

# Analyse comparée des systèmes interRAI et RSIPA

## Rapport final

Remis à Mme Joanne Castonguay,  
Commissaire à la santé et au bien-être du Québec

---

### Recherche et rédaction :

**Ariane-Hélène Fortin, M.Sc.**

Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

**Charlotte Pellegrino, M.Sc.**

Doctorante et assistante de recherche, Pôle santé HEC Montréal

**Vanessa Fayolle, M.Sc.**

Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

**Clémentine Le Roy, B.A.A.**

Auxiliaire de recherche, Pôle santé HEC Montréal

**Marie-Ève Quenneville, CPA**

Professionnelle de recherche et maître d'enseignement,  
HEC Montréal

**Nadia Benomar, M.Sc.**

Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

### Sous la direction de :

**Claude Laurin, Ph. D.**

Professeur titulaire, HEC Montréal

**Denis Chênevert, Ph. D.**

Professeur titulaire et Directeur, Pôle santé HEC Montréal

1000

0,6%1

15 mai 2023



---

Ce rapport a été rédigé par le Pôle santé HEC Montréal pour le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Il vise à soutenir la démarche du CSBE dans la réalisation du mandat spécial sur la performance des soins et services aux aînés dans le cadre de la pandémie de COVID-19. La responsabilité relative au contenu appartient en totalité aux auteurs du document et les vues qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement celles du CSBE.

---

## Table des matières

Liste des figures et tableaux.....	5
Sommaire exécutif .....	6
Introduction .....	8
Démarche/Méthodologie .....	9
Présentation sommaire des systèmes.....	10
RSIPA .....	10
InterRAI .....	12
Écosystèmes : périmètres, finalités et rôles des partenaires .....	14
Des écosystèmes aux finalités distinctes.....	14
Des écosystèmes asymétriques .....	15
Gouvernance des écosystèmes .....	15
Développement et fréquence des mises à jour .....	15
Développement et maintien des compétences des utilisateurs et gestionnaires.....	18
L'évaluation des usagers et la construction de plans d'intervention.....	20
Deux évaluations dont les résultats facilitent la préparation des plans d'intervention.....	20
La valeur perçue des outils se distingue en fonction des contextes .....	22
Amélioration de la performance des processus de soins et de services.....	23
L'accès aux données facilité par des rapports d'analyse .....	23
La comparabilité des données inter établissement et inter juridiction.....	25
Une culture de gestion des données : clef de voute de l'amélioration des processus de soins et de services .....	26
Allocation des ressources .....	27
Deux classifications validées, mais un niveau de détails différent.....	28
L'utilisation des systèmes pour le financement des soins de longue durée.....	29
Le RUG-III d'interRAI utilisé dans le financement des soins de longue durée au Canada ..	29
L'Iso-SMAF peu utilisé pour le financement des soins et services .....	31
Des écueils à éviter quel que soit le système .....	32
Une classification qui doit constamment évoluer .....	33
Allocation des ressources par regroupement client : des risques de manipulation des données .....	33
Qualité des données recueillies .....	35

Des mécanismes de vérification de la qualité à multiplier .....	35
Les enjeux de qualité identifiés.....	37
Des enjeux d'utilisation des instruments .....	37
Des enjeux techniques et de systèmes .....	37
Des enjeux de compétence des utilisateurs .....	38
Des enjeux culturels et organisationnels .....	38
Conclusion .....	39
Bibliographie .....	40
Annexe 1 : RUG-III.....	47
Annexe 2 : Profils Iso-SMAF .....	48

## Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Illustration des outils dans RSIPA .....	11
Figure 2 : Catégorisation RUG-III pour les soins de longue durée.....	47
Figure 3 : Catégorisation RUG-III pour les services à domicile.....	47
Figure 4 : Profils Iso-SMAF .....	48
Tableau 1 : Guide d'orientation des usagers selon leur profil Iso-SMAF.....	11
Tableau 2 : Tableau synthèse des écosystèmes de partenaires RSIPA et interRAI .....	19
Tableau 3 : Cheminement clinique proposé par les systèmes.....	20
Tableau 4 : Types de rapport du portail de l'ICIS sur les jours-patients pondérés par RUG .....	30

## Sommaire exécutif

Dans la foulée du dépôt de son rapport sur la performance du système de soins et services aux aînés en CHSLD, la Commissaire à la santé et au bien-être a mis en lumière des questionnements sur le système d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées qui, au Québec, repose sur la norme Iso-SMAF. Le Pôle santé HEC Montréal a été mandaté pour réaliser une analyse comparative de deux systèmes, soit RSIPA, système québécois basé sur la norme Iso-SMAF, et interRAI, utilisé dans plusieurs provinces et territoires canadiens et dans d'autres pays.

Pour réaliser ce mandat, une revue de la littérature sur chacun des deux systèmes ainsi que près d'une quarantaine d'entrevues auprès de différents types d'acteurs des deux systèmes ont été réalisées. Sur ces bases, le rapport présente une analyse structurée autour de cinq questions posées par le CSBE.

1) *Quels sont les écosystèmes de RSIPA et interRAI en matière de gouvernance, de développement et de maintien à jour des outils et systèmes ?*

L'analyse permet de constater que l'écosystème dans lequel RSIPA évolue est plutôt local, balisé par le MSSS, épaulé du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke et de chercheurs locaux. InterRAI se développe dans un écosystème plus ouvert où des liens sont tissés entre la communauté scientifique internationale, des développeurs de logiciels, les autorités gouvernementales des juridictions ainsi que, pour le Canada, l'ICIS, un organisme qui joue un rôle crucial dans la diffusion d'information et de résultats en lien avec interRAI. Cet écosystème contribue à nourrir un développement dynamique d'interRAI et à des mises à jour régulières des instruments et systèmes. Pour RSIPA, l'écosystème plus limité permet un développement sur mesure du système, mais son évolution et ses mises à jour ne se font pas au même rythme.

2) *Les systèmes permettent-ils d'évaluer les besoins et de planifier les interventions ?*

L'analyse met en lumière que les deux systèmes proposent une évaluation dont les résultats facilitent la préparation des plans d'intervention. Toutefois, interRAI et son instrument SLD (soins de longue durée) sont davantage utilisés en contexte d'hébergement que RSIPA et leur valeur est mieux perçue par les utilisateurs. La longueur de complétion diffère pour les deux instruments : l'OÉME (RSIPA) est beaucoup plus longue (4 à 5 heures) à remplir qu'interRAI (1 à 2 heures).

3) *Les systèmes contribuent-ils à l'amélioration des processus de soins et de services ?*

À cet effet, interRAI se démarque de RSIPA par l'accessibilité aux données pour les gestionnaires. Les rapports sont plus nombreux pour interRAI, alors que RSIPA en possède un nombre plus limité. Pour RSIPA, l'utilisation des données du système pour la prise de décision en gestion repose sur la capacité interne des CI(U)SSS et ces données restent en général peu exploitées malgré leur potentiel. Les données d'interRAI ont aussi l'avantage de permettre des comparaisons interétablissements et interjuridictions, facilitées par le portail de l'ICIS et ses rapports publics. Néanmoins, l'utilisation des données des systèmes en gestion dépend également de la culture des organisations.

*4) Les systèmes permettent-ils de faire l'allocation des ressources humaines et financières ?*

La validité scientifique en lien avec l'utilisation des groupes d'utilisateurs pour l'allocation des ressources est éprouvée pour les deux systèmes. Toutefois, le système interRAI (la classification RUG) est utilisé pour l'allocation de ressource financière dans des juridictions canadiennes (Ontario, Alberta), alors que l'Iso-SMAF n'est à l'heure actuelle pas utilisée à grande échelle pour allouer les ressources. Cela dit, pour être utilisé, un classement doit pouvoir être mis à jour par de la recherche en continu.

*5) La qualité des données est-elle suffisamment bonne pour bien soutenir ces finalités ?*

Pour que les données des évaluations puissent servir à planifier les soins et services, à améliorer les processus de soins et services et à allouer les ressources, elles doivent avant tout être de grande qualité. Pour chacun des systèmes, un certain nombre de mécanismes de vérification de la qualité sont en place; ils sont toutefois moins nombreux pour RSIPA qu'interRAI et sont déployés de manière moins systématique. Quatre types d'enjeux affectent également la qualité des données des systèmes : les enjeux liés à la complétion des instruments, les enjeux techniques et de système, les enjeux de compétences des utilisateurs et les enjeux culturels et organisationnels. Ces enjeux sont à prendre indépendamment du système.

## Introduction

Le CSBE a publié, le 19 janvier 2022, un rapport d'évaluation en réponse au mandat spécial qui lui a été confié par le gouvernement du Québec d'évaluer la performance du système de santé et des services sociaux dans le contexte de la gestion de la première vague de la pandémie de COVID-19, notamment dans les milieux d'hébergement. Parmi les recommandations formulées dans ce rapport, le CSBE invite le MSSS à « *[adopter] un système d'évaluation des résultats en fonction d'une norme internationale reconnue afin de soutenir la prise de décision clinique, organisationnelle et de gouvernance* » (Commissaire à la santé et au bien-être, 2022).

En effet, le Québec a adopté en 2001 l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) pour évaluer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées à partir de la norme Iso-SMAF, puis développé la solution informatique RSIPA<sup>1</sup>. Une bonne partie des provinces et territoires canadiens ont opté, quant à eux, pour les instruments d'interRAI, intégrés dans une solution informatique choisie par la juridiction, pour évaluer les besoins des usagers bénéficiant des services à domicile et des soins de longue durée.

Dans les deux cas, il s'agit de systèmes d'évaluation des clientèles en perte d'autonomie devant faciliter la préparation des plans d'intervention à partir d'outils d'aide à la décision proposés à l'issue des évaluations. Les deux systèmes sont censés permettre de collecter des données pour dresser un profil des populations recevant des services, d'améliorer les soins et services et d'allouer les ressources humaines et financières nécessaires. Les deux systèmes comportent des différences notables, notamment quant à leur maturité en termes de développement, mais aussi aux possibilités offertes en matière de traitement des données, de comparaisons nationales et internationales.

Le CSBE a donné au Pôle santé HEC Montréal le mandat de mener une analyse comparative des deux systèmes.

Cette démarche n'est pas sans rappeler qu'une comparaison des systèmes a été menée au Québec en 2000 par le Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis, notamment en institution ou à domicile. Ce comité devait examiner les principaux outils disponibles afin de recommander l'adoption d'une solution unique pour le Québec. Le comité avait recommandé l'adoption de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), moyennant certaines améliorations (MSSS, 2000). Il avait évalué les instruments d'interRAI, relativement nouveaux à cette époque, et conclut :

*« [...] l'implantation de ces deux derniers outils est encore très récente, plus particulièrement pour les usagers à domicile. On hésitait à les utiliser au Québec avant*

---

<sup>1</sup> RSIPA est un acronyme désignant le Réseau de services intégrés pour les personnes adultes. RSIPA solution informatique désigne le système développé pour soutenir le réseau de services intégrés. Dans ce rapport, RSIPA sera utilisé pour désigner la solution informatique.



*qu'ils n'aient été évalués dans les communautés où ils sont implantés et de connaître le niveau de satisfaction de leurs utilisateurs. Certaines expériences nous ont démontré que la conception, la validation et l'implantation d'un nouvel outil d'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie dans un continuum de services coûtent des millions et nécessitent plusieurs années de travail. » (MSSS, 2000)*

Le rapport recommandait alors

*« que le comité scientifique revoie, au moment approprié, les avantages et les désavantages d'adapter au contexte québécois des outils d'évaluation utilisés ailleurs afin de déterminer si l'un de ces outils atteint les objectifs particuliers déterminés par le comité avisé et comporte une " valeur ajoutée " par rapport à l'outil d'évaluation intégré » (MSSS, 2000).*

C'est dans ce contexte que la présente analyse vise à répondre aux questions suivantes :

- 1) Quels sont les écosystèmes de RSIPA et interRAI en matière de gouvernance, de développement et de maintien à jour des outils et systèmes ?
- 2) Les systèmes permettent-ils d'évaluer les besoins et de planifier les interventions ?
- 3) Les systèmes contribuent-ils à l'amélioration des processus de soins et de services ?
- 4) Les systèmes permettent-ils de faire l'allocation des ressources humaines et financières ?
- 5) La qualité des données est-elle suffisamment bonne pour bien soutenir ces finalités ?

Le présent rapport propose d'abord une brève présentation de chacun des systèmes avant d'aborder chacune des cinq questions posées par le CSBE.

## Démarche/Méthodologie

Pour réaliser ce mandat, l'équipe a procédé, pour chacun des systèmes, à une revue de la documentation et de la littérature disponibles. L'équipe a ensuite procédé à des entrevues avec différentes parties prenantes de chacun des systèmes afin d'en documenter l'utilisation. Une première ronde d'entrevues s'est déroulée entre mai et août 2022; une seconde ronde d'entrevues visant à approfondir certains thèmes s'est déroulée entre janvier et avril 2023. Au total, des entrevues individuelles et collectives, d'une durée approximative d'une heure, ont été réalisées avec 35 acteurs. Certains ont été rencontrés à plus d'une reprise. Plusieurs échanges écrits ont aussi permis de compléter l'information. Les personnes rencontrées sont réparties de la manière suivante :

Catégories de répondants	Expertise RSIPA	Expertise interRAI	Région, province, pays	Fonction
Chercheurs	x	x	Québec, Canada	Gériatre, chercheur, professeur
	x	x	Québec, Canada	Gériatre, chercheur professeur
	x	x	Québec, Canada	Médecin, professeur, chercheur
	x		Québec, Canada	Gériatre, chercheur, professeur
	x		Québec, Canada	Professeur et chercheur
	x		Québec, Canada	Professeur et chercheur
	x		Québec, Canada	Chercheur
		x	Belgique	Professeur et chercheur
		x	Ontario, Canada	Professeur et chercheur

		x	Ontario, Canada	Chercheur
		x	Suisse	Chercheur et Responsable recherche et développement, regroupement hébergement
Gouvernement Québec (MSSS)	x		Québec, Canada	Conseiller, MSSS
Gouvernement province canadienne		x	Ontario, Canada	Gestionnaire d'information
		x	Ontario, Canada	Analyste politiques publiques
Représentant de l'ICIS		x	Canada	Membre de la direction
		x	Canada	Gestionnaire
		x	Canada	Gestionnaire
		x	Canada	Membre de la direction
Représentant du CESS	x		Québec, Canada	Directeur
Fournisseur logiciel		x	Canada	Gestionnaire de produit
Gestionnaire RPA	x		Québec, Canada	Propriétaire RPA
Gestionnaires CI(U)SSS	x		Québec, Canada	Chef d'unité SAPA, CI(U)SSS 1
	x		Québec, Canada	Gestionnaire du mécanisme d'accès à l'hébergement et du guichet d'accès, SAPA, CI(U)SSS 2
	x		Québec, Canada	Directeur SAPA, CI(U)SSS 1
	x		Québec, Canada	Directeur SAPA, CI(U)SSS 3
	x		Québec, Canada	Directeur SAPA, CI(U)SSS 4
	x		Québec, Canada	Gestionnaire SAPA, CI(U)SSS 5 et formateur RSIPA
	x		Québec, Canada	Gestionnaire SAPA CI(U)SSS 6 et formateur RSIPA
Gestionnaire hébergement		x	Nouveau-Brunswick	Chef de la direction, regroupement d'établissements
Gestionnaire soins à domicile		x	Ontario, Canada	Responsable services aux patients
		x	Ontario, Canada	VP soins à domicile et dans la communauté
Intervenants	x		Québec, Canada	Travailleur social, SAPA, CI(U)SSS 2
	x		Québec, Canada	Assistant soins aux patients, SAPA, CI(U)SSS 2
	x		Québec, Canada	Chef d'équipe psychosociale, SAPA, CI(U)SSS 5
	x		Québec, Canada	Travailleur social, SAPA CI(U)SSS 5, formateur RSIPA

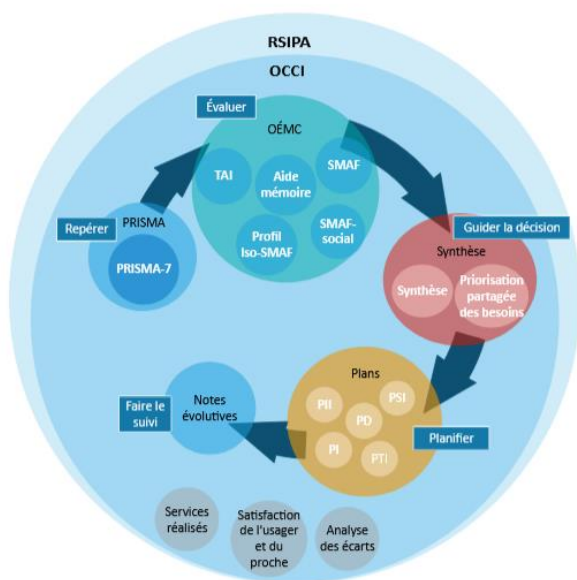
## Présentation sommaire des systèmes

### RSIPA

RSIPA a été construit graduellement à partir de 2009. La vision ministérielle de l'usage de RSIPA se décline en quatre grands objectifs : « *soutenir le processus d'évaluation clinique de la personne adulte; améliorer les services par la disponibilité et la rapidité d'accès à des informations à jour et de qualité; faciliter la communication et la concertation entre les intervenants; et produire des rapports contenant des données de gestion.* » (Belzile, 2018).

RSIPA intègre les outils cliniques de cheminement informatisés (OCCI) proposant une démarche systématique pour une réponse individualisée aux besoins de la personne et de sa famille. Les outils suggèrent les meilleures pratiques cliniques selon des itinéraires définis pour des groupes de personnes présentant une même condition (Rhéaume, Violet, Renaud, & Gagnon, 2018). RSIPA comprend les éléments suivants, représentés à la Figure 1 :

Figure 1 : Illustration des outils dans RSIPA



- **Un outil de repérage** pour les personnes en perte d'autonomie qui ne sont pas connues du réseau de la santé et des services sociaux;
- **Cinq outils d'évaluation** qui constituent l'OÉMC (outils d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle) construits autour du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF);
- **Un outil de synthèse** qui présente les résultats et guide la prise de décision partagée;
- **Cinq types de plans**
- **Un outil de notes** pour réaliser les suivis

Lorsqu'une personne est en perte d'autonomie, un évaluateur formé réalise une évaluation de l'utilisateur à l'aide de l'OÉMC, en remplissant l'aide-mémoire, le SMAF-Social et le SMAF. Le SMAF permet d'éditer un tableau d'aide individualisée (TAI), qui représente visuellement les dimensions de l'autonomie et les items de l'évaluation correspondant aux items mesurés dans le SMAF. L'évaluation permet aussi d'obtenir le score Iso-SMAF pour l'utilisateur, sur une échelle de 1 à 14. Le score Iso-SMAF est associé à un indice de lourdeur et des temps requis par type de soignant. Ce score permettra d'orienter l'utilisateur vers les ressources appropriées pour son niveau d'autonomie (Tableau 1).

Tableau 1 : Guide d'orientation des usagers selon leur profil Iso-SMAF

Profils Iso-SMAF	Orientation préférée
1 à 3	Vers le domicile ou en résidence pour personnes âgées (RPA)
4 à 6	Vers une ressource de type familiale (RTF) ou alternatives à l'hébergement avec services de soutien à domicile (SAD)
7 à 9	Vers une RI ou alternatives à l'hébergement
10 à 14	Vers un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Au terme de l'évaluation, l'évaluateur génère la synthèse, qui présente des indices et des marqueurs (9) à considérer dans la planification des interventions, soit la dénutrition, la fragilité, les chutes, les plaies, l'épuisement des aidants, le suicide, la maltraitance, la négligence et la violation des droits. La synthèse contient un volet qui guide la prise de décision partagée avec l'utilisateur sur les priorités à considérer dans la planification. Finalement, RSIPA permet de créer des plans d'intervention qui découlent de cette priorisation des besoins avec l'utilisateur et qui

contiennent des menus déroulants pour faciliter leur complétion. Un outil de notes cliniques complète la suite.

D'autres modules du système RSIPA sont en développement et devront permettre, à terme, de voir les services réalisés et d'analyser l'écart entre les services planifiés et les services réalisés. Une évaluation de la satisfaction de l'utilisateur et du proche est également à venir.

À noter que la plateforme RSIPA n'est disponible que pour les établissements de santé publics. Les établissements privés (p. ex. : les CHSLD privés non conventionnés ou les RPA) qui souhaitent mettre en place la Démarche SMAF peuvent le faire par l'acquisition d'un autre logiciel, iSMAF, auprès du fournisseur Hopem (Ressources de soins pour les Aînés Ville de Québec, s.d.).

### InterRAI

InterRAI est une organisation à but non lucratif fondée au début des années 1990 aux États-Unis, par un groupe de chercheurs d'Europe notamment des pays nordiques, et des États-Unis. Le système d'information clinique développé par interRAI est proposé alors en réponse au rapport de l'*Institute of Medicine* qui recommandait l'élaboration d'un système uniforme et complet d'évaluation des personnes âgées en soins de longue durée (Carpenter & Hirdes, 2013). Dès le départ, interRAI a été développé pour collecter une information clinique juste et valide dans un format qui soit comparable entre les secteurs et les pays, et qui permette de guider une distribution efficiente et équitable des ressources (Fries, et al., 2003)<sup>[OBJ]</sup>.

L'instrument de mesure initialement développé par interRAI en 1992, le MDS-RAI (*Minimum data set – Resident assessment instrument*) est implanté dans des maisons de soins de longue aux États-Unis et par la suite dans plusieurs pays. Deux années plus tard, en 1994, l'instrument pour l'évaluation en soins à domicile, RAI-HC (*Resident assessment instrument – Home Care*) est lancé à son tour. Les outils d'évaluation se combinent avec une méthodologie de regroupement des utilisateurs en groupes ou *casemix* appelés *Ressource Utilisation Groups – RUG* qui permet de prendre des décisions d'allocation des ressources à partir des données du système.

InterRAI a évolué au fil des années, passant du « *minimum data set* » à une suite intégrée d'instruments s'adressant également à d'autres populations vulnérables que celle des personnes âgées, notamment les personnes en soins aigus, en santé mentale, en soins à domicile ou encore avec des déficiences physiques et intellectuelles. La suite d'instruments d'évaluation est construite à partir d'éléments standards/normalisés (incluant des éléments relatifs aux fonctions physiques, cognitives ou encore à la médication) permettant une comparabilité des données entre les différents instruments et une continuité des soins qui est au cœur de la philosophie du système : « *Nous disposons actuellement d'instruments qui couvrent les nouveau-nés jusqu'aux centenaires, dans différents secteurs. Mais ils sont tous conçus pour constituer un système continu intersectoriel à plus long terme* », explique un chercheur à l'origine d'interRAI.

Aux éléments standards s'ajoutent pour chaque instrument des éléments supplémentaires spécifiques à la population à laquelle il s'adresse. InterRAI propose trois types d'instruments :

- 1) les instruments complets (*Comprehensive Assessment Instruments*), qui évaluent l'ensemble des facteurs clés d'une personne, allant de sa santé à son soutien social;
- 2) les instruments de dépistage (*Screeners – triage for decision making*), qui permettent de prendre une décision en situation d'urgence, soit pour faire une évaluation plus complète ou aiguiller la personne vers d'autres services,
- 3) les instruments de qualité de vie (*Quality of life*), qui se concentrent sur l'expérience vécue par la personne, permettant ainsi d'ajuster les plans de soins et d'améliorer la qualité de service.

Au Canada, spécifiquement pour les soins et services aux aînés, trois outils sont déployés dans plusieurs provinces :

- l'évaluation à l'accueil (CA), un instrument de dépistage qui établit un bref profil des personnes qui sont soumises aux processus de triage et d'admission des services à domicile (ICIS, 2021).
- l'instrument SD (services à domicile), un instrument complet, pour évaluer les usagers bénéficiant de services à domicile et faciliter la planification des services,
- l'instrument SLD (soins de longue durée), un instrument complet, pour évaluer les usagers bénéficiant de soins de longue durée en établissement et faciliter la planification des soins et services.

L'ensemble des instruments a été développé pour remplir quatre fonctions : faire une évaluation clinique et guider la construction des plans de soins, suivre un patient à travers le temps et constater les résultats cliniques des interventions, mesurer la performance et la qualité des soins de l'organisation et faire des comparaisons ainsi qu'allouer des ressources en fonction des catégorisations de patients (RUG).

Pour y parvenir, le système génère quatre types d'informations pour chacun des instruments complets :

- **des échelles de résultats** au niveau de l'utilisateur (14), qui sont des mesures sommaires de l'état clinique et fonctionnel de l'utilisateur produites à l'issue du remplissage de l'instrument. Les échelles de résultats établissent une base de référence pour l'évaluation et le suivi des changements pour l'utilisateur au fil du temps;
- **des guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD)** à l'échelle de l'utilisateur (27) qui indiquent à l'issue du remplissage de l'instrument les domaines où il y a un risque de déclin ou un potentiel d'amélioration. Les GAD orientent la planification des soins (préparation des plans d'intervention);
- **des indicateurs de la qualité (IQ)**, qui sont des mesures de la qualité à l'échelle de l'organisation dans des domaines clés comme la sécurité des soins, l'état de santé, la pertinence et l'efficacité;
- **des groupes Clients (RUG)**, qui sont des données sur les regroupements des utilisateurs selon leurs caractéristiques cliniques et l'utilisation prévue des ressources pour eux.

## Écosystèmes : périmètres, finalités et rôles des partenaires

L'équipe s'est d'abord penchée sur les écosystèmes de RSIPA et interRAI pour comprendre comment fonctionnent leur gouvernance, leur développement et le maintien à jour de leur système. Notre analyse fait ressortir une asymétrie dans les deux systèmes : RSIPA repose sur un écosystème à plus petite échelle dans lequel le MSSS joue un rôle important, alors qu'interRAI repose sur une communauté plus large de chercheurs internationaux.

### Des écosystèmes aux finalités distinctes

À la suite de l'adoption de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) pour l'ensemble du Québec, le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) – organisme à but non lucratif créé en 2006 par les chercheurs à l'origine du SMAF et détenant la propriété intellectuelle et les droits d'auteurs de celui-ci – a été mandaté pour informatiser l'OÉMC et développer une offre de formation pour les formateurs en établissements. Le CESS a par ailleurs mis sur pied une filiale européenne pour établir des ententes de collaboration avec les partenaires européens. Le CESS attribue les licences d'utilisation aux gouvernements, régions ou établissements qui souhaitent utiliser la démarche SMAF, incluant les installations privées au Québec, moyennant redevances. La vente de droits et redevances finance une partie des activités du CESS. La démarche SMAF a été implantée dans plusieurs établissements français, dans un établissement en Suisse, dans un établissement en Belgique et a aussi été utilisée dans des projets de recherches à l'international. Il est traduit en 7 langues (Démarche SMAF, 2013).

RSIPA, dans lequel on retrouve l'OÉMC informatisé et les outils de cheminement clinique informatisés qui s'imbriquent sur l'OÉMC, a été développé sur mesure par des ressources internes du MSSS en collaboration avec le CESS. Il est exclusif au Québec.

De son côté, interRAI a misé, dès sa création, sur l'importance d'avoir des données comparables entre les secteurs et les pays. L'instrument est aujourd'hui déployé dans plus de 35 pays, traduit en 14 langues (interRAI, s.d.). Ce déploiement à grande échelle sert doublement à interRAI puisqu'à l'instar du CESS, interRAI détient les droits de propriété intellectuelle de la suite d'instruments d'évaluation. Ainsi, en accordant des licences d'utilisation libres de droits aux utilisateurs non commerciaux (gouvernements,

prestataires de soins ou chercheurs), interRAI s'assure l'accès à une importante quantité de données qui sert au développement et à l'amélioration des outils. D'un autre côté, en accordant des licences moyennant redevances (frais annuels pour le bassin de population,

### Utilisation d'InterRAI au Canada

Au Canada, les licences d'utilisation sont accordées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif dont le mandat est de fournir une information comparable et exploitable qui favorise une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé de la population dans l'ensemble du continuum de soins (ICIS, s.d.). L'ICIS agit à titre de dépositaire des normes d'interRAI au Canada et maintient un entrepôt de données d'interRAI. L'ICIS produit différents types de rapports et de statistiques issues des données collectées par les instruments InterRAI à l'usage des organisations et de la population.

indépendamment du nombre d'instruments utilisés) aux utilisateurs commerciaux (vendeurs de logiciels qui intègrent la suite InterRAI), interRAI s'assure des revenus constants utilisés à des fins de recherche. À noter que les échelles de résultats, algorithmes et mesures de groupes clientèle basés sur les instruments d'évaluation ne sont pas protégés par des droits d'auteurs.

## Des écosystèmes asymétriques

### Gouvernance des écosystèmes

---

*Ma question c'est est-ce qu'il y a un risque là qu'à un moment donné on ait de la difficulté à maintenir à jour notre système [RSIPA]? Je comprends que l'un des avantages c'est qu'il répond à nos besoins, mais d'un autre côté... est-ce qu'on a des ressources à l'interne suffisantes pour suivre le développement de technologie au ministère?*

Directeur SAPA, CI(U)SSS

---

Au Québec, c'est le MSSS qui joue un rôle central dans le développement et le déploiement de RSIPA, mais aussi dans l'émission des lignes directrices à travers différentes documentations (p. ex. : Lignes directrices sur le repérage des aînés en perte d'autonomie (MSSS, 2022)). La production de lignes directrices est appuyée par des expertises cliniques (chercheurs, CESS). La gouvernance du système est ainsi assurée par un comité (le comité OCCI) mis sur place par le MSSS et rassemblant le CESS et des chercheurs à l'origine des outils SMAF. Ce comité a ainsi pour mandat de déterminer la stratégie de développement et de déploiement des OCCI dans la solution informatique.

De son côté, la gouvernance de la suite interRAI est moins directement reliée à l'appareil gouvernemental. La gouvernance principale d'interRAI est assurée par un conseil d'administration constitué de 8 chercheurs universitaires auquel s'ajoutent quatre comités dirigés par des chercheurs qui s'intéressent au développement de différents aspects de la suite interRAI :

- Le comité de développement des instruments et des systèmes (ISD)
- Le comité de planification stratégique et des opérations (SPOC)
- Le comité du site web et de l'information (WIC)
- Le comité de formation

Ce sont ces comités qui se chargent de maintenir à jour les normes sous-jacentes au déploiement de la suite interRAI et de son maintien à jour. Au Canada, l'ICIS contribue activement à la mise à jour de la version canadienne des instruments, manuels, guides de références et directives de codification et fait le pont entre interRAI et les provinces et territoires pour permettre l'échange de connaissances.

### Développement et fréquence des mises à jour

Bien que RSIPA dispose d'une petite communauté d'experts à l'échelle locale, le développement et les mises à jour du système restent tributaires des compétences et des ressources limitées disponibles dans la province. À l'inverse, interRAI s'appuie sur sa communauté étendue pour

proposer une vaste mise à jour tant des instruments, des logiciels que des modèles de rapports mis à disposition des utilisateurs.

### *Instruments d'évaluation*

À la suite du développement de l'instrument de mesure SMAF, initié par un noyau de chercheurs québécois principalement basés à Sherbrooke au Centre de Recherche sur le Vieillessement, des chercheurs de France et d'autres pays ont contribué au développement d'outils complémentaires (SMAF-Social, PRISMA7, etc.) et ont corédigé des articles scientifiques. Par ailleurs, un comité scientifique SMAF et SMAF social est actuellement en fonction pour soutenir les cliniciens et les formateurs dans le développement de la pratique d'évaluation à l'aide de ces outils. En effet, les questions des cliniciens et des utilisateurs qui n'ont pas trouvé réponse à travers les différents mécanismes d'entraide et de développement de la pratique ou qui nécessitent une expertise pointue sont acheminées au comité. On note toutefois que depuis l'adoption au Québec de l'instrument de mesure SMAF, ce dernier n'a pas fait l'objet de révisions majeures et la communauté de chercheurs qui contribue aux avancées scientifiques en lien avec l'instrument demeure relativement restreinte.

De son côté, la suite interRAI est soutenue par une communauté de 135 chercheurs et praticiens membres (*fellows*) qui s'assurent de développer, de réviser les standards scientifiques (*review*) et d'approuver les nouveaux instruments ou les nouvelles versions d'instruments. Le comité *Instrument and Systems Development Committee*, par exemple, se rencontre environ trois fois par année à cet effet. De plus, les chercheurs membres du réseau mènent des projets de recherche qui visent à peaufiner certains indicateurs ou à identifier les pistes d'améliorations qui peuvent être faites aux instruments et à la présentation des résultats. Ces recherches viennent donc nourrir les mises à jour régulières des instruments. À titre d'exemple, une récente étude comparative des indicateurs utilisés (Norman & Hirdes, 2020) soulignait l'importance de procéder à l'amélioration du « Guide d'aide à la décision sur le risque de chutes ».

C'est grâce à ce type de recherche que la suite semble être en constante évolution, comme le souligne un chercheur expert d'interRAI : « *La littérature évolue, la population évolue et les connaissances sur la manière de procéder à l'évaluation évoluent au fil du temps. Nous nous efforçons donc en permanence de mettre à jour les instruments et les protocoles de planification des soins dans les différentes applications au fil du temps. Il ne s'agit pas de le faire une fois pour toutes.* ». De plus, la suite peut être adaptée dans la mesure du possible aux réalités locales pour mieux refléter les spécificités culturelles, sociales et politiques (Fries, et al., 2003).

### *Logiciels*

À l'instar de la mise à jour des instruments, les logiciels de la suite interRAI bénéficient davantage de mises à jour que le logiciel RSIPA. Au Québec, ce n'est que très récemment que le CESS a mis sur pied un comité de travail ayant pour objectif d'harmoniser la version de RSIPA, utilisée dans le secteur public, et la version iSMAF de Hopem, utilisé dans le secteur privé. À l'inverse, interRAI délègue cette tâche aux fournisseurs de logiciel certifiés qui satisfont aux tests de conformité. Ainsi, au Canada, il existe neuf fournisseurs de logiciel qui satisfont aux tests de



conformité de l'ICIS à ce jour. Chaque fournisseur s'engage auprès d'interRAI à intégrer des routines d'exportation des données collectées, mais aussi à mettre en œuvre des rapports d'utilisateurs présentant les résultats des évaluations et les algorithmes d'aide à la décision. Il en résulte une mise à jour fréquente des logiciels en place.

### *Rapports et données*

Selon nos échanges, les données collectées dans RSIPA sont entreposées au niveau des CI(U)SSS et disponibles à l'état brut pour chaque établissement : chaque CI(U)SSS ne peut accéder et traiter que ses propres données et ces données nécessitent des compétences à l'interne pour être traitées. Seul le MSSS possède une vue provinciale des données brutes récoltées dans les OCCI, dans un comptoir ministériel. Le MSSS interpelle le CESS pour réaliser différents mandats ponctuels en soutien au traitement des données de RSIPA.

Pour fournir des rapports et des données agrégées aux gestionnaires (p. ex. : la répartition des profils d'usager dans une installation ou l'évolution d'un usager dans le temps), le MSSS rend disponibles les rapports de gestion (5) produits à partir des comptoirs de données I-CLSC<sup>2</sup> et RSIPA. Les gestionnaires du réseau y ont accès avec le soutien des Directions des ressources informatiques des établissements (DRI) et/ou des Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). En effet, le MSSS se repose sur les expertises disponibles à l'interne des CI(U)SSS et au sein du CESS regroupées au sein d'une communauté de pratique (moins active depuis la fin de la pandémie) pour les développements en lien avec l'utilisation des données.

Du côté d'interRAI, les données récoltées des instruments SD et SLD ont, jusqu'à récemment, été entreposées à l'ICIS dans deux entrepôts différents : le Système d'information sur le service à domicile (SISD) et le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) auxquels les données sont transmises trimestriellement. Ces deux systèmes sont voués à une mise hors service en 2026, car une migration graduelle est en cours vers un système unique, soit le système d'information intégrée InterRAI (SIIR) qui permettra une transmission en temps presque réel des données des établissements.

InterRAI met à contribution plusieurs partenaires pour générer différents types de rapports. D'abord, les fournisseurs doivent s'assurer que leurs systèmes génèrent les rapports d'utilisateurs d'interRAI afin de présenter les échelles et les données agrégées pour les établissements. Les fournisseurs sont aussi libres de développer davantage de rapports et de les rendre disponibles à leurs utilisateurs. Les rapports générés par les systèmes peuvent varier d'un fournisseur à l'autre. Ensuite, l'ICIS au Canada produit également des rapports sur certains indicateurs et statistiques à partir des données d'interRAI qui leur sont fournies par les provinces

---

<sup>2</sup> I-CLSC est un système d'information permettant la gestion de l'information clinique et administrative des CLSC et de certaines cliniques ambulatoires de centres hospitaliers. Il permet, entre autres, de gérer la demande de service, les interventions et la durée des interventions faites par les intervenants (infirmières, travailleurs sociaux, etc.). (MSSS, 2016)

### Utilisation d'interRAI au Canada

7 provinces et territoires participent entièrement au SISLD : Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique, Yukon et Nouveau-Brunswick. La participation est partielle au Manitoba et volontaire en Nouvelle-Écosse. 4 provinces n'y participent pas (ICIS, 2020).

7 provinces et territoires participent entièrement au SISD Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique et Yukon et Nouvelle-Écosse. L'Ontario et une région du Manitoba sont en déploiement de l'instrument et s'approprient à participer également. Les 5 autres provinces ne participent pas (ICIS, 2022).

afin de permettre aux établissements de connaître et de comparer leur performance. Au Canada, les données des provinces participantes sont transmises à l'ICIS, parfois directement, parfois par l'intermédiaire d'une régie régionale et d'un ministère, selon le modèle de transmission des données propres à chaque province.

Ce qui ressort de l'analyse comparative des deux systèmes, c'est que le mode de gouvernance influence directement le

mode de gestion des données : au Québec, les données sont centralisées au MSSS alors que du côté d'interRAI, les données sont certes centralisées chez interRAI, mais elles sont traitées par un organisme indépendant (l'ICIS) et certains indicateurs sont partagés publiquement par cet organisme. Ce point central sera étudié plus en détail dans la section sur l'amélioration des processus.

### Développement et maintien des compétences des utilisateurs et gestionnaires

La formation est le troisième volet où l'on peut identifier des différences significatives entre les deux écosystèmes.

En effet, au Québec, la formation des utilisateurs est chapeauté par le CESS qui a pour mandat de former les formateurs des établissements et de leur offrir un soutien, ainsi qu'aux utilisateurs. On compte ainsi huit formateurs de formateurs en prêt de services au CESS et environ quatre formateurs par établissements. Les formations de formateurs développées par le CESS sont organisées en fonction des demandes. Le soutien aux utilisateurs et formateurs en établissement est organisé sous forme de foire aux questions alimentée par les échanges et les décisions du comité de formateurs de formateurs qui se rassemble aux quatre à huit semaines pour échanger et traiter les questions remontées du terrain. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'offre centralisée de formation continue des utilisateurs ni de formation des gestionnaires à l'utilisation des données et des rapports RSIPA : chaque établissement est responsable d'assurer la formation continue et est libre d'y allouer les ressources qu'il juge nécessaires.

À noter que depuis moins d'un an, un projet pilote est en cours pour mettre en place des pilotes parmi les formateurs pour prendre le relais de la direction des TI dans la gestion des comptes d'utilisateurs et des enjeux techniques rencontrés par les utilisateurs.

De son côté, interRAI met à disposition une riche documentation destinée aux utilisateurs : [trousse d'outils pour la mise en œuvre d'interRAI](#), [Aide-mémoires](#), vidéos, etc. La majorité des documents est disponible gratuitement, sinon à faible coût, et les membres  *fellow*  d'interRAI agissent à titre de personnes-ressources pour les milieux intéressés.

Au Canada, dans le cadre de son entente de partenariat avec interRAI, l'ICIS forme les formateurs locaux provenant des provinces et territoires et les soutient dans la préparation du plan de développement des compétences de ses utilisateurs. Les juridictions peuvent utiliser les outils mis à leur disposition par l'ICIS et compléter par la construction de leurs propres formations pour leurs utilisateurs. L'ICIS offre [des manuels et formulaires accessibles en ligne sur le site de l'ICIS](#).

Enfin, alors que l'ICIS a le mandat de former des formateurs locaux à l'utilisation des outils, chaque fournisseur-logiciel a pour mandat de former à l'utilisation du logiciel hébergeant la suite interRAI (les coûts de cette formation font généralement partie de l'entente entre les organisations de santé et le fournisseur-logiciel), ce qui vient compléter l'offre de formation globale à la suite interRAI.

L'ICIS propose également une mise en contact des super utilisateurs d'autres provinces afin de partager les bonnes pratiques de chaque province. L'ICIS procure enfin des formations continues destinées aux gestionnaires pour comprendre les données d'évaluation interRAI et la façon de les utiliser. Finalement, InterRAI propose une accréditation annuelle des formateurs et des utilisateurs, sur examen, pour assurer un maintien des compétences.

Comme nous pouvons le constater, en misant sur l'autonomie et le sur-mesure, le Québec s'est quelque peu isolé dans sa pratique et se repose à présent sur les forces et limites de ses seules ressources locales. Parce que la suite interRAI repose sur un écosystème plus large d'administrateurs, de fournisseurs-logiciel, de chercheurs internationaux, les utilisateurs d'interRAI peuvent bénéficier d'un développement et une amélioration accélérés du système, d'une plus grande production de documentation pour soutenir les utilisateurs, d'une plus grande production de littérature scientifique autour de son utilisation, et d'une répartition des coûts de développement et de maintien.

Le tableau suivant (Tableau 2) synthétise les éléments clés des écosystèmes RSIPA et interRAI discutés dans cette section.

#### Nombre de résultats d'articles dans PubMed par mots-clés pour chaque système

- InterRAI : 522 résultats
- InterRAI HC : 107 résultats
- InterRAI LTCF : 54 résultats
- Functional autonomy measurement system (SMAF) : 46 résultats
- Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle : 9 résultats

Tableau 2 : Tableau synthèse des écosystèmes de partenaires RSIPA et interRAI

	RSIPA	interRAI
Propriété et licences	CESS (but non lucratif) CESS octroie les licences	Propriété d'InterRAI ( <i>non-profit charitable</i> ) ICIS octroie les licences au Canada
Développement et mise à jour des instruments	Local – comité scientifique SMAF et SMAF Social	International – 115 membres de 37 pays (22 Canadiens), 4 réseaux thématiques
Gouvernance et développement des systèmes	Comité OCCI du MSSS (MSSS, CESS, chercheurs)	<i>Board of directors</i> (Intl), <i>Instrument and Systems Development Committee</i> (ISD), 4 sous-comités
Normes et lignes directrices	MSSS	InterRAI, ICIS et gouvernements provinciaux

<b>Logiciel (développement et adaptation)</b>	Public : logiciel RSIPA du MSSS Privé : logiciel iSMAF 5.1 (Hopem)	Logiciels de fournisseurs ayant satisfait aux exigences de l'ICIS
<b>Soutien au déploiement des instruments</b>	CESS	ICIS
<b>Entrepôts de données et systèmes d'information</b>	Comptoir de données du MSSS Comptoir de données des CI(U)SSS	SISD et SISLD qui migrent vers SIIR (ICIS) (l'ICIS transmet les données à InterRAI pour comparaisons internationales)
<b>Développement de rapports de gestion</b>	Gestionnaires CI(U)SSS (communauté de pratique), CESS, MSSS	ICIS Dans logiciels : développeurs logiciels suivant les normes interRAI et pouvant en ajouter
<b>Formation</b>	Initiale : CESS certification et examen Formation continue : CI(U)SSS	Initiale : ICIS (interRAI) et fournisseurs (logiciel), examen certification annuelle Formation continue : organismes certifiés par interRAI

## L'évaluation des usagers et la construction de plans d'intervention

L'équipe a ensuite répondu à la question suivante : les systèmes permettent-ils d'évaluer les besoins et de planifier les interventions ? L'analyse met en lumière que les deux systèmes proposent une évaluation dont les résultats facilitent la préparation des plans d'intervention. InterRAI et son instrument SLD sont davantage utilisés en contexte d'hébergement que RSIPA et la valeur de ses instruments complets (SLD et SD) semble bien perçue par les utilisateurs. Les instruments d'RSIPA et les instruments d'interRAI ne sont pas non plus équivalents en matière de longueur de complétion : l'évaluation dans RSIPA est beaucoup plus longue (4 à 5 heures) à remplir qu'interRAI (1 à 2 heures).

### Deux évaluations dont les résultats facilitent la préparation des plans d'intervention

En théorie, les deux systèmes permettent une évaluation des besoins de l'utilisateur à partir d'instruments validés et guident la planification des soins et services tout en priorisant les éléments jugés importants pour et par l'utilisateur. Ils proposent des cheminements semblables pour l'utilisateur; la seule distinction est sur le fait que les résultats proposés par interRAI sont plus nombreux que ceux proposés par RSIPA (voir Tableau 3).

Tableau 3 : Cheminement clinique proposé par les systèmes

	RSIPA - OÉMC	interRAI
<b>1. Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prisma 7</li> <li>SMAF</li> <li>SMAF-social</li> <li>Aide-mémoire</li> <li>TAI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation à l'accueil (CA) interRAI</li> <li>Soins de longue durée en établissement (SLD) interRAI</li> <li>Services à domicile (SD) interRAI</li> </ul>
<b>2. Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Synthèse (Scores, facteurs de risques, indices...)</li> <li>Priorisation partagée des besoins</li> <li>Iso-SMAF : Classement – 14 profils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échelles de résultats (14)</li> <li>GADs (27)</li> <li>Classement CaseMix RUG (44 regroupements)</li> </ul>
<b>3. Planification</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plans d'intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan(s) d'intervention(s), si intégré(s) au logiciel</li> </ul>
<b>4. Réévaluation</b>	Aux années ou si changement	Aux 3 mois ou si changement

20

RSIPA a été développé de sorte que les plans d'interventions puissent être construits à même le logiciel à partir des éléments priorisés avec l'usager, dans la synthèse. Du côté d'interRAI, la construction des plans d'intervention ne fait pas partie de la suite. À noter, néanmoins, que certains fournisseurs intègrent les plans dans le même logiciel que les évaluations en fonction de leur produit et de la demande de leur client.

Dans les faits, l'utilisation de RSIPA pour construire les plans d'interventions est variable selon les établissements et selon les contextes (soins à domicile ou hébergement). Il est davantage utilisé en services à domicile. Les intervenants rencontrés ont fait part que la synthèse et le TAI sont des outils intéressants pour représenter les besoins de l'usager et guider la préparation des plans d'intervention en service à domicile. Certains établissements interrogés nous ont mentionné toutefois utiliser les plans d'interventions d'autres logiciels ou encore dupliquer les plans dans deux logiciels différents (RSIPA et un autre).

---

*[L'OÉMC] est utilisé pour toutes clientèles confondues, donc en déficience et pour les personnes âgées. Il est lourd, long et assez précis je dirais pour la personne âgée qui a des pertes cognitives, puis tout le spectre qui vient après ça. Mais pour les autres clientèles, c'est un outil qui n'est pas du tout sensible à leurs réalités.*

Intervenant (RSIPA)

---

Une fois le patient admis en hébergement, une première évaluation complète doit être faite dans RSIPA. Ensuite, le SMAF doit minimalement être rempli annuellement. Certaines sections qui ne s'appliquent pas bien à la réalité des personnes hébergées peuvent être sautées. La complétion des évaluations et des réévaluations en services à domicile et en hébergement fait l'objet de cibles ministérielles quantitatives. Ces [cibles ministérielles](#) prévoient que 95 % des personnes hébergées en CHSLD public et que 90 % des adultes recevant des services de SAD de longue durée dans le cadre des programmes-services SAPA, DP, DI-TSA et santé physique (maladies chroniques) devraient avoir une évaluation à jour et un plan d'intervention.

Il en résulte que de nombreux cliniciens et autres professionnels semblent le compléter plus par obligation que par utilité, ce qui fait que l'exercice est souvent peu rigoureux. RSIPA est peu utilisé en hébergement pour construire les plans de soins. Les intervenants privilégieraient d'autres outils plus adaptés à ce contexte.

De son côté, interRAI, en proposant différents instruments d'évaluation spécifiques à chaque type de clientèle, offre aux intervenants des instruments collés à leurs réalités. Il en résulte que dans le contexte de l'hébergement, interRAI semble plus adapté. La politique d'interRAI impose une réévaluation à chaque changement de l'état de la personne ou minimalement à chaque trimestre.

La longueur des évaluations est évoquée comme un irritant par les utilisateurs de RSIPA comme d'interRAI. Les acteurs interrogés pour RSIPA déplorent la quantité de temps requise pour compléter une évaluation à l'aide de l'outil (en moyenne 4,5 h).

---

*En fait moi je pense que le SMAF est lourd; le premier SMAF peut prendre 7h à compléter. [L'outil devrait être amélioré] pour qu'il soit plus rapide, plus sensible aux réalités et peut-être aussi plus pertinent pour les intervenants.*

Directeur SAPA (RSIPA)

---

Pour interRAI, une version plus courte de l'évaluation a été développée par des chercheurs à la suite des rétroactions des utilisateurs concernant la longueur de la complétion de la version précédente. Dans l'ensemble, l'évaluation dans interRAI prend désormais 1,5h à être complétée. Par ailleurs, l'instrument de réévaluation d'interRAI filtre les questions pour ne proposer que celles qui sont pertinentes en fonction de l'état de l'utilisateur, ce qui accélère sa complétion.

Alors que les évaluations des résidents hébergés au Québec semblent avoir été mises de côté pendant les périodes les plus intenses de la pandémie, il en aurait été autrement du côté d'interRAI :

---

*Mais nous avons constaté que même pendant la pandémie, nous avons obtenu des données complètes et de bonne qualité. Ce que je ne sais pas encore, c'est que dans les foyers où il y a eu un désastre, où la moitié des résidents sont morts et où le personnel était malade, les évaluations n'ont probablement pas été faites à temps dans ces zones. Mais vous savez, dans l'ensemble, je viens de voir un rapport récent en Ontario, seulement 15 des 680 foyers de l'Ontario ont des dossiers d'évaluation manquants, pendant la pandémie, ce qui n'est pas si mal.*

Chercheur expert d'interRAI

---

Certains acteurs interrogés indiquent que le manque de régularité des évaluations au Québec a des impacts concrets sur l'organisation des services et que la planification des ressources en serait facilitée si ces dernières étaient plus fréquentes. Ils attribuent cette défaillance à un manque d'encadrement.

### **La valeur perçue des outils se distingue en fonction des contextes**

La valeur perçue des outils proposés dans RSIPA ne semble pas toujours bien établie auprès des utilisateurs. En effet, le temps requis pour faire des évaluations et la présence d'irritants (ex. : la pertinence de certaines questions), entre autres choses, font en sorte que la rigueur de l'évaluation peut s'en voir affectée. L'obligation de compléter certaines parties pour accéder à la synthèse, même si elles ne contribuent pas au score Iso-SMAF, est considérée par plusieurs comme une lourdeur administrative ou une étape à non-valeur clinique. À titre d'exemple, la nécessité de remplir le SMAF-Social même si celui-ci ne contribue pas aux profils Iso-SMAF soulève des questionnements.

---

*« Je ne veux pas dire que la partie SMAF-social n'est pas pertinente. Je le trouve pertinent au point de vue clinique. C'est juste que peu importe ce que tu vas cocher, en bout de ligne ça ne changera pas le profil ISO-SMAF. C'est plus ça qui fait en sorte que les intervenants ont peut-être plus tendance à l'escamoter. »*

Intervenant (RSIPA)

---

De son côté, la pertinence et la valeur ajoutée d'interRAI semblent plus élevées. Les acteurs utilisant le système ont rapporté les rétroactions positives qu'ils reçoivent du terrain concernant la convivialité de l'outil.

---

*« Une maison de soins m'a appelé environ 3 mois après l'implantation des instruments pour me dire « Je n'ai pas pu dormir la nuit dernière, je ne peux pas comprendre ça ». [Face à mon étonnement] elle m'a dit : « juste pour bien saisir... quand quelqu'un est admis, je fais son premier bilan. Et je regarde les [GAD] et je crée le plan de soins. Puis 92 jours plus tard, je fais un autre bilan, je regarde les [GAD], je crée un plan de soins. S'il y a un changement important, je fais un bilan, je regarde les [GAD] et je crée un plan de soins. Et puis je fais ça encore et encore jusqu'à ce qu'ils soient libérés ». [Quand j'ai dit oui elle s'est mise à rire et elle a dit] : « Je suis dans le domaine de la santé depuis 25 ans et je n'ai jamais écrit avec un système qui avait du sens. Alors maintenant, je me demande si j'ai raté quelque chose. [...] Si ce n'est que cela, je suis choqué et étonné. »*

Gestionnaire d'hébergement (interRAI)

---

## Amélioration de la performance des processus de soins et de services

Dans son analyse, l'équipe de recherche devait voir si les deux systèmes contribuaient à l'amélioration de la performance des processus de soins et de services. Il ressort de la littérature et de nos échanges que pour être en mesure d'améliorer les processus de soins et services, il est important d'avoir accès à des données de qualité, que celles-ci soient comparables et qu'*in fine*, il existe une réelle culture de gestion des données au sein des organisations et des réseaux d'organisation.

### L'accès aux données facilité par des rapports d'analyse

---

*Si les communautés de chercheurs se penchaient davantage sur le comptoir, on irait beaucoup plus loin !*

Directeur SAPA (RSIPA)

---

Comme mentionné dans la section sur la présentation des écosystèmes, il existe un écart dans la génération des données colligées qui découle directement des objectifs initiaux des systèmes et de la gouvernance choisie. Mais au-delà du nombre de rapports générés, c'est la nature de l'information qu'ils contiennent qui permet ou non d'appuyer les décisions eu égard à

l'amélioration des processus de soins et services. Des cinq rapports de gabarits développés pour extraire des données de RSIPA, deux d'entre eux présentent des informations qui sont davantage utilisables pour appuyer la prise de décisions en gestion, nous explique-t-on, soit « Portrait de la situation des usagers actifs au SAD » et « Grands utilisateurs de services SAD en soins infirmiers, assistance et soutien ». Toute autre information de RSIPA qui pourrait être utile à la gestion, autre que celle fournie dans les rapports préétablis par le MSSS, doit être extraite et mise en forme par les ressources internes des CI(U)SSS à partir des comptoirs de données brutes. Les autres besoins d'information à partir de l'environnement RSIPA doivent faire l'objet d'une extraction et d'un traitement manuel des données, ce qui rend l'exploitation plus limitée.

Pour interRAI, l'accès aux données et les options d'extractions et d'analyse sont multiples. Par exemple, il est possible d'obtenir des rapports du système standards à interRAI, des rapports développés et proposés par les fournisseurs dans leurs logiciels, des rapports spécifiques de l'ICIS pour les organisations et des rapports publics de l'ICIS. En outre, il y a également la possibilité de consulter les données à partir des logiciels et du portail de l'ICIS. Il en résulte un déséquilibre entre ce que les gestionnaires travaillant avec RSIPA et ceux possédant la suite interRAI peuvent réaliser. En effet, parce que l'on s'appuie principalement sur les compétences internes des équipes au Québec, les données disponibles dans RSIPA sont peu exploitées malgré le potentiel qu'elles recèlent. Notons à cet effet que les gestionnaires ne sont par ailleurs pas tous formés à l'utilisation des données de RSIPA.

---

*Des formations de gestionnaires, il n'y en a pas de monté. Donc, chaque CISSS fait sa formation en fonction de ce qu'il juge pertinent. [...] Moi, je suis en train de travailler pour en donner une [bientôt] de mon côté. Parce que j'ai beaucoup, beaucoup, beaucoup de gestionnaires qui me posent des questions et qui ne savent pas comment l'interpréter.*

Gestionnaire SAPA (RSIPA)

---

Les rapports disponibles dans RSIPA permettent aux gestionnaires de faire un certain niveau d'analyse pour alimenter la réflexion sur l'organisation des soins et services par installation et la répartition des ressources entre les installations. Cependant, l'exploitation de ces données pour alimenter la décision en gestion (planification, optimisation) est à géométrie variable et repose sur la connaissance que les individus ont des systèmes, leur formation à l'utilisation des données. Elle repose aussi sur la disponibilité des analystes systèmes dans les établissements, ce qui s'est révélé être très variables au travers de nos entrevues.

Du côté d'interRAI, étant donné qu'il permet un traitement décentralisé des données et offre à cet effet la possibilité à plusieurs experts en la matière d'analyser les données et de les diffuser, il en résulte un plus grand choix pour les décideurs, quels que soient leurs niveaux hiérarchiques. Ainsi, au niveau national ou provincial, les données d'interRAI sont utilisées de façon plus systématique pour améliorer la qualité des soins et services et la santé de la population. En Ontario, par exemple, les données d'interRAI nourrissent le suivi d'indicateurs jugés prioritaires en soins de longue durée dans leur plan d'amélioration de la qualité 2023-2024 (Santé Ontario, 2022). Les fournisseurs de logiciels contribuent également à l'accessibilité des données sur le terrain en rendant disponibles directement dans leurs systèmes un certain nombre de rapports



de gestion qu'ils développent pour leurs clients. Un des fournisseurs rencontrés dans cette étude en propose une vingtaine pour présenter les données interRAI aux juridictions qu'il dessert afin de soutenir leur prise de décision en gestion. Ce fournisseur propose aussi un module permettant de construire rapidement des rapports sur mesure à partir de données sélectionnées. L'ICIS propose des formations continues destinées aux gestionnaires pour comprendre les données d'évaluation interRAI et la façon de les utiliser.

### **La comparabilité des données interétablissement et interjuridiction**

Le deuxième élément sur lequel repose l'amélioration des processus de soins et services est la capacité de l'établissement à se comparer à un étalon pour déterminer s'il réalise ou non une bonne performance.

Dans le cas de RSIPA, nous l'avons vu, seul le MSSS peut avoir accès à une vue provinciale de la performance des processus de soins et services. Les établissements ne sont pas en mesure à l'heure actuelle de se comparer entre eux et encore moins avec des étalons à l'extérieur de la province. De l'avis des personnes interrogées, un véritable effort dans le domaine permettrait de pousser l'analyse et de proposer des comparaisons par régions, de mesurer les effets d'un soutien à domicile efficace sur la demande en hébergement. Cela permettrait de mesurer adéquatement « l'écart entre les besoins, entre les services qui sont requis et ceux qui sont fournis et donc de mettre l'argent au bon endroit ou de développer ce qui manque », explique un chercheur expert de RSIPA. Voici l'un des commentaires recueillis :

---

*Au Québec, on ne sait pas si [les soins prodigués] sont bons ou pas bons, ... on n'est pas capable de savoir s'ils sont mieux ou moins bons qu'ailleurs. On n'a pas les données. [...] Il faut des comparaisons externes pour comprendre si on fait une bonne job ou pas.*

*Chercheur expert d'RSIPA et interRAI*

---

Cette notion d'étalonnage dans le but de stimuler l'amélioration des processus de soins et services est, en revanche, au cœur de la suite interRAI. L'une des forces d'interRAI et de son partenariat avec l'ICIS réside dans la standardisation des outils qu'ils proposent, qui permet de faire des analyses comparatives interjuridictions (Shugarman, Buttar, Fries, Moore, & Blaum, 2002; Sorbye, et al., 2009) : en effet, l'ICIS fait trimestriellement un ajustement des risques sur les données d'interRAI afin de rendre les données comparables et fournir des rapports comparatifs aux établissements (ICIS, 2013).

---

*Ainsi, chaque fois que [le « codeur » marque l'évaluation comme terminée], celle-ci est transmise à l'ICIS en temps réel [...] à la fin de chaque trimestre, [interRAI] met à jour [...] les 35 indicateurs de qualité et c'est vraiment cool la façon dont ils l'ont configuré. Vous pouvez choisir une maison et la comparer à une autre maison ou à un groupe de maisons [de soins de longue durée. [...]]. Donc, vous pouvez voir [...] ce taux de chute des maisons diminue mais ce taux de chute des maisons augmente, que se passe-t-il là-bas ?*

La facilité d'accès et la possibilité de se comparer à des établissements semblables ainsi qu'à la moyenne provinciale et nationale permettent d'insuffler les premières bribes de culture d'amélioration continue des processus de soins et services. Elle invite à s'interroger sur les raisons des écarts existants. La comparabilité entre provinces et à l'échelle internationale est donc un élément de différenciation important entre les deux systèmes. Certes, la publication des neuf indicateurs de qualité interRAI dans Votre Système de Santé (une plateforme qui rend des indicateurs publics) peut être déstabilisante pour les établissements, mais les analyses comparatives qui en découlent constituent par ailleurs un facteur de motivation pour l'amélioration des pratiques. D'ailleurs, l'ICIS permet aussi à ses utilisateurs de soumettre des demandes au système d'information et de recevoir, presque en temps réel, les résultats à des fins opérationnelles.

**Une culture de gestion des données : clé de voute de l'amélioration des processus de soins et de services**

---

*Quand on regarde dans le COVID, ce n'est pas parce que les milieux avaient interRAI qu'il y a eu moins de décès dans le milieu d'hébergement. Il faut vouloir utiliser les données pour agir, ça c'est autre chose.*

Chercheur expert d'RSIPA et d'interRAI

---

On l'aura compris, quel que soit le système choisi, la culture entourant la gestion des données doit être ancrée dans une politique locale des établissements pour que cet outil puisse effectivement soutenir l'amélioration des processus de soins et de services. L'accès aux données, leur qualité, la comparabilité possible, voilà autant d'éléments facilitateurs, mais il reste que sans des efforts soutenus pour appuyer l'amélioration des processus, on se prive d'un important levier que permettent de riches données utilisées.

Ainsi, pour l'utilisation du système interRAI, nos échanges ont permis de constater que toutes les installations n'ont pas les mêmes habitudes de consultation des rapports et la même réponse face aux données qu'ils contiennent. Certains surveillent leurs résultats trimestriels, se fixent des objectifs qu'ils cherchent à atteindre et déclenchent des processus d'amélioration; d'autres sont moins rigoureux dans leur consultation et leur utilisation. Il demeure que dans les juridictions les plus matures, où la culture est bien ancrée, le potentiel de ce type de système est évident :

*On voit qu'on a beaucoup plus d'informations pour le gouvernement, pour montrer où se trouvent les problèmes, parce qu'on a des données sur la population. Mais on voit aussi que ça aide à montrer aux organisations où la qualité est bonne et où peut-être ils peuvent s'améliorer. Et on a plus de continuité de soins et moins de, par exemple, visites à l'hôpital qui ne sont pas planifiées. Parce qu'on voit les problèmes plus tôt, avant, au lieu de trop tard, alors les expériences sont assez positives.*

Chercheur expert d'interRAI

---

Alors qu'est-ce qui contribue à ancrer ces systèmes dans les terrains et encourage leur utilisation pour l'amélioration des processus de soins? Pour nombre des experts interrogés, il s'agit de la pertinence perçue. Lorsque l'instrument est perçu comme un outil clinique qui aide à l'amélioration de la trajectoire du patient et non comme un simple formulaire de collecte de données destiné à satisfaire le ministère, son utilisation est alors mieux intégrée : « *Si l'on considère qu'il s'agit d'un outil administratif, on fera un mauvais travail, on ne voudra pas le faire et il sera mis de côté* », explique un chercheur expert d'interRAI. Cet aspect est présent autant pour interRAI que pour RSIPA. En effet, certains questionnaires du RSSS nous ont mentionné qu'une des faiblesses de RSIPA réside dans la compréhension du potentiel du système en place, mais aussi sur la nature des indicateurs que ce dernier fournit : les indicateurs sont en effet majoritairement quantitatifs et peu d'importance est accordée à la notion de pertinence des soins et services. Par ailleurs, on n'exploite pas vraiment les données agrégées au niveau populationnel. Cette sous-utilisation des données et cette méconnaissance du potentiel contribuent à limiter l'impact du système en place. Il faut dire que pour une utilisation aussi proactive des données, une large collaboration avec des chercheurs serait requise afin de choisir les indicateurs pertinents pour l'amélioration des trajectoires (INESSS, 2019) et de s'assurer que les données pour la mesure de ces indicateurs soient bien saisies par les évaluateurs.

## Allocation des ressources

Notre équipe de recherche s'est également penchée sur la question de l'allocation des ressources : est-ce que les deux systèmes permettent une allocation précise des ressources humaines et financières ? L'analyse des deux systèmes permet de constater qu'ils fonctionnent de façon semblable et que leur validité scientifique en lien avec l'utilisation des groupes d'utilisateurs pour l'allocation des ressources est éprouvée. Toutefois, le système interRAI est utilisé pour l'allocation des ressources financières à grande échelle contrairement au système fondé sur ISO-SMAF. Peu importe le système, il est important de prêter attention à deux éléments clés, soit, la mise à jour des systèmes ainsi que l'utilisation effective d'Iso-SMAF et d'interRAI aux fins de l'allocation des ressources.

## Deux classifications validées, mais un niveau de détails différent

RSIPA et interRAI proposent tous les deux un système de groupement de clientèle (*case-mix*) qui tente de prédire les différents niveaux de soins et services requis par type d'intervenants. Ces approches peuvent permettre de calculer les coûts et être liées au financement des soins et services.

Les deux outils à l'étude proposent des approches différentes pour définir les groupes de clientèle. Pour le RUG III, soit l'outil découlant d'interRAI, on note d'abord que le niveau de détails offert est plus important. Le RUG-III se décline en 44 catégories pour les soins de longue durée et en 23 catégories en services à domicile (voir l'Annexe 1); l'Iso-SMAF se découpe en 14 profils de perte d'autonomie (voir l'Annexe 2). Les deux systèmes estiment, pour chacun des groupes, un indice de lourdeur médian de la clientèle et une correspondance en temps de soins pour différentes catégories de personnel de santé (trois pour Iso-SMAF, entre trois ou plus pour RUG-III, dépendamment des juridictions).

### Qu'est-ce qu'un groupe client ?

« Un groupe client représente un type ou un ensemble de personnes qui reçoivent des soins à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins de santé. Ces méthodologies permettent de classer ou de trier des personnes en groupes homogènes sur le plan des caractéristiques cliniques ou des ressources utilisées, telles que les heures de soins infirmiers, la durée du traitement et les visites chez le médecin. L'information tirée des groupes clients éclaire la prise de décision concernant la dotation, l'amélioration de la qualité, l'établissement de cibles et de planification des programmes. Dans certains cas, elle est aussi utilisée dans les modèles de financement. » (ICIS, 2015)

Les deux systèmes de classification comportent toutefois une distinction importante pour déterminer l'appartenance à un groupe. De son côté, le système de classification Iso-SMAF adopte une approche par le biais de laquelle l'appartenance à l'un ou l'autre des profils IsoSMAF découle d'une analyse de grappes non hiérarchisée (*cluster analysis*). Les grappes sont établies à partir des 29 items qui composent le SMAF et qui sont définis à partir des besoins des clientèles évaluées. À l'inverse, l'appartenance aux catégories découlant du RUG-III est déterminée par une approche algorithmique s'apparentant à un arbre décisionnel. En vertu de cette approche, ce sont les ressources utilisées pour la clientèle évaluée qui constituent le principal critère d'appartenance à l'une ou l'autre des catégories découlant du RUG III. Notons par ailleurs que les méthodologies de classification et détails du RUG-III sont en libre accès, ce qui n'est pas le cas pour Iso-SMAF, rendant difficiles les comparaisons pour un non-initié d'Iso-SMAF.

De manière générale, la littérature scientifique en appui à l'utilisation des groupes d'utilisateurs à des fins d'allocations des ressources dans les divers réseaux de santé est riche. Selon Carpenter et ses collaborateurs, les groupes d'utilisateurs devraient pouvoir expliquer au moins 30 % de la variation des coûts et représenter la plus grande part des activités d'un établissement (Carpenter, Main, & Turner, 1995). Or, les soins infirmiers et d'assistance occupent de 60 à 80 % des coûts dans un établissement de santé (Delacrétaiz & Frutiger, 1994). C'est pourquoi la majorité des systèmes conçus jusqu'à maintenant (DRG, RUG III, AGGIR, etc.) se sont surtout préoccupés à expliquer les différences dans l'offre de soins infirmiers (Fries, et al., 1994; Dubuc & Hébert, 2016).

Pour Iso-SMAF, des études, essentiellement québécoises, ont démontré la validité de contenu du SMAF (Hébert, et al., 2003), la validité de critère du SMAF (Hébert, Carrier, & Bilodeau, 1988), la fidélité test-re test qui mesure la sensibilité au changement (Desrosiers, Bravo, Hébert, & Dubuc, 1995; Hébert, Carrier, & Bilodeau, 1988) et la fidélité interjuges (Desrosiers, Bravo, Hébert, & Dubuc, 1995; Hébert, Carrier, & Bilodeau, 1988). Les travaux réalisés visant à associer les coûts médians aux profils ISO-SMAF montrent une corrélation très importante ( $r=0,77$ ) avec les coûts totaux des services, expliquant 59 % de leur variance lorsque les services offerts par la famille sont valorisés aux tarifs offerts dans le secteur privé (Dubuc & Hébert, 2016). À noter que la classification Iso-SMAF n'inclut pas les services spécialisés de réadaptation, contrairement à interRAI.

Quant à interRAI et le RUG III, la littérature ayant démontré sa fiabilité et sa validité (Morris, et al., 1997; Poss, et al., 2008) est riche et variée. Par exemple, Hirdes *et al.* (2008), en se basant sur des données représentatives de 12 pays, ont mis en lumière la performance de l'ensemble des instruments interRAI : les chercheurs concluent qu'ils dépassent largement les seuils standards de fiabilité (coefficient Kappa supérieur à 0,70). Cette étude confirme également que la performance de l'outil persiste à travers différents contextes d'utilisation. Les instruments demeurent à un niveau équivalent de fiabilité, que ce soit en soin de longue durée, en soin à domicile, en soins aigus ou en santé mentale. La classification RUG-III, a été testée en soins de longue durée et en soins post-aigus dans 13 études au Canada, en Chine, en République tchèque, en Angleterre et au Pays de Galles, en Finlande, en Italie et en Corée regroupant 27 466 patients (Turcotte, Poss, Fries, & Hirdes, 2019). Le RUG-III explique 14 % à 65 % de la variance du temps de travail total pondéré et 27 % à 56 % du temps de travail pondéré du personnel infirmier.

La littérature montre donc que les groupes d'utilisateurs découlant des deux outils génèrent des résultats significatifs quant au pourcentage de variance expliquée dans les ressources requises pour soigner les différents groupes. Une comparaison directe est toutefois rendue difficile par les différences qui existent entre les deux systèmes. Notre revue de la littérature montre que le nombre d'études qui confirment la validité des profils Iso-SMAF est limité, mais que les résultats obtenus sont convaincants quant au pourcentage de variance des coûts expliquée. En ce qui concerne le RUG-III, plusieurs études en confirment la validité scientifique, et ce, dans des contextes variés et pour diverses mesures de temps de soin. Cette littérature abondante nous semble rassurante quant à la validité scientifique de RUG III pour expliquer la variance des temps de soin.

### **L'utilisation des systèmes pour le financement des soins de longue durée**

#### **Le RUG-III d'interRAI utilisé dans le financement des soins de longue durée au Canada**

Le RUG-III est utilisé pour le financement des soins post-aigus et de longue durée dans certaines régions aux États-Unis, au Canada et en Finlande par exemple (Björkergren, Håkkinen, Finne-Soveri, & Fries, 1999).

Le RUG-III a été adapté en une version canadienne par l'ICIS et interRAI, appelée RUG-III Plus, à la suite de travaux de recherche portant sur la mesure des heures de travail du personnel menés en Ontario entre 2007 et 2009. Les catégories et les indices des groupes client (IGC) ont été ajustés pour refléter davantage la population canadienne bénéficiant de soins en hébergement. D'éventuels travaux pancanadiens pourraient permettre de raffiner davantage les classifications (ICIS, 2018).

L'Alberta et l'Ontario utilisent les classifications RUG-III Plus pour financer les soins de longue durée. L'Alberta finance les heures travaillées par jour par résident, pondéré par l'IGC, pour les Infirmières, infirmières auxiliaires, aides-soignantes, thérapeutes professionnels, et thérapeutes non professionnels (Risling, 2015). Les installations de soins de longue durée sous contrat reçoivent donc un montant spécifique aux heures financées, plutôt qu'un prix forfaitaire. Cette façon de faire contribuerait à une dynamique d'imputabilité (Risling, 2015).

En Ontario, le RUG-III déterminerait environ 50 % du financement des soins et services de longue durée, selon les acteurs gouvernementaux rencontrés dans nos travaux. Le 50 % restant inclut diverses composantes, comme le financement variant en fonction de certains critères spécifiques aux établissements (l'éloignement de la région, les besoins spécifiques de la clientèle et d'autres critères). Les établissements semblent également pouvoir bénéficier de programmes de financement ponctuel, en lien avec les grandes orientations gouvernementales en santé (subvention de développement, par exemple).

Les informations sur les regroupements des clientèles sont disponibles pour les utilisateurs dans le portail de l'ICIS et peuvent être présentées de différentes façons (voir Tableau 4).

Tableau 4 : Types de rapport du portail de l'ICIS sur les jours-patients pondérés par RUG

Type de rapport sur les RWPD	Information fournie	Personnes pouvant accéder à ces rapports
<b>Rapport des établissements</b>	Sommaire de l'information sur les RWPD pour l'établissement et information détaillée sur les RWPD propre à un résident.	Seules les personnes autorisées à consulter le rapport sur les RWPD pour un établissement donné auront accès à ce rapport pour cet établissement dans les rapports électroniques du SISLD.
<b>Rapport comparatif</b>	Sommaire de l'information sur les RWPD pour tous les établissements dans une province ou un territoire donné.	Les personnes autorisées à consulter le rapport sur les RWPD d'une province ou d'un territoire auront également accès au rapport comparatif pour cette province ou ce territoire dans les rapports électroniques du SISLD.
<b>Rapport des tendances</b>	Sommaire de l'information sur les RWPD d'un établissement donné pour les derniers exercices.	Comme pour le rapport comparatif, les personnes qui sont autorisées à consulter les rapports sur les RWPD d'une province ou d'un territoire auront également accès aux rapports des tendances sur les RWPD pour tous les établissements dans cette province ou ce territoire dans les rapports électroniques du SISLD.

Source : (ICIS, 2017)

Pour les juridictions utilisant interRAI, mais n'ayant pas déployé de système de financement basé sur la classification RUG-III, les RUG peuvent servir à plusieurs utilités, dont la comparaison des

établissements d'une région ou d'une province en termes de type de clientèle hébergée ou la composition des équipes de soins, par exemple.

#### L'Iso-SMAF peu utilisé pour le financement des soins et services

L'utilisation de l'Iso-SMAF dans le financement des soins de longue durée est limitée. À notre connaissance, le profil Iso-SMAF n'aurait d'impact que dans l'ajustement du budget annuel des CHSLD privés conventionnés (parmi d'autres ajustements) (Sponem, et al., 2021).

L'Iso-SMAF aurait été utilisé dans le passé par certains établissements pour constituer les équipes de soins.

---

*Il fut un temps [...] où dans beaucoup d'établissements, de CHSLD, les gestionnaires l'utilisaient pour la dotation de personnel. Par exemple, [...] à l'Institut de gériatrie à Sherbrooke, c'était utilisé pour savoir combien d'infirmières de jour, de soir et de nuit on avait besoin compte tenu du case mix de cette unité de soins là. [...] Je ne suis pas sûr qu'avec les réformes au cours des 20 dernières années, on ait continué à exploiter les profils des ISO SMAF à cette fin-là.*

Chercheur expert d'RSIPA

---

Une approche semblable aurait été utilisée dans 19 CLSC en Montérégie au début des années 2000 (Tousignant, Hébert, Dubuc, Simoneau, & Dieleman, 2003).

Aujourd'hui, on trouve des initiatives isolées de l'utilisation des profils dans l'allocation des ressources. Par exemple, un CI(U)SSS les utilise pour ses lits post-hospitaliers. À partir des profils Iso-SMAF de sa clientèle par site, ils utilisent l'indice de lourdeur moyen par site pour calculer combien d'heures de soins sont requises afin de vérifier s'ils ont la force de travail pour donner ces soins (en termes d'heures travaillées). Cette analyse est réalisée lors d'enjeux de qualité, par exemple.

---

*En lits post-hospitaliers, j'ai fait une prédiction de quels profils il allait y avoir sur la moyenne que j'ai eue annuellement, avec une pondération. Après, j'ai dit combien de personnes vont avoir une dépendance à l'alimentation donc combien il va falloir que je nourrisse, combien je vais devoir stimuler, guider... par item de l'OÉMC... pour regarder comment je vais faire la planification de mes ressources par rapport à mes quarts. Combien j'ai besoin de préposées, d'aide de services, etc. [...] je suis capable d'aller aussi loin que de faire ma prévision par rapport à ma dotation et à le découper pour mes quarts de jour, de soirs et de nuits et mes ratios. [...]*

Directeur SAPA (RSIPA)

---

Dans ce cas-ci, la direction exploite un gabarit développé quelques années plus tôt, en collaboration avec le CESS, pour répondre à une situation problématique. Cette utilisation avancée des données semble toutefois l'exception.

---

*De mon côté [l'utilisation des données], c'est vraiment plus clinique. Je sais qu'ils veulent bonifier encore au niveau administratif, parce que, justement, de déterminer les besoins de la population, on n'est pas encore rendu là de ce que je comprends. Mais éventuellement, les budgets pourraient être en fonction des besoins selon les régions. C'est ce qu'on comprend, mais moi je ne vois pas passer ça au niveau administratif. Je travaille uniquement au niveau clinique.*

Intervenant (RSIPA)

*Dans le fond, ce n'est pas vraiment possible de le faire, on est limité. Puis quand on le fait, on fait de la mitaine un peu là, parce que les systèmes sortent des données, mais des données par système. Donc évidemment après, il n'y a pas d'intégration de ces données-là dans une analyse. Fait qu'on pourrait le faire à la main un peu là, [...] j'ai mes données clientèles, [...] j'ai mes autres données du CLSC par exemple, avec mes heures de service à domicile, puis là on fait comme des croisés dynamiques avec nos techniciens, qui sont très excellents là-dedans.*

Directeur SAPA (RSIPA)

---

Les données récoltées par les évaluations dans RSIPA permettraient, par exemple, de définir les ressources financières requises pour un établissement en fonction des profils de clientèle qu'il héberge (dans le cas de soins de longue durée) et de comparer les budgets disponibles afin d'avoir un « indice de déficit relatif » par établissement et permettant de faire des ratios d'équité entre établissements et juger de la répartition des budgets (Dubuc, Delli-Colli, Bonin, & Tousignant, 2006).

Au-delà des possibilités, il n'existe pas encore d'outils programmés dans RSIPA pour réaliser ce genre de démarche. Le MSSS serait présentement à développer un volet financier dans RSIPA afin d'intégrer le calcul des coûts de revient et d'établir la budgétisation des services planifiés (Dubuc, 2021)

En outre, des études précédentes ont aussi révélé que certains établissements, y compris des CHSLD publics, ont pris l'initiative de créer leurs propres outils d'évaluation des patients pour être en mesure de planifier le travail, car, selon eux, les profils Iso-SMAF ne leur permettaient pas de quantifier adéquatement l'allocation de ressources humaines de façon efficace (Sponem, et al., 2021). Ils expliquent, par exemple, que deux patients côtés 13 sur l'échelle Iso-SMAF peuvent nécessiter une prise en charge et des heures de préposé aux bénéficiaires très variables.

### **Des écueils à éviter, quel que soit le système**

Pour être efficaces dans l'allocation des ressources, les systèmes doivent porter attention à deux éléments : la mise à jour de la classification et la mise en place de mécanismes évitant les dérives associées à la mise en place de financement associé au case mix.



### Une classification qui doit constamment évoluer

Pour être sans cesse pertinent en matière d'allocation de ressources, une vigilance constante et des recherches régulières sont nécessaires pour maintenir à jour ces systèmes de classification, quels qu'ils soient.

En effet, les systèmes de classification connaissent inévitablement des limites. Par exemple, l'étude de Tousignant *et al.* (2003) révèle les limites de l'utilisation de l'Iso-SMAF à des fins de financement d'établissements de soins de longue durée. En effet, les résultats montrent qu'un financement à partir des profils Iso-SMAFs mène à une insuffisance du budget disponible pour les soins aux résidents sur la base de leurs profils d'autonomie fonctionnelle. Selon les résultats de cette étude, le manque de ressources varie de 2 % à 33 % selon les zones géographiques, avec une moyenne à 22 % (Tousignant, Hébert, Dubuc, Simoneau, & Dieleman, 2003). Les estimations qu'on peut en tirer en temps requis de personnel prennent en compte les besoins pour préserver l'autonomie fonctionnelle des usagers, mais ne prennent pas en compte des besoins de santé physique et des besoins requis en réadaptation, nous explique un gestionnaire : « *Si les usagers ont une instabilité médicale, il faut moduler la dotation en conséquence. Mais pour l'autonomie fonctionnelle, ça fonctionne* » (Directeur RSIPA). Il en irait de même pour l'adaptation psychosociale (Dubuc & Hébert, 2016).

Dans la mesure où Iso-SMAF n'a été que peu utilisé pour l'allocation des ressources (qu'elles soient humaines ou financières), il semble qu'aucune mise à jour importante n'ait été réalisée à ce jour. Ces limites seraient donc possiblement encore présentes.

Pour interRAI, les ajustements locaux des RUG, issus de la recherche ont permis d'adapter les classifications et les indices pour améliorer l'adéquation en fonction des réalités propres des juridictions (comme le RUG III Plus au Canada). Par ailleurs, les mécanismes de financement reposant sur les groupes clientèle subissent des ajustements constants par les juridictions. L'Ontario et l'Alberta, par exemple, recalibrent les IGC chaque année en fonction de l'évolution des salaires moyens et de la consommation moyenne de ressources dans la province. Les augmentations des IGC d'une année à l'autre peuvent être compensées en augmentant le prix (ou les heures travaillées financées et autres taux) par jour-patient pondéré.

### Allocation des ressources par regroupement client : des risques de manipulation des données

Le second élément auquel il est important de prêter attention est la manipulation des classifications afin d'augmenter le financement reçu (Steinbusch, Oostenbrink, & Zuurbier, 2007; Costa, Poss, & McKillop, 2015; Quigley, Moloney, Lambe, & Lee, 2021).

InterRAI, qui est utilisé à large échelle pour le financement, ne serait pas épargné par cette dynamique de surenchère des évaluations.

---

*Les États-Unis sont dans le pétrin, ils sont vraiment dans le pétrin. C'est ce que nous entendons lors des réunions SQLI [Seniors Quality Leap Initiative], parce qu'ils veulent pouvoir se comparer aux foyers canadiens. Mais lorsque vous appliquez la lentille du financement, cela prend tout, cela dévalue les données saisies, parce que*

*vous savez qu'ils jouent le jeu, qu'ils doivent obtenir leur financement, c'est vraiment tordu, vraiment tordu.*

Gestionnaire d'hébergement (InterRAI)

---

À l'inverse, on nous indique qu'Iso-SMAF aurait potentiellement l'avantage d'atténuer cet effet par sa classification non hiérarchique :

*Les RUG ou les cases mixtes hiérarchiques [peuvent être biaisés], c'est-à-dire que les cliniciens savent comment c'est fait. En tout cas pour le GIR, en France, c'est clair, s'ils veulent avoir un GIR 2, ils savent exactement comment faire pour modifier leur évaluation. Alors nous, on est parti avec une approche complètement différente, une approche de grappe, pour les Iso-SMAF.*

Chercheur expert d'RSIPA

---

Certains gestionnaires du RSSS ont tout de même souligné que la manipulation ne serait pas impossible, même avec la classification Iso-SMAF.

Là aussi, peu importe le système, il existe des facteurs qui peuvent modérer cet effet pervers, comme une vigilance constante par la juridiction concernée et une validation rigoureuse de la qualité des données. Si l'instrument est perçu en premier lieu comme une aide à la planification des soins et services et non comme un instrument administratif pour des fins de financement, les évaluations sont remplies de façon plus juste.

*Imaginez donc que vous mettiez en place des outils uniquement pour le financement, et c'est ce que l'Ontario a fait dans les maisons de retraite, au début des années 90, avec l'outil de classification de l'Alberta. Ce qui s'est passé, c'est que les données ont été fortement faussées par des réponses qui maximisaient les possibilités de financement [...] si vous les amenez à l'utiliser pour la planification des soins, ils l'utilisent pour répondre aux besoins de la personne, mais ils veulent aussi que les ressources soient allouées correctement, car s'ils oublient quelque chose d'important, ils n'obtiendront pas de financement [...]. Et si je dois faire l'objet d'un rapport public sur les performances en matière de qualité, je veux que les données soient correctes à cette fin. Toutes ces applications différentes sont assorties d'incitations différentes. Ainsi, si vous biaisez vos données pour obtenir plus de financement, vous aurez une mauvaise image sur les indicateurs de politique. [...] Donc, plus il y a de gens qui utilisent les données pour différentes raisons et plus il y a de gens qui apprécient les données, plus la qualité des données s'améliore et plus l'accent est mis sur la justesse des données.*

Chercheur expert d'interRAI

---

## Qualité des données recueillies

La dernière question à laquelle l'équipe a tenté de répondre concerne la qualité des données recueillies. Pour que les systèmes soient en mesure de bien planifier les soins et services aux usagers, mais aussi d'améliorer les processus de soins et de services et d'allouer les ressources de façon adéquate et juste, les données collectées par les instruments doivent être de grande qualité. Les deux systèmes prévoient des mécanismes d'évaluation de la qualité, mais interRAI en propose davantage et la quantité de données collectées ajoute à la rigueur des analyses à grande échelle. En outre, des enjeux de différents types peuvent impacter la qualité des données recueillies dans les évaluations : les enjeux liés à l'utilisation des instruments, des enjeux techniques et de systèmes, des enjeux liés aux compétences des utilisateurs et des enjeux organisationnels. Pour augmenter la qualité des données, l'ensemble de ces éléments doit aussi être examiné et amélioré.

### Des mécanismes de vérification de la qualité à multiplier

Selon Hirdes et al. (2013), différentes erreurs peuvent surgir lors de la complétion des évaluations et créer des problèmes de qualité des données :

- Erreur aléatoire : Cette erreur rend plus difficile la détection de différences entre les populations ou l'identification des relations entre les variables. Les tests conventionnels qui visent à évaluer cette erreur sont accessibles (notamment celui pour la fiabilité interévaluateurs et des tests de cohérence interne)
- Erreur systématique : intentionnelle ou non, elle peut altérer le reflet de la relation des variables étudiées.
- Remplissage automatique : Sans autre examen, des études menées ont démontré que seuls quelques champs pouvaient être remplis de manière automatique sans avoir d'impact sur la qualité des données.
- Complétude des données : les valeurs manquantes et les réponses «Inconnu» peuvent rendre une observation inutilisable et réduire la taille de l'échantillon dans la production d'un rapport ou d'une analyse.
- Erreurs logiques : Elles comprennent plusieurs types d'incohérences de codage résultant de mauvaises pratiques d'évaluation, mauvaise conception des instruments, fatigue de l'évaluateur, biais systématique, erreurs aléatoires, valeurs hors plage ou encore combinaisons impossibles d'items.

Ce sont ces erreurs que les mécanismes de vérification de la qualité doivent être en mesure de détecter et de signaler.

Dans RSIPA, il existe deux mécanismes d'audit de la qualité. Le premier repose sur les formateurs en établissement et les gestionnaires d'équipe, qui peuvent générer dans le système des rapports sur les incohérences dans les évaluations par intervenants, leur permettant ainsi de voir auprès de qui un soutien pour améliorer leurs compétences d'évaluation serait nécessaire. La fréquence de production de ces rapports et le suivi qui en est fait dépendent des pratiques

locales. Il est également possible de procéder à des audits de la qualité plus complets en faisant appel au CESS et moyennant un certain coût. Ces audits prévoient, entre autres, des observations en situation d'évaluation pour apprécier la maîtrise des outils afin de formuler des recommandations par équipe et par intervenant.

Au niveau d'interRAI, la qualité des données peut être contrôlée à 3 niveaux : par les gestionnaires en établissements à l'aide des outils du logiciel, par l'ICIS pour les données qui lui sont fournies ou par un partenaire externe d'audit. D'abord, les développeurs de logiciels utilisés mettent en place des algorithmes de contrôles des données préconisées par interRAI à l'usage des gestionnaires de l'établissement, selon leur protocole local de vérification de la qualité. Un

#### Les 5 dimensions de la qualité des données pour l'ICIS

**Pertinence :** L'information comble-t-elle les besoins actuels et éventuels des utilisateurs?

**Exactitude et fiabilité :** L'information exprime-t-elle avec exactitude et fiabilité ce qu'elle a pour but de mesurer?

**Comparabilité et cohérence :** L'information est-elle stable au fil du temps et à l'échelle des dispensateurs, et peut-on facilement la combiner à d'autres sources?

**Actualité et ponctualité :** L'information est-elle actuelle et diffusée à temps?

**Accessibilité et clarté :** L'information et les documents d'accompagnement sont-ils faciles d'accès et présentés de façon claire et compréhensibles?  
(ICIS, 2017)

utilisateur peut également mandater son développeur de logiciel pour la création de rapports complémentaires s'il souhaite d'autres contrôles de ses données.

Ensuite, l'ICIS évalue la qualité des données canadiennes qui lui sont transmises sur cinq dimensions (voir encadré *Les 5 dimensions de la qualité des données pour l'ICIS*) (ICIS, 2017) et fournit une rétroaction aux juridictions. Il peut, par ailleurs, refuser des données s'il en juge la qualité insuffisante. S'engageant à produire des données de qualité, l'ICIS a également publié un cadre de la qualité de ses informations (ICIS, 2017), et un outil d'évaluation de leurs sources de données (ICIS, 2017). Cet outil d'évaluation définit les critères sur lesquels l'ICIS analyse la qualité des données pour déterminer si un fichier

de données est utilisable. L'ICIS diffuse différents documents sur la qualité de ses données et sur les spécifications techniques de ses contrôles de la qualité. Les différents documents sont disponibles sur le [site internet de l'ICIS](#). Dans les autres pays, la vérification de la qualité des données d'interRAI peut varier. À titre d'exemple, interRAI procède directement à l'analyse de la qualité des données en Nouvelle-Zélande et fournit des rapports (interRAI New Zealand, 2021).

Dans le cadre de recherches, l'ICIS ou des équipes de recherche qui utilisent des données d'interRAI pour leurs travaux valident aussi la qualité et la fiabilité des données des établissements participants, ce qui peut constituer une occasion supplémentaire de tester la qualité.

De plus, des partenaires externes peuvent être mandatés pour réaliser des audits de la qualité. Des provinces le font, par exemple, pour valider la qualité de leurs données. La firme *Relias* a été nommée en entrevue comme le seul partenaire externe pouvant réaliser ce genre d'audit au Canada.

Enfin, le large bassin de données générées par interRAI lui confère un avantage quant à la solidité des analyses qu'on peut en tirer, qui seront statistiquement plus stables et robustes (Hirdes, et al., 2013). Aussi, l'occasion d'apprendre des meilleurs établissements est décuplée, considérant le grand nombre d'établissements participants aux données : « *Si la norme de référence est de 18 établissements, alors les 20 % meilleurs établissements n'en comprennent que trois. Dans nos analyses actuelles, les 20 % meilleurs en comprennent plus de 250. [...] le fait d'avoir 250 expériences sur lesquelles s'appuyer indiquera presque certainement des modèles de pratique novateurs dont d'autres pourraient bénéficier* (Hirdes, et al., 2013).

### Les enjeux de qualité identifiés

Lors de l'analyse des deux systèmes, quatre catégories d'enjeux liés à la qualité des données ont été identifiées.

#### Des enjeux d'utilisation des instruments

Les enjeux d'utilisation des instruments sont liés aux défis que rencontrent les utilisateurs lors de la complétion des évaluations et qui peuvent mener à des évaluations moins rigoureuses ou erronées. Nommons, par exemple, la longueur des outils et la perception que l'évaluation sert davantage des fins administratives que cliniques, discutées précédemment, qui font en sorte que les évaluateurs y investissent moins d'efforts. La disponibilité du réseau internet ou des tablettes est aussi mentionnée comme un irritant supplémentaire, alors que des utilisateurs doivent parfois remplir les évaluations papier et les saisir dans le système plus tard, dédoublant ainsi la charge de travail et risquant des erreurs de retranscription. Cet élément est valable autant pour InterRAI que RSIPA par ailleurs.

Pour InterRAI, les instruments de réévaluation sont parfois préremplis (remplissage automatique), par choix de la juridiction, n'encourageant pas à un réexamen approfondi des items et suscitant davantage d'incohérences.

#### Des enjeux techniques et de systèmes

Les enjeux techniques font référence aux irritants soulevés en lien avec l'utilisation du logiciel. Pour cet élément, nous disposons avant tout d'information sur RSIPA. En effet, interRAI étant hébergé dans différents logiciels et tributaire d'une entente entre un fournisseur et une juridiction, les enjeux techniques peuvent varier.

Pour RSIPA, plusieurs enjeux techniques affectant la qualité des données sont mentionnés par les utilisateurs. Par exemple, les comptoirs de données contiennent plusieurs faux profils (doublons), nous signale-t-on. On nous explique, en effet, qu'il n'est pas possible de retourner corriger une erreur dans l'évaluation une fois la synthèse éditée. L'évaluateur voulant corriger une erreur doit remplir une nouvelle évaluation et faire supprimer le profil erroné par un pilote RSIPA (DTI ou formateur RSIPA).

L'interopérabilité et la connectivité des systèmes et logiciels restent des défis actuellement à l'échelle de la province et n'épargnent pas RSIPA. En effet, les intervenants doivent retranscrire

les informations de RSIPA dans leurs autres logiciels métiers et vice-versa. La charge de travail que cela génère, le temps à y consacrer et les multiples saisies ont un impact sur la qualité des évaluations ou sur l'utilisation de RSIPA.

---

*Avec le DPI qui s'en vient, le dossier patient électronique [...] il va y avoir une section « plan d'intervention ». Donc tout ce qui n'est pas dans le RSIPA et qui est un plan d'intervention, ça va aller dans cette section. Donc, si l'intervenant social fait son plan disciplinaire dans RSIPA, il répond à l'obligation ministérielle d'en avoir un. Mais, pour faire son plan interdisciplinaire avec les membres de l'équipe, il doit le mettre dans l'onglet du DPI. Donc ça fait qu'on a deux plans à deux endroits différents.*

Gestionnaire SAPA (RSIPA)

---

### Des enjeux de compétence des utilisateurs

La formation est un prérequis à l'utilisation des instruments d'évaluation et un enjeu majeur pour obtenir des données de qualité à partir des évaluations. En effet, des erreurs de cotations lors de la complétion d'une évaluation génèrent des incohérences et des données erronées.

La formation des utilisateurs avec accréditation permet de valider l'appropriation par les intervenants des instruments d'évaluation. Également, la formation continue et la réaccréditation à intervalles réguliers est une bonne pratique pour assurer que les évaluateurs conservent leurs bonnes façons de faire et corrigent les « mauvais plis ». Puisque pour RSIPA, comme pour interRAI, la formation des utilisateurs se déploie à l'interne par un réseau de formateurs en établissements, le processus d'accréditation et de réaccréditation des utilisateurs est une bonne façon de s'assurer qu'un minimum de compétences est atteint indépendamment des juridictions et de leur façon d'assurer la formation. Le soutien des intervenants identifiés comme rencontrant des difficultés (des évaluations incomplètes ou des incohérences, p. ex.) permet aussi d'améliorer la qualité des données.

### Des enjeux culturels et organisationnels

La culture de données est un élément déterminant pour la qualité des données. Dans une culture où l'on valorise l'importance de la donnée pour éclairer la prise de décision en gestion, on accordera de l'importance à la qualité des données. À l'inverse, si les données ne sont pas utilisées par les gestionnaires, ceux-ci n'auront pas le même intérêt à prôner la rigueur et mettre en place les moyens d'améliorer ou maintenir la qualité, comme la réalisation de vérifications et d'audits, la formation continue, le soutien des évaluateurs, etc.

Au Québec, les cibles ministérielles quantitatives encourageant la complétion d'évaluation et de plans d'intervention, eu égard à leur qualité ou à leur utilisation pertinente, se révèlent même contre-productives pour la qualité des données, nous explique-t-on en entrevue. On comprend donc que l'important, c'est qu'ils soient faits, que ce soit bien fait ou non.

## Conclusion

La pandémie a mis en exergue les enjeux des soins prodigués aux aînés du Québec. Au cœur de la tourmente, les CHSLD de la province ont semblé démunis face aux besoins des personnes qui se retrouvent en situation de perte d'autonomie. C'est dans ce contexte difficile que nous avons été mandatés pour comparer deux systèmes d'évaluation des clientèles en perte d'autonomie, soit le système RSIPA basé sur la norme Iso-SMAF, utilisé au Québec, et la suite interRAI, utilisée dans la majorité des autres provinces canadiennes ainsi qu'ailleurs.

L'analyse comparative effectuée dans le cadre de ce mandat s'articule autour de cinq questions centrales. Ces questions sont en lien avec le développement des systèmes ainsi qu'avec leur capacité d'identification des besoins des clientèles en perte d'autonomie, d'établissement de plans de soins, d'amélioration des processus de soins et services et d'allocation des ressources.

Au terme de cette analyse, on constate que les deux systèmes à l'étude comportent des qualités indéniables et bénéficient de solides appuis scientifiques. Toutefois, par son utilisation plus répandue et grâce au dynamisme de la communauté scientifique qui s'y intéresse, le système interRAI se développe à un rythme plus soutenu que RSIPA. De plus, en s'appuyant sur un écosystème plus ouvert, et notamment par le biais de l'ICIS, l'utilisation d'interRAI favorise les analyses comparatives interétablissements et interjuridictions, ce qui a un impact positif sur le développement du système. De son côté, bien qu'il commence à prendre racine au Québec, RSIPA se développe à un rythme différent, sous la gouverne ministérielle. En outre, on nous mentionne des développements importants à venir concernant l'évaluation des soins et services dans RSIPA et son arrimage avec le dossier de santé numérique (DSN). Sur les bases de ces constats, on peut conclure que la maturité d'interRAI lui confère un avantage intéressant quant à son apport aux réseaux de santé où il est utilisé, mais que son utilisation à plein potentiel pour l'amélioration des soins et services dépend également de la culture en place au sein des juridictions.

Certaines questions restent finalement en suspens, par exemple quant à la possibilité de faire des comparaisons pancanadiennes à partir des données collectées dans l'OÉMC (RSIPA) et quant à la valeur ajoutée qu'auront les développements à venir dans RSIPA.

## Bibliographie

- Armstrong, H., & Daly, T. C. (2016). Policies and Practices: The Case of RAI-MDS in Canadian Long-Term Care Homes. *Journal of Canadian Studies*, 50(2), 348-367.
- Belzile, L. (2018). *Usages de l'outil d'évaluation multIClientèle dans l'intervention gérontologique au Québec*. Thèse présentée à la Faculté des lettres et des sciences humaines en vue de l'obtention du grade de docteur (Ph. D) en gérontologie, Université de Sherbrooke, Programme de doctorat en gérontologie.
- Björkgrén, M. A., Håkkinen, U., Finne-Soveri, H., & Fries, B. (1999). Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scand J Public Health*, 27, 228-234.
- Busnel, C., Ludwig, C., Mastromauro, L., & Zecca, W. (2017). Le RAI-Home Care : utilisation, potentiels et limites dans les soins à domicile. *Gérontologie et société*. 39(153), 167-182. Retrieved from <https://doi.org/10.3917/g1.153.0167>
- Carpenter, G. I., Main, A., & Turner, G. F. (1995). Casemix for the elderly inpatient: Resource Utilization Groups (RUGs) validation project. *Age and Ageing*, 24(1), 5-13.
- Carpenter, I., & Hirdes, J. (2013). *Using interRAI Assessment Systems to Measure and Maintain Quality of Long-Term Care*. In: *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. OECD/European Commission. Retrieved from <https://doi.org/10.1787/9789264194564-7-en>
- Cayer, C. (2020). Description du processus de délibération collaborative lors de l'évaluation des besoins de l'ainé en vue d'établir un plan d'intervention ou de services en soutien à domicile. *Mémoire présenté à la faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences (M. Sc.) en sciences de la santé*. Sherbrooke.
- CESS. (2021). *Rapport annuel des activités 2020-2021*. Retrieved from [https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2021/06/2020-2021\\_rapport\\_annuel\\_cess\\_web.pdf](https://www.expertise-sante.com/wp-content/uploads/2021/06/2020-2021_rapport_annuel_cess_web.pdf)
- CESS. (n.d.). *Outils du réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)*. Retrieved from <https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/>
- CESS. (n.d.). *Réseaux de services intégrés*. Retrieved from <https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/organisation-des-services/reseaux-de-services-integres/>
- CIUSSS MCQ. (2021). *Rapport annuel 20-21*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux. Retrieved from [https://ciusssmcq.ca/Content/Client/Librairie/Documents/A\\_propos\\_de\\_nous/RAG\\_2020-2021\\_VF.pdf](https://ciusssmcq.ca/Content/Client/Librairie/Documents/A_propos_de_nous/RAG_2020-2021_VF.pdf)



- Commissaire à la santé et au bien-être. (2022). *Le devoir de faire autrement - Partie 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens*. Québec (Québec) : Direction des communications. Retrieved from [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal\\_Mandat/CSBE-Rapport\\_final\\_Partie2.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie2.pdf)
- Costa, A. P., Poss, J. W., & McKillop, I. (2015). Contemplating case mix: a primer on case mix classification and management . In *Healthcare management forum*. (pp. 12-15). Los Angeles (CA): Sage Publication.
- Delacrétaz, A., & Frutiger, P. (1994). Nursing summary and experienced workload. *Comput Methods Programs Biomed.* 43(3-4), pp. 177-83.
- Démarche SMAF. (2013). *Implantation*. Retrieved mai 1er, 2023, from <http://www.demarchesmaf.com/fr/apropos/implantation/>
- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., & Dubuc, N. (1995). Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age and ageing*, 24(5), pp. 402-406.
- Dubuc, N. (2021). Les OCCI : Un processus soutenant le jugement clinique pour une approche de soins et services axée sur les personnes. *Présentation du 18 janvier 2021*.
- Dubuc, N., & Hébert, R. (2002). *Les profils Iso-SMAF : Un système de gestion clinico-administratif pour la planification des services de longue durée dans un système de soins intégrés. SMAF : Quoi de neuf ?* Sherbrooke : Centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Dubuc, N., & Hébert, R. (2016). *Les profils Iso-SMAF : Un système de gestion clinico-administratif pour la planification des services de longue durée dans un système de soins intégrés*. CESS.
- Dubuc, N., Delli-Colli, N., Bonin, L., & Tousignant, M. (2006). Chapitre 14 : Les profils iso-SMAF : un système pour soutenir les réseaux de services intégrés. In M. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau, *Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance Régulation et participation* (pp. 245-261).
- Fries, B., Fahey, C., Hawes, C., Vladeck, B., Morris, J., Phillips, C., . . . King, J. (2003). *Implementing the Resident Assessment Instrument: Case studies of policymaking for long-term care in eight countries*. Milbank Memorial Fund.
- Fries, D., Schneider, D., Foley, W., Gavazzi, M., Burke, R., & Cornelius, E. (1994). Refining a case-mix measure for nursing homes: resource utilization groups (RUG-III). *Med. Care*, 32, 668-685.

- Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). The functional autonomy measurement system (SMAF): Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing, 17*, 293-302.
- Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J., & Pinsonnault, E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La revue de Gériatrie, 28*(4), pp. 323-336.
- Hirdes, J. P. (2008). Reliability of the InterRAI suite of assessment instruments : a 12-country study of an integrated health information system. *BMC health services research, 8*(1), pp. 1-11.
- Hirdes, J., Poss, J., Caldarelli, H., Fries, B., Morris, J., Teare, G., . . . Jutan, N. (2013). An evaluation of data quality in Canada's Continuing Care Reporting System (CCRS): secondary analyses of Ontario data submitted between 1996 and 2011. *BMC Med Inform Decis Mak, 13*(27).
- Hirdes, J., Poss, J., Caldarelli, H., Fries, B., Morris, J., Teare, G., . . . Jutan, N. (2013). Une évaluation de la qualité des données dans le Système d'information sur les soins continus (SISLD) du Canada : analyses secondaires des données de l'Ontario soumises entre 1996 et 2011. *BMC Med Inform Decis Mak, 13*(27). Retrieved from <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-27>
- Hogeveen, S., Chen, J., & Hirdes, J. (2017). Evaluation of data quality of interRAI assessments in home and community care. *BMC Med Inform Decis Mak, 17*(1), p. 150.
- ICIS. (2013). Indicateurs de la qualité du SISLD : méthodologie d'ajustement selon les risques. Ottawa (ON). Retrieved from [https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/ccrs\\_qi\\_risk\\_adj\\_meth\\_2013\\_fr\\_0.pdf](https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/ccrs_qi_risk_adj_meth_2013_fr_0.pdf)
- ICIS. (2015). Classer les groupes clients : Institut canadien d'information sur la santé. Retrieved from [https://www.youtube.com/watch?v=EQZfPeI4EsE&ab\\_channel=CIHICanada](https://www.youtube.com/watch?v=EQZfPeI4EsE&ab_channel=CIHICanada)
- ICIS. (2017). Cadre de la qualité de l'information de l'ICIS. Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé. Retrieved from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/iqf-summary-july-26-2017-fr-web.pdf>
- ICIS. (2017). Guide de référence rapide sur les rapports sur les jours-patients pondérés par RUG. Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé. Retrieved from [https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/ccrs\\_rwp\\_quickref\\_fr.pdf](https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/ccrs_rwp_quickref_fr.pdf)
- ICIS. (2017). Outil d'évaluation des sources de données de l'ICIS. Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé. Retrieved from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cihi-data-source-assessment-tool-fr.pdf>

- ICIS. (2018). Les SDSLD dans la mire : à quoi servent les systèmes de groupes client ? Institut canadien d'information sur la santé. Retrieved from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/in-focus-with-hcc-rug-iii-plus-case-mix-oct2018-fr.pptx>
- ICIS. (2020). Guide de l'utilisateur des données du Système d'information sur les soins de longue durée, 2019-2020. Ottawa (ON).
- ICIS. (2021). Description des résultats de l'instrument SLD interRAI. Ottawa (ON). Retrieved from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/interrai-ltcf-outcome-scales-jobaid-fr.pdf>
- ICIS. (2021). Évaluation à l'accueil interRAI (CA) : les particularités. Ottawa, ON. Retrieved from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/interrai-ca-whats-different-job-aid-fr.pdf>
- ICIS. (2021). Services à domicile (SD) interRAI : les particularités. Ottawa, ON. Retrieved from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/interrai-hc-whats-different-job-aid-fr.pdf>
- ICIS. (2021). Soins de longue durée en établissement (SLD) interRAI : Les particularités. Ottawa, ON. Retrieved from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/interrai-ltcf-whats-different-job-aid-fr.pdf>
- ICIS. (2022). Guide de l'utilisateur des données du Système d'information sur les services à domicile 2020-2021. Ottawa (ON).
- ICIS. (2023). Information sur interRAI - Sommaire des questions de HEC Montréal et des réponses de l'ICIS.
- ICIS. (n.d.). Aide-mémoire : Évaluation à l'accueil interRAI. Retrieved from <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/interrai-ca-whats-different-job-aid-fr.pdf>
- ICIS. (n.d.). *Fournisseurs de logiciel d'information sur la santé pour le Système d'information intégré interRAI (SIIR)*. Retrieved avril 9, 2023, from <https://www.cihi.ca/fr/fournisseurs-de-logiciels-dinformation-sur-la-sante-pour-le-systeme-dinformation-integre-interrai>
- ICIS. (n.d.). *Mesure des résultats déclarés par les patients*. Retrieved mai 4, 2023, from Institut Canadien d'information en santé : <https://www.cihi.ca/fr/mesures-des-resultats-declares-par-les-patients>
- ICIS. (n.d.). *Métadonnées du Système d'information sur les services à domicile*. Retrieved avril 17, 2023, from Institut canadien d'information sur la santé : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-du-systeme-dinformation-sur-les-services-a-domicile>
- ICIS. (s.d.). *Vision et mandat*. Retrieved avril 17, 2023, from Institut canadien d'information sur la santé : <https://www.cihi.ca/fr/a-propos-de-lcis/vision-et-mandat>

- INESSS. (2019). *Évaluation du continuum de soins et services aux aînés : perspectives pour l'évolution de la mesure. Rapport rédigé par Michèle Archambault, Bernard Candas, Maria Fortino et Marie-Hélène Raymond*. Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Retrieved from <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3760573>
- interRAI. (n.d.). *About us*. Retrieved 1er Mai, 2023, from interRAI: <https://interrai.org/about-interrai/>
- interRAI New Zealand. (2021). *interRAI Data Quality Report June 2020 to June 2021*. Retrieved from <https://www.interrai.co.nz/assets/interRAI-Data-Quality-Report-2020-2021-Final.pdf>
- Kim, H., Jung, Y. I., Sung, M., Lee, J. Y., Yoon, J. Y., & Yoon, J. L. (2015). Reliability of the interRAI long term care facilities (LTCF) and interRAI home care (HC). *Geriatrics & Gerontology International, 15*(2), 220-228.
- Levesque, J.-F., Tourigny, A., Descoteaux, S., Institut national de santé publique du Québec, & Poirier, L.-R. (2013). *Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en oeuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées : le point de vue des experts*. Retrieved from Réseau Santécom: <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550677505.pdf>
- Morris, J., Fries, B., Steel, K., Ikegami, N., Bernabei, R., & Carpenter, G. (1997). Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *Journal of the American Geriatrics Society, 45*, pp. 1017-1024.
- MSSS. (2000). *Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile*. Sainte-Foy : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2005). *Plan d'action 2005-2010 Un défi de solidarité*. Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-830-01.pdf>
- MSSS. (2016). *Technologies de l'information - Internet*. Retrieved avril 17, 2023, from I-CLSC: <https://www.ti.msss.gouv.qc.ca/Familles-de-services/Actifs-informationnels/Integration-CLSC.aspx>
- MSSS. (2022). *Lignes directrices sur les repérage des aînés en perte d'autonomie*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-30W.pdf>
- MSSS. (2022). *Orchestrer des services auprès des personnes adultes nécessitant un soutien à leur autonomie et à leur participation sociale en contexte de soutien à domicile*.

Présentation à la Commissaire à la santé et au bien-être, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des aînés et des proches aidants.

- Norman, J., & Hirdes, J. P. (2020). Evaluation of the Predictive Accuracy of the interRAI Falls Clinical Assessment Protocol, Scott Fall Risk Screen, and a Supplementary Falls Risk Assessment Tool Used in Residential Long-Term Care: A Retrospective Cohort Study. *Canadian Journal of Aging*, 39(4), 521-532.
- Poss, J., Jutan, N., Hirdes, J., Fries, B., Morris, J., Teare, G., & Reidel, K. (2008, printemps). A review of evidence on the reliability and validity of Minimum Data Set data. *Healthcare Management FORUM Gestion des soins de santé*, pp. 33-39. Retrieved from [https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1016/S0840-4704\(10\)60127-5?casa\\_token=SlxgerogcJUAAAAA:Z52uSHqfjCtJ1YiB2OBn\\_tyVeksV\\_\\_gCjThD3EE5vhChu\\_an0YCml6pJJMGRQMjULTlv6AihztiqQ](https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1016/S0840-4704(10)60127-5?casa_token=SlxgerogcJUAAAAA:Z52uSHqfjCtJ1YiB2OBn_tyVeksV__gCjThD3EE5vhChu_an0YCml6pJJMGRQMjULTlv6AihztiqQ)
- Québec, G. d. (2016). *Technologies de l'information - internet*. Retrieved from Santé et Services sociaux Québec : <https://www.ti.msss.gouv.qc.ca/Familles-de-services/Actifs-informationnels/RSIPA.aspx>
- Quigley, J., Moloney, T., Lambe, K., & Lee, C. (2021). *Linking care bands to resource allocation for home support and long-term residential care: an evidence review. 2021*. Health Research Board. Retrieved from [https://www.hrb.ie/fileadmin/2.\\_Plugin\\_related\\_files/Publications/2021\\_publications/2021\\_HIE/Evidence\\_Centre/Linking\\_care\\_bands\\_to\\_resource\\_allocation\\_for\\_home\\_support\\_and\\_long-term\\_residential\\_care\\_An\\_evidence\\_review\\_Final.pdf](https://www.hrb.ie/fileadmin/2._Plugin_related_files/Publications/2021_publications/2021_HIE/Evidence_Centre/Linking_care_bands_to_resource_allocation_for_home_support_and_long-term_residential_care_An_evidence_review_Final.pdf)
- Ressources de soins pour les Aînés Ville de Québec. (n.d.). *La démarche SMAF*. Retrieved from <https://ressourcessoinsainesvilledequebec.com/la-demarche-smaf/>
- Rhéaume, M.-C., Violet, I., Renaud, J.-F., & Gagnon, L. (2018). Les outils de cheminement clinique - L'intégration de la participation de l'utilisateur et ses proches dans le parcours : une approche gagnante. *Forum sur les meilleures pratiques - Usagers - CHSLD - Soutien à domicile*. Québec. Retrieved from <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-usagers-chsld-sad/15-OCCI.pdf>
- Risling, E. (2015). *LTC Costing & Funding. State of the Art in Costing Method*. Edmonton (AB). Retrieved from [https://na.eventscloud.com/file\\_uploads/ee7404d8430053dfc790367cf48b047f\\_1.3EleanorRislingLTCFunding.pdf](https://na.eventscloud.com/file_uploads/ee7404d8430053dfc790367cf48b047f_1.3EleanorRislingLTCFunding.pdf)
- Santé Ontario. (2022). *Caractéristiques techniques des indicateurs. Plans d'amélioration de la qualité 2023-2024*. Retrieved from <https://hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip/qip-technical-specification-2023-2024-fr.pdf>

- Shugarman, L., Buttar, A., Fries, B., Moore, T., & Blaum, C. (2002). Caregiver attitudes and hospitalization risk in Michigan residents receiving home- and community-based care. *J Am Geriatr Soc*, 50, pp. 1079-1085.
- Sorbye, L., Garms-Homolova, V., Henrard, J., Johsson, P., Fialova, D., Topinkova, E., & Gambassi, G. (2009). Shaping home care in Europe: The contribution of the Aged in Home. *Care project Maturitas*, 62, pp. 235-242.
- Sponem, S., Lambert, C., Allain, E., Fortin, A.-H., Pellegrino, C., & Fayolle, V. (2021). *Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec*. Montréal (QC) : Pôle santé HEC Montréal. Retrieved from [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Co%C3%BBt\\_h%C3%A9bergement\\_a%C3%AEs\\_P%C3%B4le\\_sant%C3%A9\\_HEC\\_Montr%C3%A9al.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Co%C3%BBt_h%C3%A9bergement_a%C3%AEs_P%C3%B4le_sant%C3%A9_HEC_Montr%C3%A9al.pdf)
- Steinbusch, P., Oostenbrink, J., & Zuurbier, J. (2007). The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study. *Health Policy*, 80(2-3), p. 289-299.
- Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Simoneau, F., & Dieleman, L. (2003). Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. *Age and Ageing*, 32, 60-66.
- Trouvé, H., Demers, L., Couturier, Y., Imbert, G., Saint-Jean, O., & Somme, D. (2014). L'intégration des services gérontologiques en France et au Québec : le rôle des agences régionales de santé. *Vie Sociale*, n°6(2), p. 55 à 72.
- Turcotte, L., Heckman, G., Hébert, P., Weir, J., Mulla, R., & Hirdes, J. (2022). Qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée canadiens accueillant différents groupes linguistiques. *Santé Publique*, 34, 359-369. doi:<https://doi.org/10.3917>
- Turcotte, L., Poss, J., Fries, B., & Hirdes, J. (2019). An Overview of International Staff Time Measurement Validation Studies of the RUG-III Case-mix System. *Health Services Insights*, 12. doi:<https://doi.org/10.1177/1178632919827926>

# Annexe 1 : RUG-III

Figure 2 : Catégorisation RUG-III pour les soins de longue durée

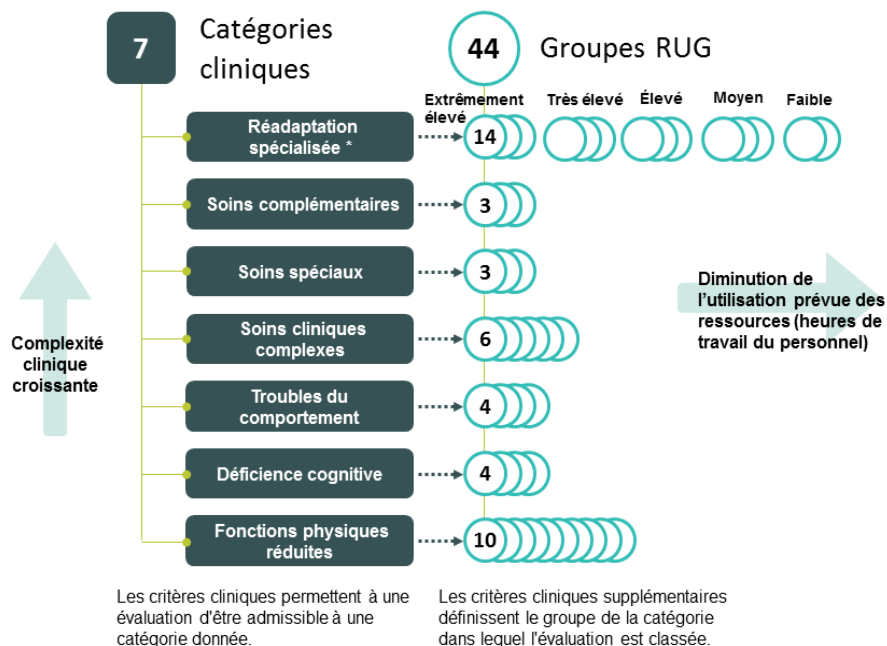
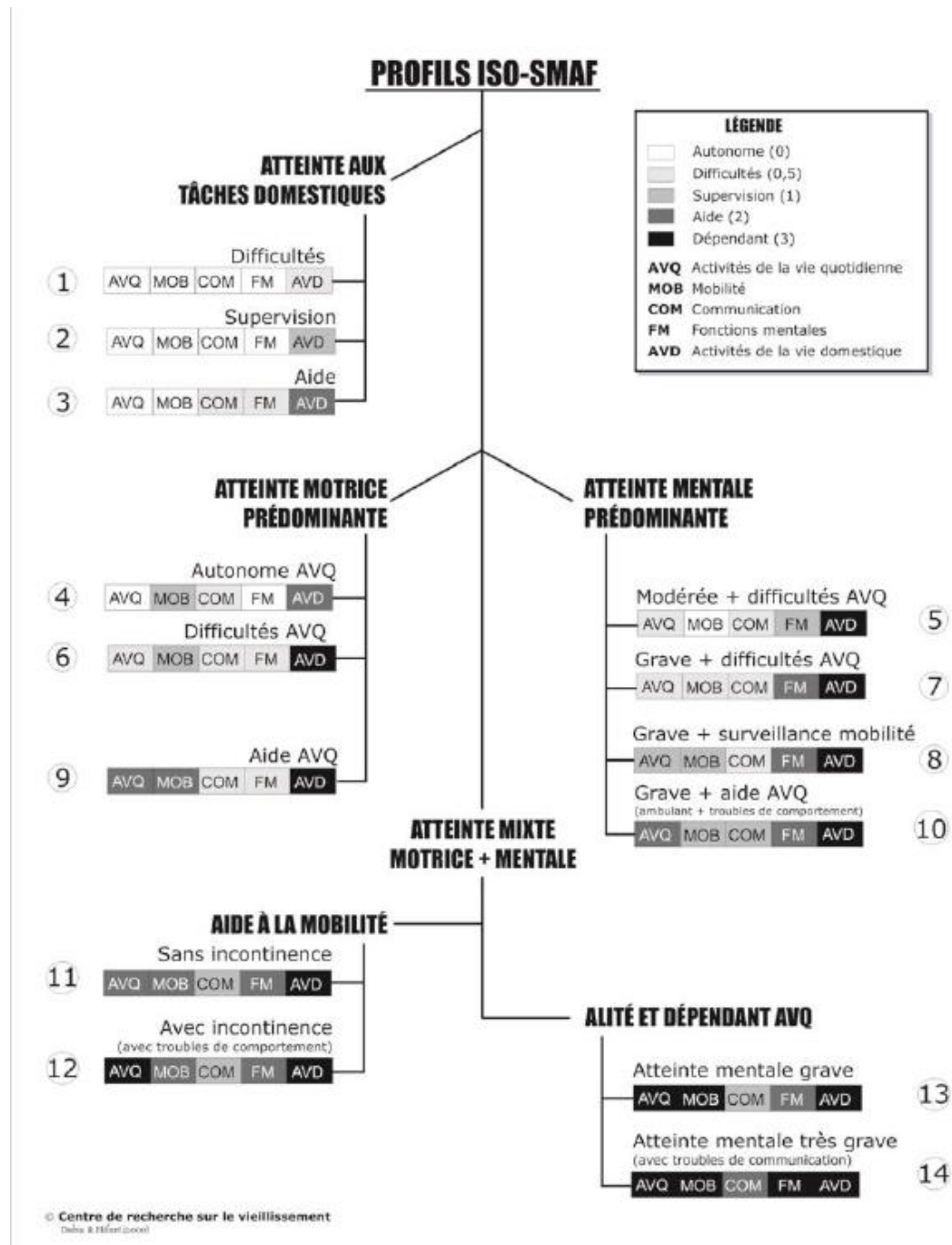


Figure 3 : Catégorisation RUG-III pour les services à domicile



## Annexe 2 : Profils Iso-SMAF

Figure 4 : Profils Iso-SMAF



Source : (Dubuc & Hébert, 2002)