vie privée de l'ICIS[12]. La publication de renseignements sur de petits secteurs géographiques peut également faire l'objet de restrictions à des fins de confidentialité. Les demandes spéciales doivent être approuvées par le Secrétariat à la vie privée et aux services juridiques de l'ICIS. Prenez note que dans les régions rurales qui utilisent des numéros de case postale, le code postal ne permet pas nécessairement de déterminer le lieu de résidence des patients. En effet, les cases postales peuvent être situées dans une région différente du lieu de résidence. Les codes postaux des régions rurales peuvent également s'appliquer à plus d'un secteur de dénombrement, réduisant ainsi la possibilité de déterminer le lieu précis de résidence.

6 Conclusion

Le Système d'information sur les soins de longue durée est une base de données longitudinale. Il contient des renseignements cliniques, démographiques et administratifs sur les résidents d'établissements de soins de longue durée en hébergement et en milieu hospitalier. L'outil d'évaluation clinique RAI-MDS 2.0, validé à l'échelle internationale, établit les normes relatives aux données cliniques du SISLD.

Les données recueillies pour 2014-2015 proviennent de 106 établissements hospitaliers de soins de longue durée et de 1 312 établissements de soins en hébergement. Parmi ceux-ci, 141 établissements ont commencé à soumettre des données au SISLD en 2014-2015. À l'exception de 2 hôpitaux de l'ORS de Winnipeg, tous les hôpitaux qui soumettent des

données au SISLD sont des établissements de soins continus complexes de l'Ontario, lesquels ont le mandat de soumettre des données à l'ICIS depuis 1996. Le SISLD contient les données d'établissements de soins de longue durée situés à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba (ORS de Winnipeg), en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Yukon.

La portée du SISLD s'est élargie depuis la création de la base de données en 2003-2004 et elle continuera de s'élargir à mesure que les provinces et territoires mettront en œuvre le RAI-MDS 2.0 et qu'ils soumettront leurs données à l'ICIS. Cela dit, à l'heure actuelle, les données du SISLD ne donnent pas nécessairement une image représentative de tous les établissements de soins de longue durée au Canada. De plus, la population de référence diffère chaque année en raison de l'accroissement du nombre de participants au SISLD. Tout changement dans les tendances doit être interprété avec prudence, car il peut découler de changements dans la population sous-jacente plutôt que de réels changements dans les caractéristiques des résidents et l'utilisation des ressources.

De nombreux tests réalisés au Canada et à l'étranger ont permis de confirmer le degré élevé de fiabilité et de validité du RAI-MDS 2.0. L'analyse des données du SISLD a également démontré que les données sont généralement de grande qualité et qu'elles sont bien saisies et uniformes d'un enregistrement d'évaluation à l'autre. Le présent rapport fait état de certains problèmes de qualité des données selon différents aspects, notamment la non-réponse, l'erreur de mesure, l'uniformité et la comparabilité rétrospective.

La structure des données longitudinales du SISLD est complexe. Les utilisateurs doivent donc savoir quelles données seront disponibles à quel moment, et connaître les éléments de données propres à chaque type d'enregistrement (p. ex. l'évaluation trimestrielle par rapport à l'évaluation complète du RAI-MDS 2.0).

Annexe : Éléments de données des évaluations complètes et trimestrielles

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
A7a	Régime du gouvernement de la province ou du territoire	X			
A7b	Autre province ou territoire	X			
A7c	Gouvernement fédéral — ministère des Anciens Combattants	X			
A7d	Gouvernement fédéral — Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	X			
A7e	Gouvernement fédéral — autre	X			
A7f	Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail	X			
A7g	Assureur privé d'un résident canadien	X			
A7h	Curateur public d'un résident canadien	X			
A7i	Résident du Canada : aux frais du résident	X			
A7j	Résident d'un autre pays : aux frais du patient	X			
A7k	Responsabilité du paiement : inconnue ou non disponible	X			

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
A9a	Tuteur légal	X	X		
A9b	Procuration permanente/financière	X	X		
A9c	Autre procuration	X	X		
A9d	Membre de la famille	X	X		
A9e	Procuration permanente pour soins de santé	X	X		
A9f	Résident responsable de lui-même	X	X		
A10a	Testament biologique	X	X		
A10b	Ordre de ne pas réanimer	X	X		
A10c	Ordre de ne pas hospitaliser	X	X		
A10d	Don d'organes	X	X		
A10e	Demande d'autopsie	X	X		
A10f	Restrictions alimentaires	X	X		
A10g	Restrictions médicamenteuses	X	X		
A10h	Autres restrictions médicales	X	X		
B1	État comateux	X	X		
B2a	Mémoire à court terme intacte	X	X		
B2b	Mémoire à long terme intacte	X	X		
B3a	Saison en cours	X	X		
B3b	Emplacement de sa chambre	X	X		
B3c	Visage et nom des employés	X	X		
B3d	Le fait qu'il se trouve dans un établissement	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
B4	Habiletés cognitives dans la prise de décisions quotidiennes	X	X		
B5a	Propension à se laisser distraire	X	X		
B5b	Périodes de perception altérée du milieu	X	X		
B5c	Phases de discours désorganisé	X	X		
B5d	Périodes d'agitation	X	X		
B5e	Périodes de léthargie	X	X		
B5f	Fonction mentale fluctuante au cours de la journée	X	X		
B6	Changement de l'état cognitif	X	X		
C1	Audition	X			X
C2a	Prothèse auditive, en place et utilisée régulièrement	X			
C2b	Prothèse auditive, en place, mais non utilisée régulièrement	X			
C2c	Utilisation d'une autre aide ou technique auditive	X			
C3a	Parole	X			
C3b	Écriture de messages	X			
C3c	Langage gestuel ou braille	X			
C3d	Signes, gestuelle ou sons	X			
C3e	Tableau de communication	X			
C3f	Autre mode d'expression	X			
C4	Capacité d'expression	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
C5	Clarté du langage	X			
C6	Capacité de compréhension	X	X		
C7	Changement dans la communication/audition	X	X		
D1	Vision	X			X
D2a	Problèmes de vision périphérique	X			X
D2b	Voit des halos, des cercles, des éclats de lumière ou a un voile devant les yeux	X			
D3	Aides visuelles	X			
E1a	Déclarations négatives	X	X		
E1b	Questions répétitives	X	X		
E1c	Énoncés répétitifs	X	X		
E1d	Colère persistante envers soi-même ou les autres	X	X		
E1e	Autodévalorisation	X	X		
E1f	Peurs non fondées	X	X		
E1g	Déclarations répétitives sur la survenue imminente d'un événement terrible	X	X		
E1h	Plaintes répétitives au sujet de sa santé	X	X		
E1i	Plaintes ou préoccupations anxieuses répétitives	X	X		
E1j	Humeur déplaisante le matin	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
E1k	Insomnie ou changement dans les habitudes de sommeil	X	X		
E1l	Visage exprimant tristesse, douleur ou inquiétude	X	X		
E1m	Pleurs, tendance à pleurer	X	X		
E1n	Mouvements répétitifs	X	X		
E1o	Retrait des activités jugées auparavant intéressantes	X	X		
E1p	Rapports sociaux réduits	X	X		
E2	Stabilité de l'humeur	X	X		
E3	Changement dans l'humeur	X	X		
E4aA	Errance — fréquence	X	X		
E4aB	Errance — caractère modifiable	X	X		
E4bA	Agressivité verbale — fréquence	X	X		
E4bB	Agressivité verbale — caractère modifiable	X	X		
E4cA	Agressivité physique — fréquence	X	X		
E4cB	Agressivité physique — caractère modifiable	X	X		
E4dA	Comportement socialement inapproprié ou perturbateur — fréquence	X	X		
E4dB	Comportement socialement inapproprié ou perturbateur — caractère modifiable	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
E4eA	Résistance aux soins — fréquence	X	X		
E4eB	Résistance aux soins — caractère modifiable	X	X		
E5	Changement dans les symptômes comportementaux	X	X		
F1a	À l'aise dans les contacts avec autrui	X	X		
F1b	À l'aise de participer à des activités planifiées ou encadrées	X	X		
F1c	À l'aise d'entreprendre des activités par soi-même	X	X		
F1d	Se fixe ses propres objectifs	X	X		
F1e	Participe à la vie de l'établissement	X	X		
F1f	Accepte de participer à la plupart des activités de groupe	X	X		
F2a	Conflit déclaré ou non déclaré envers le personnel; le critique constamment	X			X
F2b	Mécontent de son compagnon de chambre	X			X
F2c	Mécontent des autres résidents	X			X
F2d	Exprime ouvertement un conflit ou de la colère envers la famille ou les amis	X			X
F2e	Absence de contact avec sa famille ou ses amis	X			

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
F2f	Perte récente d'un parent ou d'un ami proche	X			
F2g	Ne s'adapte pas facilement aux changements dans la routine	X			
F3a	Forte identification aux rôles et au mode de vie passés	X			X
F3b	Exprime de la tristesse, de la colère ou un sentiment de vide par rapport aux rôles et au mode de vie passés	X			X
F3c	Sentiment que la vie actuelle au quotidien (routine, activités) est très différente de la vie menée auparavant au sein de la collectivité	X			X
G1aA	Mobilité dans le lit — performance	X	X		
G1aB	Mobilité dans le lit — aide	X	X		
G1bA	Transfert — performance	X	X		
G1bB	Transfert — aide	X	X		
G1cA	Marcher dans la chambre — performance	X	X		
G1cB	Marcher dans la chambre — aide	X	X		
G1dA	Marcher dans le corridor — performance	X	X		
G1dB	Marcher dans le corridor — aide	X	X		
G1eA	Déplacement au sein de l'unité — performance	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
G1eB	Déplacement au sein de l'unité — aide	X	X		
G1fA	Déplacement à l'extérieur de l'unité — performance	X	X		
G1fB	Déplacement à l'extérieur de l'unité — aide	X	X		
G1gA	Habillage — performance	X	X		
G1gB	Habillage — aide	X	X		
G1hA	Alimentation — performance	X	X		
G1hB	Alimentation — aide	X	X		
G1iA	Utilisation des toilettes — performance	X	X		
G1iB	Utilisation des toilettes — aide	X	X		
G1jA	Hygiène personnelle — performance	X	X		
G1jB	Hygiène personnelle — aide	X	X		
G2a	Bain — performance	X	X		
G2b	Bain — aide	X		X	
G3a	Équilibre en position debout	X	X		
G3b	Équilibre en position assise	X	X		
G4aA	Amplitude des mouvements — cou	X	X		
G4aB	Autonomie des mouvements — cou	X	X		
G4bA	Amplitude des mouvements — bras	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
G4bB	Autonomie des mouvements — bras	X	X		
G4cA	Amplitude des mouvements — main	X	X		
G4cB	Autonomie des mouvements — main	X	X		
G4dA	Amplitude des mouvements — jambe	X	X		
G4dB	Autonomie des mouvements — jambe	X	X		
G4eA	Amplitude des mouvements — pied	X	X		
G4eB	Autonomie des mouvements — pied	X	X		
G4fA	Autre limite ou perte — amplitude des mouvements	X	X		
G4fB	Autre limite ou perte — autonomie des mouvements	X	X		
G5a	Canne, marchette ou béquilles	X			
G5b	Fauteuil roulant mû par le résident	X			
G5c	Fauteuil roulant mû par une autre personne	X			
G5d	Fauteuil roulant comme principal mode de locomotion	X			
G6a	Alitement en tout temps ou la plupart du temps	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
G6b	Utilisation des côtés du lit pour se mouvoir dans le lit ou effectuer un transfert	X	X		
G6c	Levée manuelle	X			
G6d	Levée mécanique	X			
G6e	Aide au transfert	X			
G7	Segmentation des tâches	X	X		
G8a	Le résident croit être en mesure d'accroître son indépendance dans certaines AVQ	X		X	
G8b	Le personnel soignant travaillant directement auprès du résident croit que ce dernier est en mesure d'accroître son indépendance dans certaines AVQ	X		X	
G8c	Le résident est capable d'effectuer certaines tâches et de mener des activités, mais il est très lent	X			
G8d	Le degré d'autonomie ou l'aide requise diffère du matin au soir	X			
G9	Changement dans les AVQ fonctionnelles	X	X		
H1a	Continence fécale	X	X		
H1b	Continence urinaire	X	X		
H2a	Selles régulières	X			
H2b	Constipation	X		X	
H2c	Diarrhée	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
H2d	Fécalomes	X	X		
H3a	Tout programme d'élimination planifiée	X	X		
H3b	Programme de rééducation de la vessie	X	X		
H3c	Sonde externe (étui pénien)	X	X		
H3d	Sonde à demeure	X	X		
H3e	Cathéter intermittent	X		X	
H3f	Aucune utilisation des toilettes, d'une chaise d'aisance ou d'un urinal	X		X	
H3g	Utilisation de serviettes ou de couches	X		X	
H3h	Lavement, irrigation	X		X	
H3i	Stomie	X	X		
H4	Changement dans la continence urinaire	X	X		
I1a	Diabète	X	X		
I1b	Hyperthyroïdie	X		X	
I1c	Hypothyroïdie	X		X	
I1d	Cardiopathie artérioscléreuse	X		X	
I1e	Dysrythmie cardiaque	X		X	
I1f	Insuffisance cardiaque congestive	X		X	
I1g	Thrombose veineuse profonde	X		X	
I1h	Hypertension	X		X	

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
I1i	Hypotension	X		X	
I1j	Maladie vasculaire périphérique	X		X	
I1k	Autre maladie cardiovasculaire	X		X	
I1l	Arthrite	X		X	
I1m	Fracture de la hanche	X	X		
I1n	Membre manquant	X		X	
I1o	Ostéoporose	X		X	
I1p	Fracture pathologique	X		X	
I1q	Sclérose latérale amyotrophique	X	X		
I1r	Maladie d'Alzheimer	X		X	
I1s	Aphasie	X	X		
I1t	Paralysie cérébrale	X	X		
I1u	Accident vasculaire cérébral (AVC)	X	X		
I1v	Démence autre que la maladie d'Alzheimer	X	X		
I1w	Hémiplégie/hémiparésie	X	X		
I1x	Chorée de Huntington	X	X		
I1y	Sclérose en plaques	X	X		
I1z	Paraplégie	X		X	
I1aa	Maladie de Parkinson	X		X	
I1bb	Quadriplégie	X	X		
I1cc	Trouble épileptique	X		X	

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
I1dd	Accident ischémique transitoire (AIT)	X		X	
I1ee	Traumatisme cérébral	X		X	
I1ff	Trouble anxieux	X		X	
I1gg	Dépression	X	X		
I1hh	Psychose maniacodépressive (trouble bipolaire)	X	X		
I1ii	Schizophrénie	X	X		
I1jj	Asthme	X		X	
I1kk	Emphysème/MPOC	X		X	
I1ll	Cataractes	X		X	
I1mm	Rétinopathie diabétique	X		X	
I1nn	Glaucome	X		X	
I1oo	Dégénérescence maculaire	X		X	
I1pp	Allergies	X		X	
I1qq	Anémie	X		X	
I1rr	Cancer	X		X	
I1ss	Maladie gastro-intestinale	X	X		
I1tt	Hépatopathie	X	X		
I1uu	Insuffisance rénale	X		X	
I2a	Infection résistante aux antibiotiques	X	X		
I2b	Cellulite	X	X		
I2c	Infection à *Clostridium difficile*	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
I2d	Conjonctivite	X	X		
I2e	Infection au VIH	X	X		
I2f	Pneumonie	X	X		
I2g	Infection respiratoire	X	X		
I2h	Septicémie	X	X		
I2i	Maladie transmise sexuellement (MTS)	X	X		
I2j	Tuberculose (active)	X	X		
I2k	Infection urinaire (dans les 30 derniers jours)	X	X		
I2l	Hépatite virale	X	X		
I2m	Infection de plaie	X	X		
J1a	Perte ou gain de poids de 1,5 kg ou plus dans les 7 derniers jours	X	X		
J1b	Incapacité de s'allonger — essoufflements	X	X		
J1c	Déshydratation	X	X		
J1d	Consommation de liquide insuffisante dans les 3 derniers jours	X	X		
J1e	Délires	X	X		
J1f	Étourdissement/vertige	X	X		
J1g	Œdème	X	X		
J1h	Fièvre	X	X		
J1i	Hallucinations	X	X		
J1j	Hémorragie interne	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
J1k	Aspirations pulmonaires répétées dans les 90 derniers jours	X	X		
J1l	Essoufflement	X	X		
J1m	Syncope (évanouissements)	X	X		
J1n	Démarche instable	X	X		
J1o	Vomissement	X	X		
J2a	Symptômes de douleur — fréquence	X	X		
J2b	Symptômes de douleur — intensité	X	X		
J3a	Localisation de la douleur — au dos	X			
J3b	Localisation de la douleur — aux os	X			
J3c	Localisation de la douleur — à la poitrine durant les activités habituelles	X			
J3d	Localisation de la douleur — à la tête	X			
J3e	Localisation de la douleur — à la hanche	X			
J3f	Localisation de la douleur — à une incision	X			
J3g	Localisation de la douleur — aux articulations (autres que la hanche)	X			
J3h	Localisation de la douleur — aux tissus mous (lésion)	X			

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
J3i	Localisation de la douleur — à l'estomac	X			
J3j	Localisation de la douleur — autre	X			
J4a	Chute dans les 30 derniers jours	X	X		
J4b	Chute dans les 31 à 180 derniers jours	X	X		
J4c	Fracture de la hanche dans les 180 derniers jours	X	X		
J4d	Autre fracture dans les 180 derniers jours	X	X		
J5a	Affections qui rendent les fonctions cognitives, les AVQ, l'humeur et le comportement du résident instables	X	X		
J5b	Poussée ou crise aiguë d'une affection récidivante ou chronique	X	X		
J5c	Maladie en phase terminale, avec 6 mois ou moins à vivre	X	X		
K1a	Problème de mastication	X	X		
K1b	Problème de déglutition	X	X		
K1c	Douleur à la bouche	X		X	
K2a	Taille (en centimètres)	X	X		
K2b	Poids (en kilogrammes)	X	X		
K3a	Perte de poids	X	X		
K3b	Gain de poids	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
K4a	Se plaint du goût de nombreux aliments	X		X	
K4b	Se plaint souvent d'avoir faim	X			
K4c	Laisse 25 % ou plus de nourriture dans son assiette à la plupart des repas	X	X		
K5a	Alimentation par voie parentérale/intraveineuse	X	X		
K5b	Alimentation par sonde	X	X		
K5c	Aliments modifiés mécaniquement	X		X	
K5d	Seringue (par voie orale)	X		X	
K5e	Régime thérapeutique	X		X	
K5f	Suppléments alimentaires entre les repas	X	X		
K5g	Garde-assiette, ustensiles au manche compensé, etc.	X	X		
K5h	Programme de modification du poids	X	X		
K6a	Alimentation parentérale ou entérale — pourcentage du nombre total de calories	X	X		
K6b	Alimentation parentérale ou entérale — apport moyen quotidien en liquides	X	X		
L1a	Débris dans la bouche, avant le coucher	X		X	
L1b	Dentier et/ou pont dentaire amovible	X			

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
L1c	Dents naturelles perdues (toutes ou quelques-unes)	X		X	
L1d	Dents brisées, branlantes ou cariées	X		X	
L1e	Gencives enflammées ou saignantes, abcès buccaux, etc.	X		X	
L1f	Nettoyage quotidien des dents ou du dentier, ou soins buccaux quotidiens	X		X	
DL11	État de la bouche et problèmes buccaux — aucun de ces énoncés	X			
M1a	Nombre d'ulcères — stade 1	X	X		
M1b	Nombre d'ulcères — stade 2	X	X		
M1c	Nombre d'ulcères — stade 3	X	X		
M1d	Nombre d'ulcères — stade 4	X	X		
M2a	Ulcère de décubitus	X	X		
M2b	Ulcère variqueux	X	X		
M3	Antécédents d'ulcères	X		X	
M4a	Érosion de la peau, ecchymoses	X	X		
M4b	Brûlures (au second ou troisième degré)	X	X		
M4c	Lésions ouvertes autres que les ulcères, les éruptions ou les coupures	X	X		
M4d	Éruptions cutanées (p. ex. intertrigo, eczéma, etc.)	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
M4e	Peau insensible à la douleur ou à la pression	X	X		
M4f	Coupures ou déchirures de la peau (non chirurgicales)	X	X		
M4g	Plaies chirurgicales	X	X		
M5a	Aide(s) technique(s) pour les fauteuils destinée(s) à diminuer la pression	X	X		
M5b	Aide(s) technique(s) pour les lits destinée(s) à diminuer la pression	X	X		
M5c	Programme de retournement ou de repositionnement du résident	X	X		
M5d	Mesures d'alimentation ou d'hydratation	X	X		
M5e	Soins des ulcères	X	X		
M5f	Soins des plaies chirurgicales	X	X		
M5g	Pansements — ailleurs qu'aux pieds	X	X		
M5h	Onguents ou médicaments — ailleurs qu'aux pieds	X	X		
M5i	Autres soins préventifs ou protecteurs de la peau — ailleurs qu'aux pieds	X	X		
DM51	Soins de la peau — aucun de ces énoncés	X			
M6a	Le résident présente un ou plusieurs problèmes aux pieds	X	X		
M6b	Infection au pied (cellulite, etc.)	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
M6c	Lésions ouvertes au pied	X	X		
M6d	Coupe des ongles ou des callosités dans les 90 derniers jours	X	X		
M6e	Soins préventifs ou protecteurs des pieds	X	X		
M6f	Pansements aux pieds	X	X		
N1a	Heure d'éveil — avant-midi	X	X		
N1b	Heure d'éveil — après-midi	X	X		
N1c	Heure d'éveil — soir	X	X		
DN11	Heure d'éveil — aucun de ces énoncés	X			
N2	Temps alloué en moyenne aux activités	X	X		
N3a	Cadre de prédilection des activités — dans sa chambre	X			
N3b	Cadre de prédilection des activités — dans la salle commune ou d'activités	X			
N3c	Cadre de prédilection des activités — dans l'établissement, à l'extérieur de l'unité	X			
N3d	Cadre de prédilection des activités — à l'extérieur de l'établissement	X			
N4a	Préférences générales — cartes et autres jeux	X			

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
N4b	Préférences générales — artisanat ou arts	X			
N4c	Préférences générales — exercice ou sports	X			
N4d	Préférences générales — musique	X			
N4e	Préférences générales — lecture ou écriture	X			
N4f	Préférences générales — activités spirituelles ou religieuses	X			
N4g	Préférences générales — voyages ou magasinage	X			
N4h	Préférences générales — promenades à l'extérieur à pied ou en fauteuil roulant	X			
N4i	Préférences générales — télévision	X			
N4j	Préférences générales — jardinage	X			
N4k	Préférences générales — conversation	X			
N4l	Préférences générales — aide aux autres	X			
N5a	Changement dans la routine quotidienne	X			X
N5b	Changement dans le degré de participation aux activités	X			X
O1	Nombre de médicaments	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
O2	Nouveaux médicaments	X			
O3	Nombre de jours pendant lesquels le résident a reçu des injections	X	X		
O4a	Durée du traitement — antipsychotiques	X	X		
O4b	Durée du traitement — anxiolytiques	X	X		
O4c	Durée du traitement — antidépresseurs	X	X		
O4d	Durée du traitement — hypnotiques	X	X		
O4e	Durée du traitement — diurétiques	X	X		
O4f	Durée du traitement — analgésiques	X	X		
P1aa	Chimiothérapie	X	X		
P1ab	Dialyse	X	X		
P1ac	Médicament i.v.	X	X		
P1ad	Ingesta/excreta	X	X		
P1ae	Surveillance pour affection aiguë	X	X		
P1af	Soins d'une stomie	X	X		
P1ag	Oxygénothérapie	X	X		
P1ah	Radiation	X	X		
P1ai	Aspiration	X	X		
P1aj	Soins d'une trachéotomie	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
P1ak	Transfusions	X	X		
P1al	Insufflateur ou respirateur	X	X		
P1am	Traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie	X	X		
P1an	Soins spécialisés dans le traitement de la maladie d'Alzheimer ou de la démence	X	X		
P1ao	Soins palliatifs	X	X		
P1ap	Soins pédiatriques	X	X		
P1aq	Soins de répit	X	X		
P1ar	Formation sur les habiletés requises pour le retour en collectivité	X	X		
P1baA	Orthophonie — jours	X	X		
P1baB	Orthophonie — minutes	X	X		
P1bbA	Ergothérapie — jours	X	X		
P1bbB	Ergothérapie — minutes	X	X		
P1bcA	Physiothérapie — jours	X	X		
P1bcB	Physiothérapie — minutes	X	X		
DP14	Inhalothérapie	X			
P1bdA	Inhalothérapie — jours	X	X		
P1bdB	Inhalothérapie — minutes	X	X		
P1beA	Psychothérapie — jours	X	X		
P1beB	Psychothérapie — minutes	X	X		
P1bfA	Thérapie par les loisirs — jours	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
P1bfB	Thérapie par les loisirs — minutes	X	X		
P2a	Programme spécial d'évaluation des symptômes comportementaux	X		X	
P2b	Évaluation par un professionnel autorisé en santé mentale	X			
P2c	Thérapie de groupe	X			
P2d	Changement délibéré de l'environnement	X		X	
P2e	Réorientation	X			
P3a	Soins infirmiers de réadaptation — exercices de mobilisation (passifs)	X	X		
P3b	Soins infirmiers de réadaptation — exercices de mobilisation (actifs)	X	X		
P3c	Soins infirmiers de réadaptation — exercices d'emploi d'une attelle ou d'un appareil orthopédique	X	X		
P3d	Soins infirmiers de réadaptation — mobilité au lit	X	X		
P3e	Soins infirmiers de réadaptation — transfert	X	X		
P3f	Soins infirmiers de réadaptation — marche	X	X		
P3g	Soins infirmiers de réadaptation — habillage ou toilette	X	X		

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
P3h	Soins infirmiers de réadaptation — alimentation ou déglutition	X	X		
P3i	Soins infirmiers de réadaptation — soins d'un membre amputé ou d'une prothèse	X	X		
P3j	Soins infirmiers de réadaptation — communication	X	X		
P3k	Soins infirmiers de réadaptation — autre	X	X		
P4a	Ridelles de tous les côtés du lit	X	X		
P4b	Autres types de ridelles	X	X		
P4c	Contention du tronc	X	X		
P4d	Contention d'un membre	X	X		
P4e	Confinement en fauteuil	X	X		
P5	Nombre de séjours à l'hôpital	X			
P6	Nombre de consultations au service d'urgence	X			
P7	Visites chez le médecin	X	X		
P8	Changement de prescriptions du médecin	X	X		
P9	Résultats anormaux aux tests de laboratoire	X			
Q1a	Le résident souhaite retourner dans la collectivité	X			
Q1b	Un aidant se montre favorable à son congé	X			

Élément	Description	Type d'évaluation : complète	Type d'évaluation : trimestrielle	Imputation trimestrielle systématique (si une évaluation complète est disponible)	Imputation trimestrielle uniquement si l'état comateux est inchangé (si une évaluation complète est disponible)
Q1c	Le séjour devrait être de courte durée	X			
Q2	Changement global dans les besoins en matière de soins	X	X		
R1a	Participation du résident à l'évaluation	X			
R1b	Participation de la famille à l'évaluation	X			
R1c	Participation d'une personne de confiance à l'évaluation	X			

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Soins de longue durée en établissement au Canada en 2004-2005*. 2006.

2. Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in U.S. nursing homes: validating a pain scale for the Minimum Data Set. *The Gerontologist*. 2001.

3. Hartmaier SL, Sloane PD, Guess HA, Koch GG, Mitchell CM, Phillips CD. Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: agreement with the Mini-Mental State Examination. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 1995.

4. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Fries BE, Nonemaker S. Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *The Gerontologist*. 1995.

5. Mor V, Branco K, Fleishman J, et al. The structure of social engagement among nursing home residents. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 1995.

6. Morris JN, Nonemaker S, Murphy K, et al. A commitment to change: revision of HCFA's RAI. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1997.

7. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, et al. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology*. 1994.

8. Snowden M, McCormick W, Russo J, et al. Validity and responsiveness of the Minimum Data Set. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999.

9. Lawton MP, Casten R, Parmelee PA, Van Haitsma K, Corn J, Kleban MH. Psychometric properties of the Minimum Data Set-II: Validity. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998.

10. Hirdes J, Poss JW, Morris JN, et al. *Inter-Rater Reliability of the Minimum Data Set (MDS) 2.0 in Ontario Complex Continuing Care Hospitals/Units*. Sans date.

11. Poss JW, Jutan NM, Hirdes JP, et al. A Review of Evidence on the Reliability and Validity of Minimum Data Set Data. *Forum sur la gestion des soins de santé*. 2008.

12. Institut canadien d'information sur la santé. *Politique de respect de la vie privée relative à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la conservation des renseignements personnels sur la santé et des données dépersonnalisées 2010*. 2010.

13. Association des hôpitaux de l'Ontario. Optimizing the Role of Complex Continuing Care and Rehabilitation in the Transformation of the Health Care Delivery System. 2006.

Parlez-nous

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 St. John's
140, rue Water
Bureau 701
St. John's (T.-N.-L.)
A1C 6H6
709-576-7006

12638-0516

icis.ca aide@icis.ca