

# Pourcentage des résidents chez qui le contrôle de la vessie s'est détérioré

Nom	Pourcentage des résidents chez qui le contrôle de la vessie s'est détérioré
Nom abrégé ou autre nom	CNT03
Description	Pourcentage des résidents chez qui le contrôle de la vessie s'est détérioré
Interprétation	Un nombre élevé signifie que le contrôle de la vessie s'est détérioré chez un grand pourcentage de résidents. Par conséquent, un faible pourcentage est souhaitable.
Dimension du cadre de PSS	Extrants du système de santé : Services pertinents et efficaces
Nature des besoins	Vivre avec une maladie, une incapacité ou une capacité réduite
Couverture géographique	Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique, Yukon
Niveau de déclaration et désagrégation	Provincial et territorial, Régional, Établissement, Organisation, Secteur (soins de longue durée en hébergement et en milieu hospitalier)
Résultats de l'indicateur	<a href="https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/ccrs-quick-stats-2017-2018-fr-web.xlsx">https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/ccrs-quick-stats-2017-2018-fr-web.xlsx</a>

## Identification de l'indicateur

Nom	Pourcentage des résidents chez qui le contrôle de la vessie s'est détérioré
Nom abrégé ou autre nom	CNT03
Description et calcul de l'indicateur	
Description	Pourcentage des résidents chez qui le contrôle de la vessie s'est détérioré
Calcul : description	Résidents dont l'évaluation cible indiquait que le contrôle de la vessie s'est détérioré (aggravation de l'incontinence urinaire) par rapport à l'évaluation précédente
Calcul : affectation géographique	Unité d'analyse : résident
Calcul : type de mesure	Endroit où les services sont offerts
Calcul : ajustement	Pourcentage ou proportion
Calcul : méthode d'ajustement	Covariables utilisées pour l'ajustement selon les risques: Covariables individuelles : indice de sévérité personnel : sous-ensemble 1 (diagnostics); indice de sévérité personnel : sous-ensemble 2 (éléments non diagnostiques); échelle de rendement cognitif (CPS); indice des groupes clients (IGC) du groupe d'utilisation des ressources (RUG) Soins infirmiers; résidents de moins de 65 ans
Dénominateur	Stratification à l'échelle de l'établissement : échelle sur les activités de la vie quotidienne (AVQ), version longue Stratification, normalisation directe et indirecte
	• Population de référence : 3 000 établissements dans six États américains et 92 établissements de soins en hébergement et hôpitaux de soins de longue durée en Ontario et en Nouvelle-Écosse
	<b>Description :</b> Résidents dont les évaluations sont valides et dont le contrôle de la vessie pourrait se détériorer (note maximale non atteinte à l'évaluation précédente)
	<b>Inclusions :</b> 1. Résidents dont les évaluations sont valides. L'évaluation cible est valide si
	a. elle est la dernière évaluation du résident pour le trimestre;
	b. elle a été effectuée plus de 92 jours après la date d'admission;
	c. elle n'est pas une évaluation complète à l'admission.
	Étant donné qu'il s'agit d'un indicateur de l'incidence, le résident doit également avoir été soumis à une évaluation lors du trimestre précédent, effectuée de 45 à 165 jours avant l'évaluation cible. Si plusieurs évaluations précédentes répondent à ce critère, on choisit la plus récente.
	<b>Exclusions :</b> 1. Résidents en état comateux (B1 = 1), en phase terminale d'une maladie (J5c = 1) ou qui reçoivent des soins palliatifs (P1ao = 1)
	2. Résidents dont l'évaluation précédente indiquait la note maximale pour l'incontinence urinaire (H1b = 4) (leur état ne peut se détériorer davantage)

**Description :**

Résidents dont l'évaluation cible indiquait une note plus élevée pour l'incontinence urinaire (H1b) par rapport à l'évaluation précédente

**Inclusions :**

1. Résidents dont les évaluations sont valides. L'évaluation cible est valide si

- a. elle est la dernière évaluation du résident pour le trimestre;
- b. elle a été effectuée plus de 92 jours après la date d'admission;
- c. elle n'est pas une évaluation complète à l'admission.

Numérateur

Étant donné qu'il s'agit d'un indicateur de l'incidence, le résident doit également avoir été soumis à une évaluation lors du trimestre précédent, effectuée de 45 à 165 jours avant l'évaluation cible. Si plusieurs évaluations précédentes répondent à ce critère, on choisit la plus récente.

**Exclusions :**

1. Résidents en état comateux (B1 = 1), en phase terminale d'une maladie (J5c = 1) ou qui reçoivent des soins palliatifs (P1ao = 1)
2. Résidents dont l'évaluation précédente indiquait une incontinence urinaire complète (H1b = 4) (leur état ne peut se détériorer davantage)

Contexte, interprétation et points de référence

Les indicateurs de la qualité du SISLD élaborés par interRAI ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)), un réseau international de recherche, fournissent aux organisations des mesures de la qualité dans des domaines clés, comme les fonctions physiques et cognitives, la sécurité et la qualité de vie. Chaque indicateur est ajusté en fonction des caractéristiques du résident qui ne relèvent pas de la qualité des soins, mais peuvent influencer sur le résultat. Les indicateurs peuvent être utilisés par les responsables de la qualité dans le cadre des activités d'amélioration continue. Ils sont également utilisés pour communiquer avec des intervenants clés par l'intermédiaire de bilans et d'ententes de responsabilité.

Justification

Interprétation

Un nombre élevé signifie que le contrôle de la vessie s'est détérioré chez un grand pourcentage de résidents. Par conséquent, un faible pourcentage est souhaitable.

Dimension du cadre de PSS

Extrants du système de santé : Services pertinents et efficaces

Nature des besoins

Vivre avec une maladie, une incapacité ou une capacité réduite

Objectifs et points de référence

ICIS : aucun

Qualité des services de santé Ontario (externe) : 12 % pour les soins de longue durée

Hirdes JP, Mitchell L, Maxwell CJ, White N. *Beyond the "iron lungs of gerontology": Using evidence to shape the future of nursing homes in Canada. La revue canadienne du vieillissement. 2011.*

Hirdes JP, Poss JW, Caldarelli H, et al. *An evaluation of data quality in Canada's Continuing Care Reporting System (CCRS): Secondary analyses of Ontario data submitted between 1996 and 2011. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2013.*

Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de la qualité du SISLD : méthodologie d'ajustement selon les risques. 2013.*

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

Références

Jones RN, Hirdes JP, Poss JW, et al. *Adjustment of nursing home quality indicators. BMC Health Services Research. 2010.*

Qualité des services de santé Ontario. *Bibliothèque des indicateurs de Qualité des services de santé Ontario. Consulté le 4 octobre 2017.*

Qualité des services de santé Ontario. *Guide d'analyse comparative des soins de longue durée. 2013.*

Qualité des services de santé Ontario. *Results From Health Quality Ontario's Benchmark Setting for Long-Term Care Indicators. 2017.*

Disponibilité des sources de données et résultats

Sources des données

SISLD

**Type d'année :**

Exercice

Années de données disponibles

**Première année de données disponibles :**

2003

**Dernière année de données disponibles :**

2017

Couverture géographique

Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique, Yukon

Niveau de déclaration et désagrégation

Provincial et territorial, Régional, Établissement, Organisation, Secteur (soins de longue durée en hébergement et en milieu hospitalier)

Mise à jour des résultats

Fréquence de mise à jour Chaque année

**Outil Web :**

Résultats de l'indicateur Statistiques éclair

URL : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/ccrs-quick-stats-2017-2018-fr-web.xlsx>

Mises à jour Sans objet

Énoncé de qualité

À l'heure actuelle, la base de sondage du SISLD ne comprend 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.

Mises en garde et limites

La couverture est incomplète dans les provinces suivantes :

- Manitoba (seuls les établissements de l'Office régional de la santé de Winnipeg sont inclus)
- Nouveau-Brunswick
- Nouvelle-Écosse

Les indicateurs sont ajustés selon les risques afin de contrôler les facteurs de confusion possibles.

Problèmes relatifs à

de l'ajout de nouvelles provinces et de nouveaux territoires, il est possible que les différences dans les pratiques liées aux soins influent sur les taux des indicateurs; cependant, les changements à la population sous-jacente seraient contrôlés au moyen de l'établissement l'ajustement selon les risques. De plus, des données probantes indiquent que l'établissement de tendances et l'utilisation des données de toute la série chronologique ne posent pas problème et que la qualité des données est constante au fil du temps (Hirdes et al., 2013).

On calcule les indicateurs de la qualité du SISLD à l'aide des données de quatre trimestres consécutifs afin de disposer d'un nombre suffisant d'évaluations aux fins de l'ajustement selon les risques. Étant donné que les résidents sont évalués chaque trimestre, un résident peut être compté jusqu'à quatre fois dans l'indicateur.

Commentaires

Si le public peut seulement accéder aux résultats des indicateurs de la qualité du SISLD à l'échelle provinciale et territoriale, les fournisseurs de données peuvent quant à eux les consulter à d'autres échelles (établissement, organisation, région) au moyen de l'application des rapports électroniques du SISLD. Les données des rapports électroniques du SISLD sont mises à jour chaque trimestre.