

Portrait – Utilisateurs fréquents des
urgences au Québec en 2022-2023

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)
Bureau des données clinico-administratives

Portrait – Utilisateurs fréquents des urgences au Québec en 2022-2023

Rédaction

Rodolphe Jantzen
Sybille Saury

Collaboration

Mike Benigeri
Mamadou Diop
Marilyn Fortin

Coordination scientifique

Claire Imbaud

Direction

Isabelle Samson
Isabelle Ganache
Frédéric Kuzminski

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteur et auteure principaux

Rodolphe Jantzen, M.D., M. Sc.
Sybille Saury, M. Sc. Psy.

Collaborateurs et collaboratrice internes

Mike Benigeri, Ph. D.
Mamadou Diop, M. Sc.
Marilyn Fortin, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Claire Imbaud, Ph. D.

Adjoint à la direction

Frédéric Kuzminski, M. Sc.

Directrice – Bureau des données clinico-administratives (jusqu'en juin 2025)

Isabelle Samson, MD, CCMF, FCMF

Directrice – Bureau – Méthodes, données et éthique

Isabelle Ganache, Ph. D.

À partir de juin 2025, le Bureau des données clinico-administratives a été intégré au sein du Bureau – Méthodes, données et éthique.

Bureau – Méthodes, données et éthique

Yannick Auclair, Ph. D.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Soutien administratif

Julie Dionne
Marie-Michelle Mongeau

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Littera Plus, révision linguistique
Josée De Angelis, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-555-01729-0 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait – Utilisateurs fréquents des urgences au Québec en 2022-2023. État des pratiques rédigé par Rodolphe Jantzen et Sybille Saury. Québec, Qc : INESSS; 2025. 35 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité d'experts sont :

D^r Marc Afilalo, professeur et chef, Département de médecine d'urgence, Université McGill, directeur, Département de médecine d'urgence, Hôpital général juif de Montréal

M^{me} Hidayette Zohra Beldjilali, conseillère en soins infirmiers – volet santé mentale, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Sophie Gosselin, urgentologue à l'hôpital Charles-Le Moyne, chef du Département d'urgence du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre et chargée du regroupement des chefs d'urgence du Québec

D^{re} Catherine Hudon, professeure titulaire, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, vice-doyenne adjointe à la recherche clinique, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, titulaire de la chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur la mise en œuvre de soins intégrés pour les personnes qui ont des besoins complexes

D^{re} Édith Labonté, psychiatre, Urgences, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec, professeure de clinique, Université Laval

M^{me} Mélanie Rocher, cheffe de service de la salle d'urgence et des soins intensifs de Val-d'Or, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M. Stéphane Tremblay, directeur, direction des soins critiques, CHU de Québec – Université Laval

M^{me} Kathy Oblenes, membre usagère

M^{me} Catherine Cloutier, membre usagère

Lectrice et lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

D^{re} Elyse Berger Pelletier, urgentologue à l'Hôtel-Dieu de Lévis, directrice des services professionnels au CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^r Alexandre Messier, urgentologue à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, professeur agrégé de clinique, Département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'Université de Montréal, directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

D^r Marcel Emond, urgentologue et chef de la traumatologie, CHU de Québec – Enfant-Jésus, professeur titulaire et directeur adjoint - volet recherche, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval

Autres contributions

L'Institut tient à remercier aussi la personne suivante qui a contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

D^r Alain Turcotte, médecin-conseil à l'INESSS, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Déclaration d'intérêts

Les responsables de cette production n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer en lien avec le sujet, mais la D^{re} Isabelle Samson, directrice par intérim du Bureau des données clinico-administratives, tient à divulguer qu'elle est aussi médecin de famille en pratique active.

Tous les membres du comité consultatif qui ont collaboré à cet état des pratiques ont déclaré leurs intérêts et leurs rôles, et ceux-ci ont été gérés conformément à la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS. Les membres du comité consultatif qui ont déclaré des conflits d'intérêts ou de rôles liés aux présents travaux sont mentionnés ci-dessous.

La **D^{re} Catherine Hudon** est titulaire d'une chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur la mise en œuvre de soins intégrés et dirige ou codirige plusieurs projets de recherche, notamment liés aux soins offerts en première ligne, financés par des organismes subventionnaires publics fédéraux et provinciaux. Elle agit également à titre de médecin-conseil auprès du MSSS dans le domaine des soins de première ligne.

M. Stéphane Tremblay est cochercheur associé à différents projets de recherche clinique, financés par des organismes publics, qui pourraient être liés aux services d'urgence.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	III
SIGLES ET ACRONYMES.....	V
GLOSSAIRE.....	VI
INTRODUCTION.....	1
1 QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	2
2 MÉTHODOLOGIE ABRÉGÉE.....	3
2.1 Recherche exploratoire de la littérature.....	3
2.2 Consultation des parties prenantes.....	3
2.3 Analyse des données clinico-administratives.....	4
3 RÉSULTATS.....	5
3.1 Volume des UFU et des visites aux urgences, selon le seuil retenu.....	5
3.2 Caractéristiques des utilisateurs fréquents des urgences.....	7
3.2.1 Caractéristiques démographiques.....	7
3.2.2 Affections cliniques.....	8
3.2.3 Interventions en CLSC et inscription auprès d'un médecin de famille.....	11
3.3 Caractéristiques des visites aux urgences des utilisateurs fréquents.....	12
3.3.1 Caractéristiques des visites.....	12
3.3.2 Diagnostics posés lors des visites aux urgences.....	14
3.4 Comparaison régionale de la proportion d'UFU.....	16
3.5 Repérage des UFU dans une même installation.....	17
4 LIMITES DU PORTRAIT.....	19
DISCUSSION.....	21
RÉFÉRENCES.....	24
ANNEXE A.....	26
Méthodologie.....	26
ANNEXE B.....	33
Seuils de visites aux urgences utilisés pour définir les utilisateurs fréquents des urgences dans des études ayant exploité des données clinico-administratives nord-américaines.....	33
ANNEXE C.....	34
Résultats complémentaires au portrait.....	34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre et proportion d'usagers et de visites selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023	6
Tableau 2	Proportions d'usagers qui ont au moins une affection chronique de différents groupes* selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023	10
Tableau 3	Proportion d'usagers qui ont reçu au moins une intervention du CLSC avec un professionnel et proportion d'usagers inscrits auprès d'un médecin de famille selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023	11
Tableau 4	Caractéristiques des visites aux urgences selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023	13
Tableau A-1	Affections chroniques.....	30
Tableau B-1	Nombre de visites aux urgences retenu (seuils) pour la définition des utilisateurs fréquents des urgences	33
Tableau C-1	Effectifs et proportions cumulés et non cumulés d'usagers et de visites selon le nombre de visites annuelles par usager, 2022-2023.....	34

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Nombre d'usagers et nombre moyen de visites selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023	6
Figure 2	Répartition des personnes selon les groupes d'âge et le seuil de visites annuelles, 2022-2023	8
Figure 3	Proportions d'usagers selon le nombre d'affections chroniques par usager et selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023.....	9
Figure 4	Répartition des visites aux urgences des UFU 3+, selon le diagnostic (catégorie majeure)* posé lors de la visite, 2022-2023	15
Figure 5	Répartition des visites aux urgences des UFU 12+, selon le diagnostic (catégorie majeure)* posé lors de la visite, 2022-2023	15
Figure 6	Proportion ajustée d'usagers qui ont fait 3 visites ou plus selon leur région de résidence, 2022-2023	16
Figure 7	Proportion d'UFU 3+ qui pourraient être repérés par chaque installation de Montréal (usager ayant fait au moins 3 visites dans la même installation), 2022-2023	18
Figure 8	Proportion d'UFU 3+ qui pourraient être repérés par chaque installation de la Côte-Nord (usager ayant fait au moins 3 visites dans la même installation), 2022-2023	18
Figure C-1	Proportion du sexe selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023	35

RÉSUMÉ

Ces travaux visent à établir un portrait des utilisateurs fréquents des urgences (UFU) à partir de données clinico-administratives québécoises. Pour ce faire, les données 2022–2023 de la banque de données communes des urgences (BDCU) ont été utilisées et les UFU ont été regroupés selon des seuils d'utilisation fréquente des services d'urgence allant de 3 visites et plus (UFU 3+) à 12 visites et plus (UFU 12+) au cours de l'année.

En 2022-2023, plus de 2 millions d'usagers ont consulté les urgences du Québec, pour un total de plus de 3,5 millions de visites. Environ la moitié de ces visites sont classées moins ou non urgentes (P4-P5).

L'analyse des données n'a pas mis en évidence un nombre spécifique (seuil) de visites aux urgences à considérer pour définir un utilisateur fréquent des urgences. Le nombre de ces utilisateurs varie d'environ 336 000 à 5 500 personnes lorsque le nombre de visites aux urgences considéré augmente de 3 à 12 visites ou plus par année. Cette variation suit une tendance linéaire, sans discontinuité marquée, qui justifierait la sélection d'un nombre de visites plutôt qu'un autre pour définir les UFU. Ainsi, plutôt que d'imposer un seuil unique pour définir les utilisateurs fréquents des urgences, il est préférable d'adapter ce seuil en fonction des objectifs visés et du nombre de personnes que l'on désire cibler.

Quel que soit le seuil retenu pour définir les UFU, plus de la moitié des visites aux urgences faites par ces personnes sont moins ou non urgentes (P4-P5). Un nombre important de visites seraient donc potentiellement évitables.

Comme la majorité des UFU bénéficient déjà des interventions des CLSC (entre 44 % et 68 %, selon le seuil retenu), il serait pertinent d'explorer le rôle que ces installations pourraient jouer dans la prévention de leurs visites évitables aux urgences. De même, environ les trois quarts des UFU ont un médecin de famille, une proportion relativement constante pour les différents seuils d'utilisateurs (de UFU 3+ à UFU 12+).

Les utilisateurs fréquents des urgences vivent plus souvent avec des affections chroniques¹ que l'ensemble des usagers. Ainsi, 15 % des usagers des urgences ont au moins cinq affections chroniques documentées, contre 67 % chez les personnes qui ont fait 12 visites ou plus au cours de l'année (UFU 12+). Certaines catégories de maladies sont particulièrement prévalentes parmi les UFU 12+ : les deux tiers de ces patients présentent des troubles mentaux (66 %), plus de la moitié vivent avec une affection rhumatologique (58 %), et près de la moitié souffrent d'une affection endocrino-métabolique (46 %) ou d'une affection cardiovasculaire (46 %). Ces constats soulignent

¹ Les affections cliniques des personnes ont été établies à partir de la méthodologie de regroupements de la population, *Grouper*, élaborée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Cette méthodologie inclut tous les diagnostics reçus par les personnes durant une période de 3 ans. Voir la méthodologie détaillée en [annexe A](#).

l'importance de bien identifier ces patients afin de leur offrir des soins adaptés à leur réalité complexe.

La proportion d'utilisateurs fréquents des urgences est sensiblement plus élevée dans les régions éloignées. Cette situation pourrait s'expliquer, en partie, par des particularités liées à l'organisation locale des services, notamment une accessibilité différente et un rôle élargi joué par les urgences dans l'offre de soins et services. Il serait donc pertinent de considérer, pour les régions éloignées, un seuil de visites annuelles plus élevé pour déterminer une proportion d'UFU semblable à celle des autres régions. Contrairement aux régions éloignées, dans lesquelles les UFU fréquentent généralement la même urgence, dans les régions universitaires (Montréal, Québec et Sherbrooke) les UFU visitent plus souvent plusieurs services d'urgence différents. Il devient donc plus difficile pour un établissement spécifique de les repérer en se basant uniquement sur les visites faites dans ses propres installations. Une plus grande circulation de l'information entre les différents services d'urgence faciliterait le repérage des UFU dans ces régions qui pourraient, par ailleurs, envisager de fixer un seuil de visites annuelles plus faible pour identifier les UFU.

En conclusion, ces travaux ont permis d'établir un portrait sommaire des utilisateurs fréquents des urgences au Québec et de mieux cerner l'impact du nombre de visites aux urgences (seuil) sur le repérage des UFU. Par la suite, d'autres travaux pour soutenir les services d'urgence pourraient être réalisés par l'INESSS dans le but de préciser les meilleures pratiques en matière d'accompagnement des UFU, en particulier pour ceux qui présentent une problématique de santé mentale complexe.

SUMMARY

Overview – Quebec Frequent Emergency Department Users 2022-2023

The aim of this study is to establish a profile of frequent emergency department users (FEDUs) based on Quebec clinical-administrative data. To achieve this, 2022–2023 data from the Common Emergency Department Database (BDCU) was analyzed, grouping FEDUs according to thresholds for frequent emergency department use ranging from three or more visits (FEDU 3+) to 12 or more visits (FEDU 12+) over the course of the year.

In 2022–2023, emergency departments in Quebec recorded over 3.5 million visits by more than 2 million individual users. Approximately 50% of these visits were classified as less urgent or non-urgent (triage levels P4 and P5).

The analysis did not identify a specific threshold of emergency department (ED) visits that clearly define FEDUs. The number of individuals meeting the criteria for frequent use ranges from approximately 336,000 to 5,500 as the threshold increases from 3 to 12 or more ED visits per year. This variation follows a linear trend, without any marked inflection point that would justify selecting one threshold over another. Consequently, rather than applying a fixed threshold to define FEDUs, it is more appropriate to adapt the threshold based on the specific objectives of the analysis and the target population size.

Regardless of the threshold used to define FEDUs, more than half of their ED visits are classified as less urgent or non-urgent (triage levels P4–P5). A significant proportion of these visits may be potentially avoidable.

Since the majority of FEDUs already receive services from local community service centers (CLSCs)—ranging from 44% to 68%, depending on the threshold used—it would be relevant to examine the role these facilities could play in preventing avoidable ED visits. Similarly, approximately three quarters of FEDUs have a family doctor, a proportion that remains relatively consistent across all thresholds (from FEDU 3+ to FEDU 12+).

FEDUs are more likely to live with chronic conditions compared to the general ED population. Fifteen percent of all ED users have five or more documented chronic conditions, whereas this proportion rises to 67% among patients with 12 or more visits annually (FEDU 12+). Specific illness categories are notably prevalent in the FEDU 12+ cohort: 66% have diagnosed mental health disorders, 58% have rheumatologic conditions, and nearly half live with endocrine-metabolic or cardiovascular diseases. These findings highlight the critical need for early identification of FEDUs to ensure the delivery of care tailored to their complex clinical profiles.

The prevalence of FEDUs is significantly higher in remote regions. This disparity may reflect specific local healthcare delivery characteristics, including different accessibility and an expanded role of emergency departments in providing primary and urgent care services. Therefore, in remote regions, it may be appropriate to adopt a higher annual visit threshold to define FEDUs, in order to achieve proportions comparable to those observed in other settings. In contrast to remote areas—where FEDUs predominantly visit a single emergency department—in university-affiliated regions (Montréal, Québec, and Sherbrooke), FEDUs more frequently visit multiple different EDs. This pattern complicates case identification for individual facilities when relying solely on internal visit data. Enhanced information sharing and coordination would improve FEDUs detection in these regions, which may also warrant consideration of a lower visit threshold to define frequent users.

In conclusion, this study has established a preliminary profile of FEDUs in Quebec and clarified the influence of varying visit thresholds on their identification. Subsequent investigations by INESSS could focus on optimizing emergency services to define best practices for the management of FEDUs, particularly those presenting with complex mental health disorders.

SIGLES ET ACRONYMES

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine familiale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
P1/P2/P3/P4/P5	Niveaux de priorité de l'échelle de triage aux urgences : 1-Vital / 2-Très urgent / 3-Semi-urgent / 4-Moins urgent / 5-Non-urgent
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
UFU	Utilisateurs fréquents des urgences
UFU 3+	Utilisateurs fréquents ayant visité 3 fois ou plus des services d'urgence au Québec dans l'année
UFU 12+	Utilisateurs fréquents ayant visité 12 fois ou plus des services d'urgence au Québec dans l'année

Acronymes des banques clinico-administratives

BDCU	Banque de données commune des urgences
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées (à la RAMQ)
GMF-GRL	Fichier d'inscription avec un médecin de famille membre du programme GMF ou inscription générale avec un médecin de famille
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière

GLOSSAIRE

Affections cliniques

La mention « affection clinique » est attribuée aux personnes à partir de la méthodologie de regroupements de la population *Groupier*, élaborée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)². Dans le cadre de ce rapport, seules les affections chroniques (par exemple les affections neurologiques, pulmonaires, cardiovasculaires, hépato-gastriques, etc.) les troubles mentaux et les cancers ont été considérées ([Tableau A-1](#) à l'annexe A).

Catégorie majeure de diagnostic

Cette information provient du diagnostic principal qui a été posé lors de la visite aux urgences. Elle provient de la banque de données communes des urgences (BDCU). Les catégories majeures de diagnostic sont des grands regroupements de diagnostics basés sur les chapitres de la Classification internationale des maladies (CIM-10) répartis par systèmes fonctionnels (par exemple affections du système nerveux, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, etc.).

Départ avant prise en charge médicale

Un départ avant une prise en charge médicale correspond au départ d'un usager des urgences avant qu'il ne soit vu par un médecin.

Ensemble des usagers des urgences

Le total des usagers ayant fait au moins une visite dans une urgence au Québec en 2022-2023.

Installation

Une installation correspond, dans ce rapport, à la ressource qui intègre un service d'urgence. Elle dépend d'un seul établissement, et un même établissement peut gérer ou être responsable de plusieurs installations.

Réorientation d'un usager

Un usager « réorienté » est une personne qui a été redirigée par le personnel infirmier, avant de voir un médecin, en raison d'une pathologie jugée non urgente qui peut être traitée dans une autre ressource que les urgences³.

² Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.3* — notes méthodologiques, juillet 2020. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence*, 19 octobre 2021, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003105/>

Seuils de visites annuelles

Dans ce portrait, le seuil correspond au nombre de visites annuelles aux urgences faites par un même usager. Au total, 10 seuils ont été fixés, allant de 3 visites et plus à 12 visites et plus, afin de définir les différents groupes d'UFU (utilisateurs fréquents des urgences).

Transfert

Un transfert correspond au passage d'un usager d'un service d'urgence à un autre.

INTRODUCTION

Les utilisateurs fréquents des urgences (UFU) sont des personnes qui se rendent plusieurs fois aux urgences au cours d'une période donnée, de 3 à plus de 10 visites par an, selon les sources [Chiu *et al.*, 2022; Moe *et al.*, 2021; Chen *et al.*, 2020; Shukla *et al.*, 2020; Giannouchos *et al.*, 2019; McConville *et al.*, 2018; Soril *et al.*, 2016; van Tiel *et al.*, 2015; Castillo *et al.*, 2014; Doupe *et al.*, 2012; Pines *et al.*, 2011].

Bien que constituant une faible proportion de l'ensemble des usagers des urgences, les UFU sont associés à un nombre important de visites. Par exemple, les usagers qui ont fait 4 visites ou plus dans les urgences du Québec en 2018-2019 représentaient 9 % des usagers et 29 % de l'ensemble des visites [ICIS, 2019].

Les UFU présentent des caractéristiques variées qui contribuent à leur forte utilisation des services d'urgence. Nombre d'entre eux souffrent de maladies chroniques, de troubles de santé mentale, de troubles d'utilisation de substances ou vivent dans une situation socio-économique précaire [Moe *et al.*, 2021; Lee *et al.*, 2020; Shukla *et al.*, 2020; Giannouchos *et al.*, 2019; Krieg *et al.*, 2016; Soril *et al.*, 2016; Vinton *et al.*, 2014; Pines *et al.*, 2011]. Par ailleurs, les différences régionales dans le recours aux urgences reflètent la diversité des modèles de dispensation des soins et les disparités d'accès aux services [Moe *et al.*, 2022; Matsumoto *et al.*, 2017].

Enfin, certains obstacles d'accès aux soins primaires peuvent conduire les usagers à utiliser les services d'urgence comme principale source de soins de santé [Chan et Katznelson, 2021; Birmingham *et al.*, 2017], alors que plusieurs des problèmes de santé de ces usagers pourraient être mieux pris en charge ailleurs [Birmingham *et al.*, 2017; Burns, 2017].

Vu l'importance de la fréquentation des urgences au Québec, il est judicieux de documenter les utilisateurs fréquents des urgences et leur utilisation de ces services afin de pouvoir les repérer et mettre en place des interventions ciblées, plus adaptées à leurs besoins. C'est dans ce contexte que l'INESSS a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser un portrait des utilisateurs fréquents des urgences au Québec.

1 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Ces travaux visent à établir un portrait des utilisateurs fréquents des urgences au Québec, en 2022-2023, à partir de données clinico-administratives. Plus spécifiquement, les questions d'évaluation du projet sont :

1. Quel est l'impact du nombre retenu de visites annuelles (seuil de 3 à 12 visites ou plus) sur le nombre d'UFU?
2. Quelles sont les caractéristiques démographiques et les affections cliniques⁴ des UFU?
3. Quelles sont les caractéristiques des visites aux urgences des UFU?
4. Quelles sont les variations régionales observées, en lien avec les UFU?

⁴ Voir [glossaire](#).

2 MÉTHODOLOGIE ABRÉGÉE

2.1 Recherche exploratoire de la littérature

Une recherche exploratoire de la littérature scientifique a été menée afin de répertorier les seuils de fréquentation annuelle des services d'urgence déterminés pour définir un utilisateur fréquent des urgences dans des études populationnelles, réalisées à partir de données en contexte de vie réelle.

La recherche de littérature a été effectuée en employant les mots clés « identify », « frequent », « users », « emergency », « administrative » et « data ».

Seules les publications repérées dans PubMed entre 2010 et 2023 et portant sur des analyses en population générale ont été retenues. Une attention particulière a été portée aux études nord-américaines. Les publications concernant des pathologies spécifiques ont été exclues.

Un tableau de synthèse des articles les plus pertinents est présenté à l'[annexe B](#).

La recherche documentaire a été complétée au moyen du moteur de recherche Google Scholar afin de répertorier d'autres études populationnelles réalisées à partir de données de santé en vie réelle ou des revues systématiques sur les utilisateurs fréquents des urgences.

2.2 Consultation des parties prenantes

Un comité consultatif a été formé afin de contribuer à la crédibilité et à la rigueur scientifique, ainsi qu'à la pertinence du contenu final du rapport. Plus particulièrement, le mandat de ce comité consistait à offrir de la rétroaction sur les méthodes employées, à se prononcer sur l'interprétation des données et à commenter la présentation finale des résultats. Ce comité incluait des médecins, infirmières, chercheurs, gestionnaires engagés dans le fonctionnement et la gestion des urgences, ainsi que des usagers. L'information relative aux membres du comité consultatif est présentée dans les pages liminaires du portrait.

Tous les membres de ce comité ont déclaré leurs intérêts et leurs rôles, et ceux-ci ont été gérés conformément à la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS. Plus particulièrement, moins de 50 % de ces collaborateurs et collaboratrices avaient des conflits d'intérêts ou de rôles – voir la section « Déclaration d'intérêts » intégrée aux pages liminaires du Portrait pour plus d'information sur les membres du comité consultatif qui ont déclaré des conflits d'intérêts ou de rôles liés au présent sujet.

En plus des membres du comité consultatif, trois lecteurs externes, urgentologues, qui n'avaient pas participé à la réalisation des travaux ont contribué à commenter les choix méthodologiques et leurs limites. L'information relative aux lecteurs externes est présentée dans les pages liminaires du rapport.

Les commentaires recueillis tout au long du processus de consultation ont été analysés, et les ajustements nécessaires ont été apportés au contenu des documents.

2.3 Analyse des données clinico-administratives

La méthodologie détaillée de l'analyse des données clinico-administratives est présentée à l'annexe A.

Les données exploitées pour ce portrait proviennent principalement de la Banque de données communes des urgences (BDCU). La cohorte est constituée de tous les usagers qui ont visité les urgences entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023, ainsi que de toutes leurs visites à l'exception de celles qui résultent d'un transfert⁵.

Les analyses concernent à la fois les usagers (caractéristiques démographiques, affections cliniques, interventions en CLSC et inscription auprès d'un médecin de famille) et la nature des visites faites par ces usagers (diagnostics aux urgences et type de départ).

Les données sont présentées pour l'ensemble des usagers des services d'urgence et pour chacun des groupes d'UFU. Ces groupes sont définis à partir du nombre minimal de visites annuelles effectuées (ou « seuil »), soit de 3 visites et plus pour les UFU 3+ jusqu'à 12 visites et plus pour les UFU 12+.

Les affections cliniques⁶ des usagers ont été établies à partir de la méthodologie de regroupement de la population, *Grouper*, élaborée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)⁶. Seules les affections chroniques ont été retenues afin de décrire les pathologies à plus long terme des utilisateurs, et ce, indépendamment des raisons de leurs visites aux urgences. Ces affections chroniques ont été regroupées en huit grandes catégories (voir le [tableau A-1](#) à l'annexe A).

Afin d'analyser les diagnostics reçus lors de la visite aux urgences, la catégorie majeure de diagnostic⁵ associée à chaque visite a été employée.

⁵ Voir [glossaire](#).

⁶ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.3* — notes méthodologiques, juillet 2020. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

3 RÉSULTATS

3.1 Volume des UFU et des visites aux urgences, selon le seuil retenu

FAITS SAILLANTS

- Au Québec, en 2022-2023, plus de 2 millions d'utilisateurs ont consulté aux urgences pour un total de plus de 3,5 millions de visites, soit une moyenne de 1,7 visite par usager.
 - Environ 336 000 personnes (16 % des utilisateurs) se sont présentées 3 fois et plus aux urgences et représentent 40 % de l'ensemble des visites.
 - Environ 5 500 personnes (0,3 % des utilisateurs) se sont présentées 12 fois et plus aux urgences et représentent 3 % de l'ensemble des visites.

Au Québec, en 2022-2023, l'ensemble des usagers des urgences représente plus de 2 millions d'utilisateurs pour un total de plus de 3,5 millions de visites, soit une moyenne de 1,7 visite par usager. Par habitant, le volume de visites aux urgences au Québec est comparable à celui de l'Ontario et à la moyenne canadienne [ICIS, 2019]. Près des deux tiers des usagers ont fait une seule visite durant l'année ([Tableau C-1](#), à l'annexe C).

En ce qui concerne les UFU, leur nombre diminue rapidement, au fur et à mesure que le seuil du nombre de visites annuelles augmente. Ainsi, environ 336 000 usagers se sont présentés 3 fois et plus aux urgences (UFU 3+), alors que le nombre d'utilisateurs qui ont fait 12 visites annuelles et plus (UFU 12+) est d'environ 5 500.

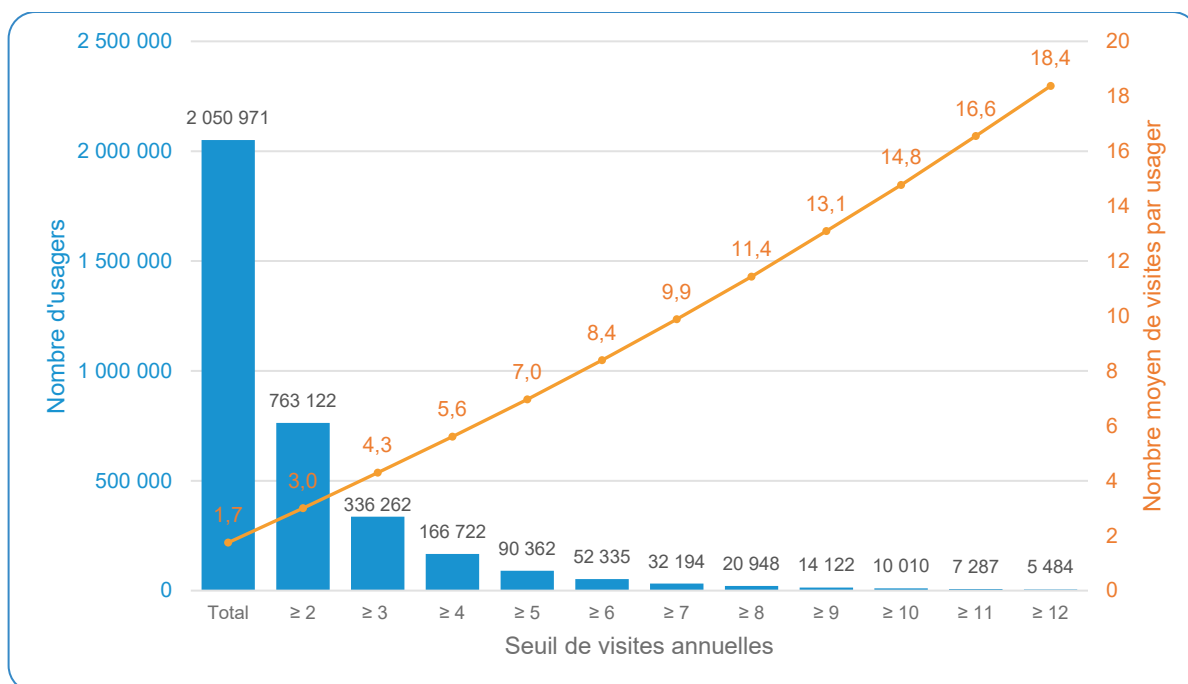
Par ailleurs, les UFU 3+, qui représentent 16 % des usagers, sont à l'origine de 40 % de toutes les visites aux urgences, alors que les UFU 12+ représentent 0,3 % des usagers et 2,8 % de l'ensemble des visites ([Tableau 1](#) et [Figure 1](#)).

Finalement, le nombre annuel moyen de visites passe de 4,3 pour les UFU 3+ à 18,4 pour les UFU 12+. On note que la relation entre le seuil de visites annuelles et le nombre moyen de visites est relativement linéaire et ne présente pas de point d'inflexion notable ([Figure 1](#)).

Tableau 1 Nombre et proportion d'usagers et de visites selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023

Seuil de visites annuelles par usager	Usagers		Visites	
	N	%	N	%
≥ 1	2 050 971	100	3 584 781	100
≥ 2	763 122	37,2	2 296 932	64,1
≥ 3	336 262	16,4	1 443 212	40,3
≥ 4	166 722	8,1	934 592	26,1
≥ 5	90 362	4,4	629 152	17,6
≥ 6	52 335	2,6	439 017	12,2
≥ 7	32 194	1,6	318 171	8,9
≥ 8	20 948	1,0	239 449	6,7
≥ 9	14 122	0,7	184 841	5,2
≥ 10	10 010	0,5	147 833	4,1
≥ 11	7 287	0,4	120 603	3,4
≥ 12	5 484	0,3	100 770	2,8

Figure 1 Nombre d'usagers et nombre moyen de visites selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023



3.2 Caractéristiques des utilisateurs fréquents des urgences

FAITS SAILLANTS

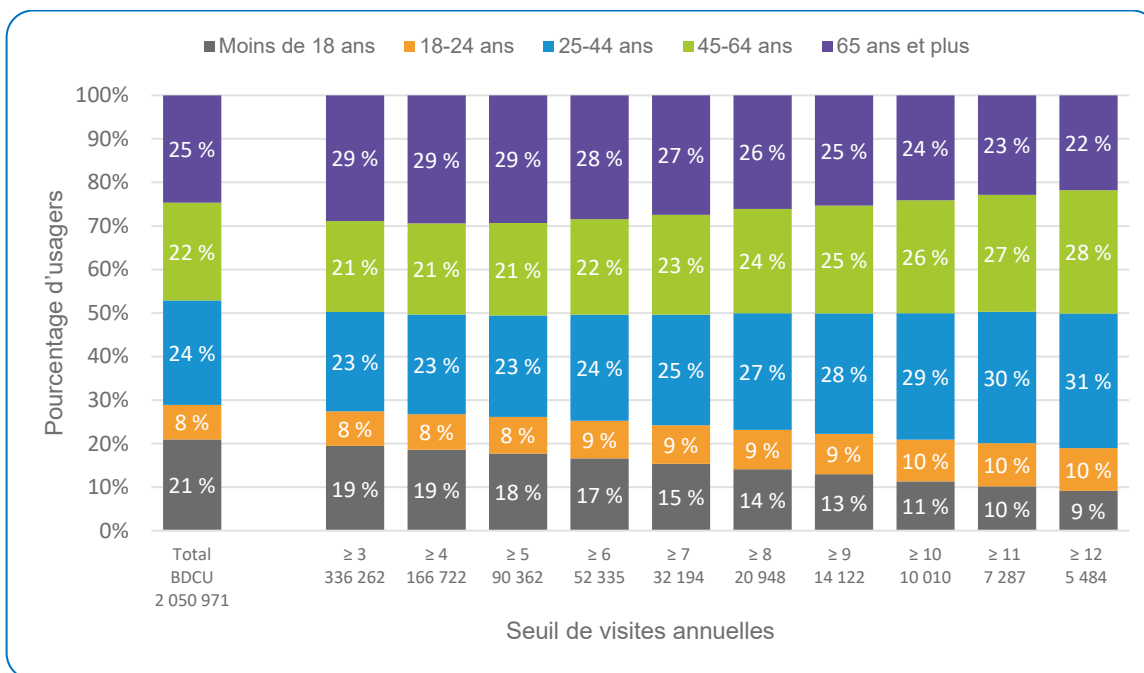
- Les utilisateurs fréquents des urgences ont proportionnellement plus d'affections chroniques que l'ensemble des usagers des urgences.
- La prévalence des affections chroniques augmente avec le seuil du nombre de visites annuelles. Ainsi, 13 % des UFU 3+ ont au moins 10 affections chroniques contre 36 % chez les UFU 12+.
- Les groupes d'affections chroniques pour lesquels il y a les écarts les plus marqués entre l'ensemble des usagers et les UFU12+ sont les affections chroniques neurologiques, les affections hépato-gastriques et les troubles mentaux.
- La proportion des usagers qui ont au moins une des affections du groupe « troubles mentaux » passe de 19 % pour l'ensemble des usagers des urgences à plus de 66 % pour les UFU 12+.
- La proportion des usagers qui ont eu une intervention d'un professionnel de la santé en CLSC augmente avec le seuil de visites annuelles, allant de 28 % pour l'ensemble des usagers des urgences à 68 % pour les UFU 12+.
- La proportion d'usagers inscrits auprès d'un médecin de famille est relativement semblable, quel que soit le seuil de visites annuelles (≈ 73 %).

3.2.1 Caractéristiques démographiques

Parmi les UFU, la proportion de personnes de 25-64 ans augmente lorsque le seuil du nombre de visites annuelles est plus élevé. C'est toutefois l'inverse pour les plus jeunes (0-18 ans) et les plus âgés (65 ans et plus), dont la proportion diminue lorsque le seuil du nombre de visites annuelles augmente ([Figure 2](#)). Les analyses de sensibilité (inclusion ou non des décès et des naissances) ont montré que cette diminution de la proportion des plus jeunes et des plus âgés n'est pas liée aux décès ou aux naissances survenus au cours de l'année.

Globalement, la proportion de femmes est légèrement plus élevée chez les UFU, sauf chez les UFU qui ont fait 10 visites annuelles et plus où c'est l'inverse, la proportion d'hommes étant légèrement plus élevée ([Figure C-1](#) à l'annexe C).

Figure 2 Répartition des personnes selon les groupes d'âge et le seuil de visites annuelles, 2022-2023



3.2.2 Affections cliniques

Seules les affections chroniques repérées avec la méthodologie *Grouper* ont été considérées dans cette section. Il est important de rappeler que les affections chroniques repérées avec la méthodologie *Grouper* ne sont pas nécessairement la cause du recours aux services d'urgence. Ces affections ont été repérées dans différentes banques de données sur une période de 3 ans (du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2023), pour chacune des personnes.

Les utilisateurs fréquents des urgences présentent un nombre plus élevé d'affections chroniques comparativement à l'ensemble des usagers des urgences. En effet, alors que 39 % des usagers des urgences n'ont aucune affection chronique de santé documentée, cette proportion baisse jusqu'à 5 % chez les usagers qui ont fait 12 visites annuelles et plus. Inversement, la proportion d'usagers qui ont au moins 5 affections chroniques passe de 15 % à 67 % entre ces deux groupes ([Figure 3](#)).

Chez les UFU 12+, la prévalence des groupes d'affections chroniques est particulièrement importante pour les groupes d'affections suivants : troubles mentaux (69 %), affections rhumatologiques (58 %) et affections endocrino-métaboliques (46 %).

Cependant, lorsqu'on compare l'ensemble des usagers des urgences avec les UFU 12+, les groupes d'affections chroniques qui augmentent le plus, de façon relative, sont ceux des affections neurologiques (de 5 % à 19 %), des affections hépato-gastriques (de 10 % à 40 %) et des troubles mentaux (de 19 % à 66 %) ([Tableau 2](#)).

Figure 3 Proportions d'usagers selon le nombre d'affections chroniques par usager et selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023

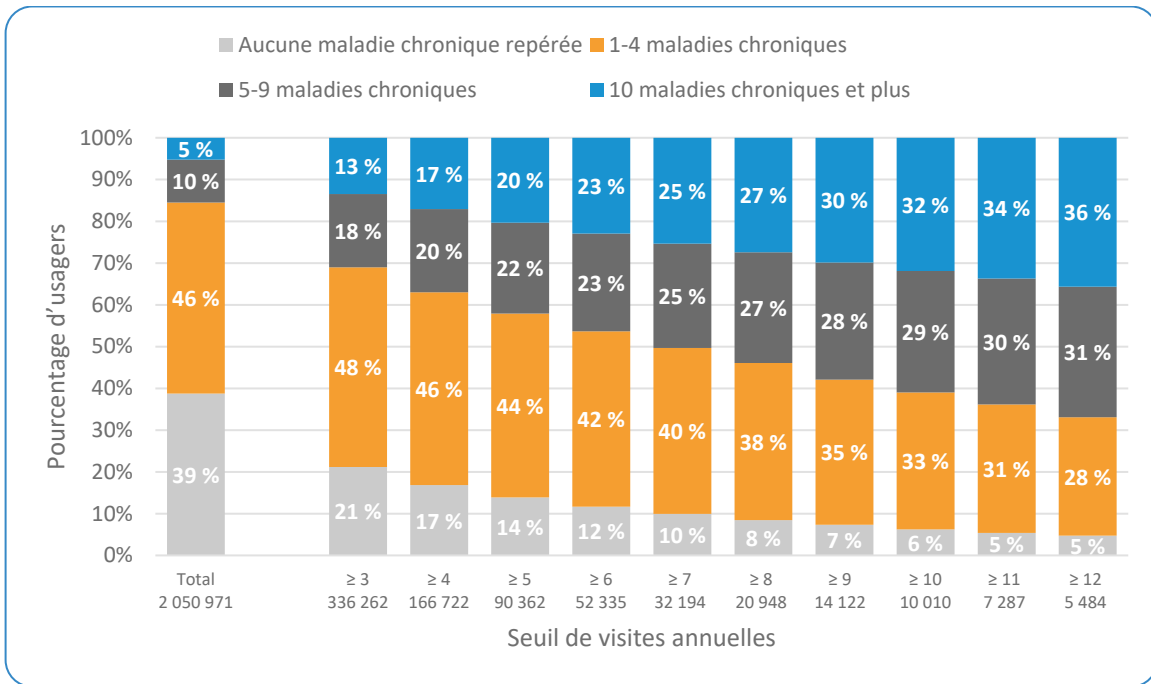


Tableau 2 Proportions d'usagers qui ont au moins une affection chronique de différents groupes* selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023

Seuil de visites annuelles (n usagers)	Affections neurologiques (%)	Affections hépato-gastriques (%)	Troubles mentaux (%)	Affections pulmonaires (%)	Affections touchant le sang et les organes hématopoïétiques (%)	Affections rhumatologiques (%)	Affections endocrino-métaboliques (%)	Affections cardio-vasculaires (%)
Total (2 050 971)	4,8	10,2	18,6	9,4	8,1	23,2	20,5	22,0
≥ 3 (336 262)	9,0	19,1	29,7	17,8	15,3	36,6	31,2	33,8
≥ 4 (166 722)	10,7	22,5	34,5	21,1	17,9	41,2	34,6	37,1
≥ 5 (90 362)	12,1	25,4	39,3	23,5	20,0	44,7	37,1	39,2
≥ 6 (52 335)	13,2	28,0	43,8	25,4	21,4	47,5	39,1	40,7
≥ 7 (32 194)	14,4	30,2	48,0	27,1	22,4	49,9	40,5	42,0
≥ 8 (20 948)	15,3	32,2	52,0	28,2	23,1	52,0	41,5	42,7
≥ 9 (14 122)	16,8	34,5	55,7	29,4	24,0	54,3	42,7	43,6
≥ 10 (10 010)	17,9	36,2	59,5	29,8	24,6	55,7	43,5	44,5
≥ 11 (7 287)	18,4	37,7	63,0	30,5	24,8	56,9	44,2	44,9
≥ 12 (5 484)	19,1	39,7	66,2	31,0	25,3	58,2	45,7	45,6

*Seuls les groupes d'affections chroniques qui présentent une prévalence importante sont présentés dans ce tableau.

3.2.3 Interventions en CLSC et inscription auprès d'un médecin de famille

Durant l'année 2022-2023, 28 % des usagers qui ont fréquenté les urgences ont eu au moins une intervention d'un professionnel du CLSC. Cette proportion augmente avec le seuil de visites annuelles, pour atteindre 68 % chez les UFU 12+ ([Tableau 3](#)).

Par ailleurs, la proportion d'usagers inscrits auprès d'un médecin de famille est sensiblement la même (autour de 73 %), quel que soit le seuil de visites annuelles aux urgences ([Tableau 3](#)).

Tableau 3 Proportion d'usagers qui ont reçu au moins une intervention du CLSC avec un professionnel et proportion d'usagers inscrits auprès d'un médecin de famille selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023

Seuil de visites annuelles (n usagers)	Au moins une intervention du CLSC (%)	Inscription auprès d'un médecin de famille (%)
Total (2 050 971)	27,8	71,1
≥ 3 (336 262)	44,1	74,6
≥ 4 (166 722)	49,5	75,2
≥ 5 (90 362)	53,7	75,5
≥ 6 (52 335)	56,7	75,4
≥ 7 (32 194)	59,2	75,1
≥ 8 (20 948)	61,4	75,0
≥ 9 (14 122)	63,9	74,7
≥ 10 (10 010)	65,5	74,2
≥ 11 (7 287)	66,7	73,4
≥ 12 (5 484)	67,9	72,9

3.3 Caractéristiques des visites aux urgences des utilisateurs fréquents

FAITS SAILLANTS

- La proportion des visites avec départ sans prise en charge médicale passe de 11 % chez les usagers qui ont fait 3 visites et plus à 21 % chez les usagers qui ont fait 12 visites et plus.
- Les proportions des visites moins urgentes/non urgentes (P4-P5) et des visites suivies d'une hospitalisation sont semblables chez les UFU, quel que soit le seuil de visites retenu.

3.3.1 Caractéristiques des visites

La proportion des visites avec départ sans prise en charge médicale, qui est de 11 % pour l'ensemble des visites aux urgences, passe à 21 % des visites chez les UFU 12+ ([Tableau 4](#)).

Par contre, la proportion de visites avec un niveau de priorité de l'échelle de triage « Moins urgent » ou « Non urgent » (P4-P5) reste stable, quel que soit le seuil de visites annuelles (environ 54 % des visites), tout comme la proportion de visites suivies d'une hospitalisation (environ 12 % des visites).

Enfin, la proportion de visites sur civière augmente légèrement (de 18 % à 23 %), tout comme la durée médiane des visites aux urgences (de 5,2 à 6,3 heures), lorsque le seuil de visites annuelles passe de 3 à 12 visites et plus ([Tableau 4](#)).

Tableau 4 Caractéristiques des visites aux urgences selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023

Seuil de visites annuelles (n visites)	Répartition des visites					Médiane [Q1-Q3 ²] de durée des visites ³ (heures)
	Visites P4/P5 ¹ (%)	Visites avec hospitalisation (%)	Visites sur civière (%)	Départ avant prise en charge (%)	Réorientation (%)	
Total (3 584 781)	53,1	11,9	18,3	10,7	7,2	5,2 [2,6-10,1]
≥ 3 (1 443 212)	54,0	13,1	19,5	10,9	5,6	5,2 [2,5-10,8]
≥ 4 (934 592)	54,1	13,2	20,0	11,5	5,2	5,3 [2,5-11,2]
≥ 5 (629 152)	54,4	13,0	20,3	12,4	4,9	5,3 [2,5-11,4]
≥ 6 (439 017)	54,8	12,6	20,4	13,4	4,7	5,4 [2,5-11,7]
≥ 7 (318 171)	55,0	12,2	20,6	14,7	4,4	5,5 [2,6-12,0]
≥ 8 (239 449)	55,0	11,7	20,9	16,0	4,2	5,6 [2,6-12,3]
≥ 9 (184 841)	54,8	11,4	21,4	17,3	4,0	5,8 [2,7-12,8]
≥ 10 (147 833)	54,8	11,1	22,0	18,7	3,8	5,9 [2,7-13,2]
≥ 11 (120 603)	54,7	10,7	22,3	20,1	3,6	6,1 [2,8-13,6]
≥ 12 (100 770)	54,4	10,5	22,6	21,3	3,5	6,3 [2,9-13,9]

1 : P4/P5 : visites moins urgentes/ non urgentes.

2 : Q1 et Q3 : valeurs au-dessous desquelles se trouvent respectivement 25 % et 75 % des usagers.

3 : Durée de la visite aux urgences, entre l'arrivée et le départ de l'utilisateur. Exclusion des visites sans prise en charge.

3.3.2 Diagnostics posés lors des visites aux urgences

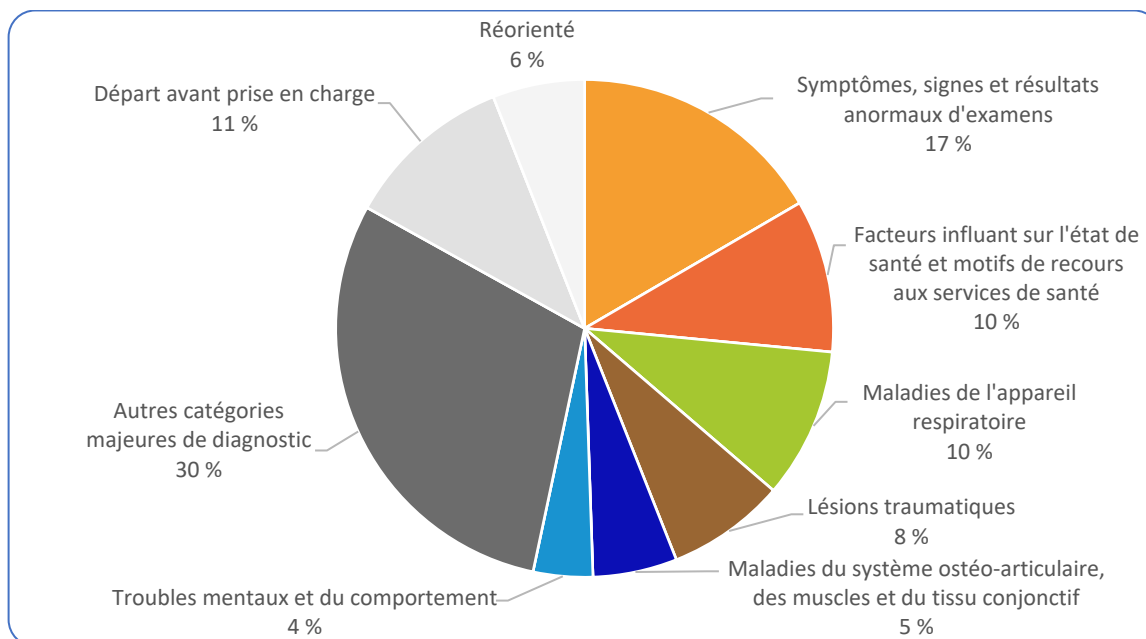
Dans cette section, les visites aux urgences sont réparties selon le diagnostic posé par le médecin lors de la visite. Ces diagnostics sont regroupés en catégories majeures de diagnostics⁷.

Chez les UFU 3+, les catégories majeures de diagnostics que l'on trouve le plus fréquemment lors des visites sont les « Maladies de l'appareil respiratoire » (10 % des visites), les « Lésions traumatiques » (8 % des visites), les « Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif » (5 % des visites) et les « Troubles mentaux et du comportement » (4 % des visites) ([Figure 4](#)). À noter la présence importante de deux catégories contenant des diagnostics peu précis : « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens » (17 % des visites) et les « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (10 % des visites) (voir des exemples de diagnostics dans ces catégories à l'[annexe A](#)).

Chez les UFU 12+, on trouve les mêmes six catégories majeures de diagnostics les plus fréquentes. Toutefois, la part des « Troubles mentaux et du comportement » augmente à 9 % des visites, alors que les pourcentages des autres catégories restent stables ou diminuent ([Figure 5](#)). Finalement, les « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » représentent respectivement 1 % et 4 % des visites chez les UFU 3+ et les UFU 12+.

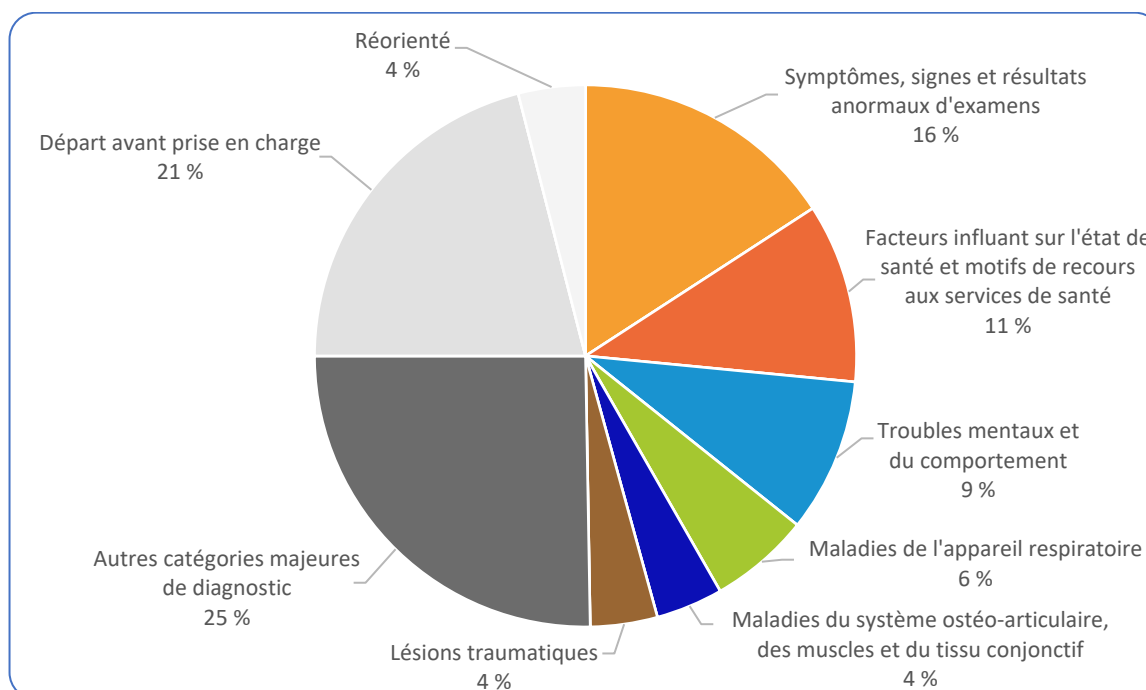
⁷ Il y a une catégorie majeure de diagnostic par visite, générée à partir du diagnostic principal de la visite à l'urgence. Les catégories majeures de diagnostic se basent sur les chapitres de la Classification internationale des maladies (CIM-10) répartis par systèmes fonctionnels, mais aussi par diagnostics moins précis.

Figure 4 Répartition des visites aux urgences des UFU 3+, selon le diagnostic (catégorie majeure)* posé lors de la visite, 2022-2023



* Catégories majeures de diagnostic : il y a une catégorie majeure de diagnostic par visite, générée à partir du diagnostic principal de la visite à l'urgence. Les catégories majeures de diagnostic se basent sur les chapitres de la Classification internationale des maladies (CIM-10) répartis par systèmes fonctionnels, mais aussi par diagnostics moins précis.

Figure 5 Répartition des visites aux urgences des UFU 12+, selon le diagnostic (catégorie majeure)* posé lors de la visite, 2022-2023



*Catégories majeures de diagnostic : il y a une catégorie majeure de diagnostic par visite, générée à partir du diagnostic principal de la visite à l'urgence. Les catégories majeures de diagnostic se basent sur les chapitres de la Classification internationale des maladies (CIM-10) répartis par systèmes fonctionnels, mais aussi par diagnostics moins précis.

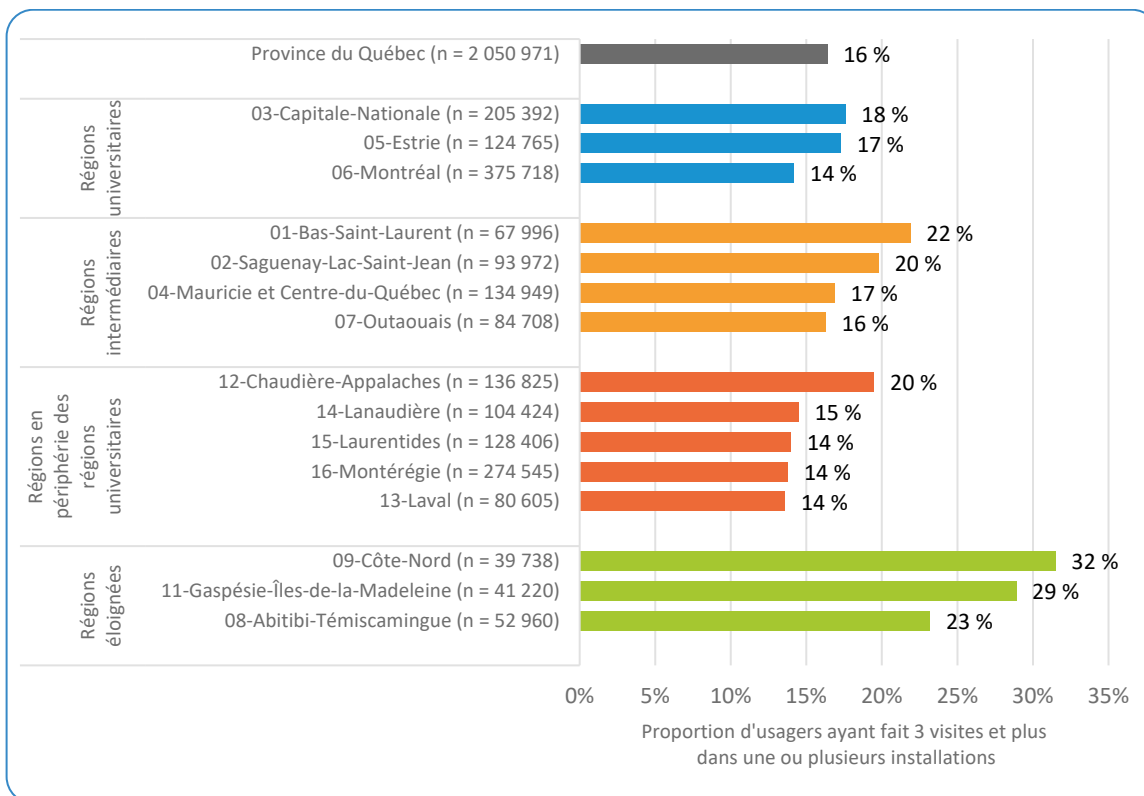
3.4 Comparaison régionale de la proportion d'UFU

Les données de cette section sont présentées en fonction de la région sociosanitaire de résidence du patient. Afin de comparer adéquatement les régions, les données ont été ajustées selon l'âge et le sexe.

Les résultats montrent que la proportion d'UFU est plus importante dans les régions éloignées (Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Abitibi-Témiscamingue), et ce, quel que soit le seuil de visites annuelles retenu (résultats non présentés).

Ainsi, la proportion ajustée d'utilisateurs qui ont fait 3 visites et plus dans un ou plusieurs services d'urgence se situe entre 23 % et 32 % dans les régions éloignées, alors qu'elle se situe entre 14 % et 18 % dans les régions universitaires (Montréal, Estrie et Capitale-Nationale) ([Figure 6](#)).

Figure 6 Proportion ajustée d'utilisateurs qui ont fait 3 visites ou plus selon leur région de résidence, 2022-2023



3.5 Repérage des UFU dans une même installation

FAITS SAILLANTS

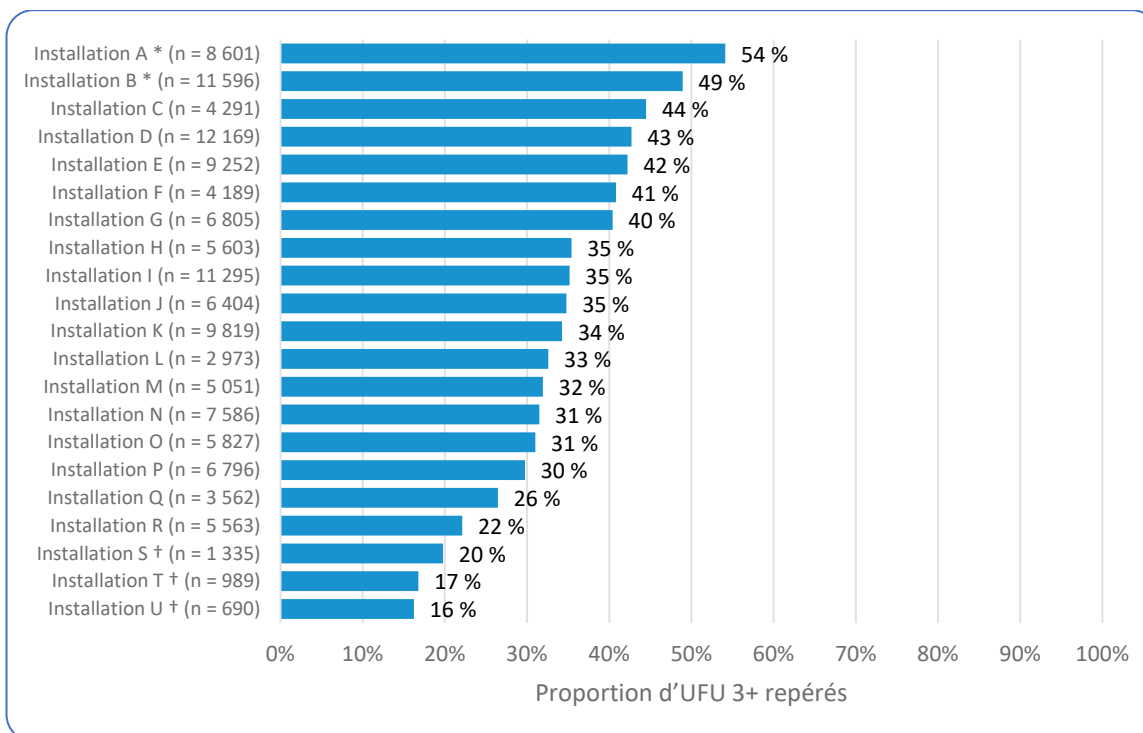
- Dans les régions qui ont un nombre plus important d'installations d'urgence, les UFU ont plus souvent tendance à visiter différentes urgences au cours d'une même année.
- Ainsi, parmi les UFU qui ont fait 3 visites et plus dans les services d'urgence du Québec, la proportion qui en a fait au moins 3 dans une même installation est plus faible dans les régions universitaires comme Montréal (de 16 % à 54 % selon l'installation) que dans les régions éloignées comme la Côte-Nord (de 64 % à 86 % selon l'installation).
- Plus le seuil de visites est élevé, plus la proportion d'UFU qu'il est possible de repérer dans une même installation, en fonction de ce seuil, diminue.

Dans une région comportant de nombreuses installations offrant des services d'urgence comme Montréal, les UFU 3+ ont tendance à visiter plusieurs services d'urgence au cours d'une même année, ce qui limite la possibilité de les repérer dans une même installation. En effet, en se basant sur les données disponibles uniquement dans une installation d'urgence à Montréal, il serait possible de repérer seulement entre 16 % et 54 % des UFU 3+, selon l'installation ([Figure 7](#)). Il apparaît que les urgences des hôpitaux psychiatriques ont la proportion de repérage des UFU 3+ la plus faible, alors que cette proportion est la plus élevée dans les urgences des hôpitaux pédiatriques.

Par contre, dans les régions éloignées comme la Côte-Nord, la proportion d'UFU 3+ qui peuvent être repérés dans une même installation est beaucoup plus élevée, puisque les usagers visitent plus rarement des urgences différentes. Ainsi, selon l'installation d'urgence considérée sur la Côte-Nord, il serait possible de repérer entre 64 % et 86 % des UFU 3+ ([Figure 8](#)).

Si le seuil des visites était fixé à 12 visites ou plus, il serait encore plus difficile de repérer les UFU 12+ à partir des données d'une même installation. Par exemple, les installations à Montréal pourraient repérer entre 2 % et 28 % des UFU 12+, alors que les installations de la Côte-Nord pourraient repérer entre 20 % et 90 % des UFU 12+ (résultats non présentés, effectif par installation faible).

Figure 7 Proportion d'UFU 3+ qui pourraient être repérés par chaque installation de Montréal (usager ayant fait au moins 3 visites dans la même installation), 2022-2023

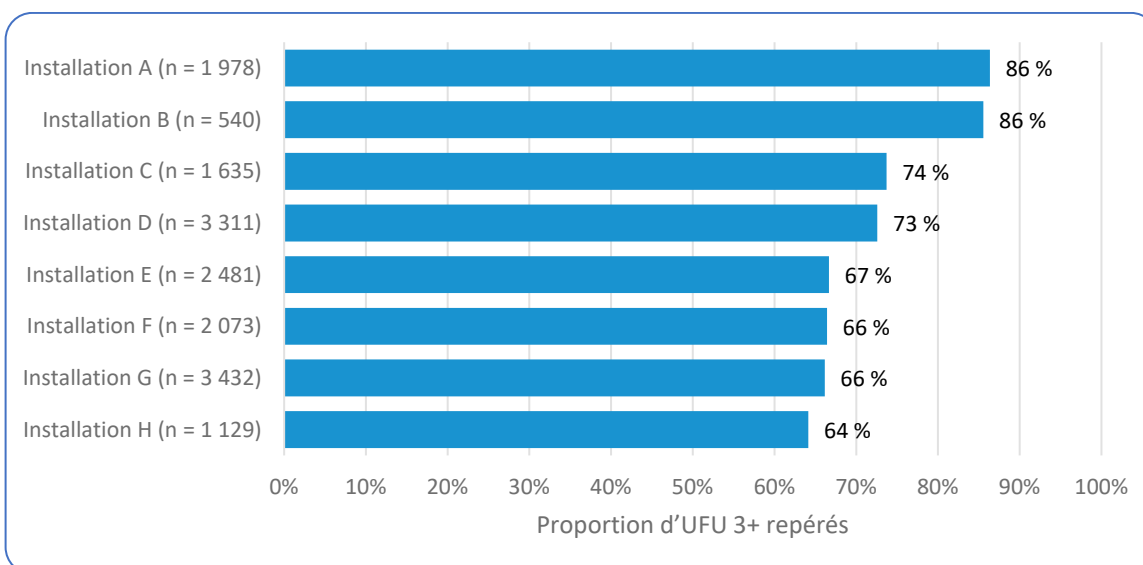


* Urgences pédiatriques

† Urgences psychiatriques

Exemple d'interprétation de ce graphique : parmi les 8 601 UFU 3+ qui sont allés au moins une fois dans le service d'urgence de l'installation A, 54 % sont allés au moins trois fois dans cette même urgence.

Figure 8 Proportion d'UFU 3+ qui pourraient être repérés par chaque installation de la Côte-Nord (usager ayant fait au moins 3 visites dans la même installation), 2022-2023



Exemple d'interprétation de ce graphique : parmi les 1 978 UFU 3+ qui sont allés au moins une fois dans le service d'urgence de l'installation A, 86 % d'entre eux sont allés au moins trois fois dans cette même urgence.

4 LIMITES DU PORTRAIT

Cette étude présente plusieurs limites qui sont inhérentes à l'utilisation secondaire de données clinico-administratives telles que les variations dans les pratiques de codage qui peuvent exister entre installations ou encore l'incertitude concernant la validité et la fiabilité des diagnostics présents dans ces banques. Ces limites peuvent avoir un impact sur les indicateurs et les prévalences calculés, mais elles ont probablement un faible impact sur les variations de ces indicateurs en fonction du seuil de visites annuelles pour définir un UFU.

L'estimation des affections chroniques dans la population a été réalisée à partir de la méthodologie *Groupier* de l'ICIS. Cette méthodologie sous-estime le nombre de maladies chroniques, car elle s'appuie sur des données de consommation de soins depuis 2020. Ainsi, si un usager reçoit un code de diagnostic de maladie chronique avant le 1^{er} avril 2020, mais que ce diagnostic n'apparaît plus par la suite, cette pathologie ne sera pas comptabilisée. Toutefois, le regroupement des affections chroniques en grandes catégories permet de limiter ce biais et les prévalences d'affections chroniques observées chez les UFU dans ce rapport sont concordantes avec certaines études [Krieg *et al.*, 2016].

Le diagnostic inscrit lors d'une visite aux urgences dans la banque de données communes des urgences n'a pas la fiabilité des diagnostics que l'on trouve dans les dossiers médicaux. De plus, cette banque ne contient qu'un seul diagnostic par visite, même si le patient se présente avec plusieurs problématiques. Par exemple, une problématique cardiovasculaire peut dissimuler une problématique de santé mentale à la source de la visite, et inversement. Cependant, le fait d'utiliser dans cette étude de grands regroupements, telles les catégories majeures de diagnostics, limite ces biais. De plus, les prévalences des problématiques aux urgences dans ce rapport sont cohérentes avec la littérature [Moe *et al.*, 2021; Giannouchos *et al.*, 2019] et avec les observations sur le terrain des experts consultés.

Comme la plupart des études comparables [Moe *et al.*, 2022; 2021; Chen *et al.*, 2020; Giannouchos *et al.*, 2019; McConville *et al.*, 2018], l'analyse a été basée sur une année fixe. Les usagers n'ont donc pas tous, la même durée de suivi (p. ex. décès, déménagement hors Québec). Ce biais entraîne une sous-estimation du nombre d'utilisateurs fréquents des urgences durant une période de 12 mois, ce qui a toutefois peu d'impact sur les tendances observées.

L'indicateur de prise en charge des patients par les CLSC est basé sur le fait qu'une personne a eu au moins une intervention en CLSC durant l'année par un professionnel de santé. Il ne permet pas de dissocier les interventions de routine (prise de sang, vaccination, etc.) des soins actifs. Cela limite l'interprétation du rôle que pourraient avoir les CLSC auprès des UFU.

Par ailleurs, les experts consultés ont indiqué que d'autres analyses auraient pu être pertinentes pour affiner ce portrait. Par exemple, la prise en considération de certains facteurs aurait pu permettre une meilleure contextualisation et une description plus fine des utilisateurs fréquents des urgences. Parmi ces facteurs, on trouve la défavorisation, l'itinérance, l'absence de couverture par la RAMQ, l'utilisation des ambulances ainsi que les cas de démence ou de délirium. Certains experts ont également noté l'absence d'analyse fine des disparités intrarégionales, qui pourraient outiller les décideurs à l'échelle des CISSS-CIUSSS. Finalement, des experts ont relevé que ces données ne permettent pas de définir de manière robuste le caractère non pertinent d'une visite aux urgences ni de savoir dans quelle mesure le patient aurait pu, autrement, être vu en première ligne.

DISCUSSION

Ce rapport présente un portrait du recours fréquent aux services d'urgence par l'ensemble de la population québécoise. Il évalue, en particulier, l'impact du choix de différents seuils de visites annuelles aux urgences sur le nombre de personnes ciblées et leurs caractéristiques.

Nombre de visites annuelles aux urgences pour définir un UFU

Les résultats de cette étude indiquent que le choix d'un seuil de visites pour définir un UFU a un impact important sur le nombre de personnes susceptibles d'être repérées et leurs caractéristiques. Actuellement, dans le réseau de la santé québécois, le Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC) cible les personnes qui viennent 5 fois ou plus aux urgences en une année⁸, ce qui représente environ 4,4 % des usagers.

Les experts consultés rapportent que le nombre de visites aux urgences n'est généralement pas suffisant pour repérer les personnes aux besoins particuliers [Hudon *et al.*, 2019]. Le choix du nombre de visites aux urgences pour définir les UFU devrait être fait en fonction des objectifs du ciblage (p. ex. diminuer le nombre global de visites ou cibler un nombre d'« usagers complexes » par rapport aux ressources disponibles pour intervenir) mais également selon la complexité clinique des patients et les disparités régionales [Matsumoto *et al.*, 2017]. Sur le terrain, le personnel des urgences cible surtout les utilisateurs fréquents pour lesquels une intervention peut être bénéfique. Cela est donc fait au cas par cas, au-delà d'une simple prise en considération du nombre de visites.

Affections cliniques chez les UFU

Dans ce portrait, la majorité des grands utilisateurs fréquents ont plus de cinq affections chroniques, avec certaines affections plus prépondérantes chez les UFU par rapport à l'ensemble des usagers des urgences, telles que les affections neurologiques, hépatogastriques et les troubles mentaux. Ainsi, si les deux tiers des UFU 12+ ont eu un diagnostic de trouble mental, ils ont également eu de nombreux problèmes de santé physique. D'ailleurs, la grande majorité des visites aux urgences des UFU 12+ sont liées à des problèmes de santé physique. Cela met en lumière la grande complexité clinique de ces utilisateurs.

Il est à noter que les visites fréquentes aux urgences pour un problème de santé mentale constituent un indicateur de performance du système de santé canadien, indiquant que les personnes n'ont pas accès aux services ou au soutien dont elles ont besoin dans la collectivité [ICIS, 2023].

⁸ <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-information-technologies-et-installations/systeme-dalertes-informatisees-reperage-clienteles/>

Caractéristiques des visites aux urgences des UFU

Ce rapport montre que plus de la moitié des visites aux urgences sont moins ou non urgentes (P4-P5), et ce, quel que soit le seuil de visites annuelles des utilisateurs fréquents des urgences. De plus, le fait de se rendre souvent aux urgences ne semble pas lié à l'inscription auprès d'un médecin de famille, contrairement à ce qui est observé dans d'autres provinces canadiennes [Palmer *et al.*, 2014]. Certains des experts consultés indiquent que le fait d'être inscrit ne signifie pas que les usagers ont facilement accès à leur médecin de famille. Le recours aux urgences pourrait alors devenir la solution de substitution pour ces usagers qui ont peu d'accès à leur médecin de famille et ne peuvent pas utiliser le guichet d'accès à la première ligne (GAP)⁹, réservé aux non-inscrits. Comme, par ailleurs, une proportion importante d'UFU est connue des CLSC (ils ont reçu au moins une intervention en CLSC), il pourrait être pertinent d'explorer le rôle que ces installations pourraient jouer dans la prévention de leurs visites évitables aux urgences.

Enfin, une proportion importante des UFU 12+ quittent les urgences avant d'avoir été pris en charge par un médecin (21 % de l'ensemble des visites chez les UFU 12+). Selon certains experts consultés, ce résultat pourrait indiquer que les usagers qui reviennent très souvent ne trouvent pas toujours de solution à leurs besoins aux urgences. De plus, certains experts indiquent que le personnel des urgences n'est pas toujours en mesure de réorienter les usagers dont le problème n'est pas urgent vers d'autres ressources, à cause du manque d'autres options dans la communauté.

Variations régionales

La proportion d'UFU est plus élevée en région éloignée. Les experts consultés expliquent ce phénomène par, entre autres, le type d'organisation des soins dans ces régions où les services d'urgence jouent un rôle de première ligne pour certains suivis d'affections chroniques ou certaines prises en charge d'affections aiguës. Il est donc important de tenir compte des caractéristiques organisationnelles des régions éloignées lors du choix du nombre de visites à retenir pour définir les UFU.

Finalement, la présence de nombreuses urgences dans les régions universitaires rend plus difficile le repérage des UFU dans une même installation. Le fait que les utilisateurs visitent fréquemment des urgences différentes met en lumière l'importance du partage de l'information entre les établissements afin de pouvoir mieux repérer les UFU.

⁹ Le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) est un service destiné aux personnes qui n'ont pas de médecin de famille ou d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL). Il a pour objectif de les aider à trouver le service de santé qui répondra le mieux à leur besoin.

Conclusion

Ce portrait a permis de mettre en avant les caractéristiques des utilisateurs fréquents des urgences au Québec et de distinguer cette clientèle selon le nombre de visites aux urgences durant l'année (seuil). D'autres travaux pour soutenir les services d'urgence pourraient être réalisés par l'INESSS dans le but de préciser les meilleures pratiques en matière d'accompagnement des UFU, en particulier ceux qui présentent une problématique de santé mentale complexe.

RÉFÉRENCES

- Birmingham LE, Cochran T, Frey JA, Stiffler KA, Wilber ST. Emergency department use and barriers to wellness: a survey of emergency department frequent users. *BMC Emerg Med* 2017;17(1):16.
- Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *Int Emerg Nurs* 2017;35:51-5.
- Castillo EM, Brennan JJ, Killeen JP, Chan TC. Identifying frequent users of emergency department resources. *J Emerg Med* 2014;47(3):343-7.
- Chan B et Katznelson G. A Housing First Approach to Limiting Frequent Emergency Room Use. *University of Western Ontario Medical Journal* 2021;89(2)
- Chen A, Fielding S, Hu XJ, McLane P, McRae A, Ospina M, Rosychuk RJ. Frequent users of emergency departments and patient flow in Alberta and Ontario, Canada: an administrative data study. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):938.
- Chiu YM, Dufour I, Courteau J, Vanasse A, Chouinard MC, Dubois MF, et al. Profiles of frequent emergency department users with chronic conditions: a latent class analysis. *BMJ Open* 2022;12(9):e055297.
- Doupe MB, Palatnick W, Day S, Chateau D, Soodeen RA, Burchill C, Derksen S. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Ann Emerg Med* 2012;60(1):24-32.
- Giannouchos TV, Kum HC, Foster MJ, Ohsfeldt RL. Characteristics and predictors of adult frequent emergency department users in the United States: A systematic literature review. *J Eval Clin Pract* 2019;25(3):420-33.
- Hudon C, Chouinard M-C, Pluye P, Sherif RE, Bush PL, Rihoux B, et al. Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review. *The Annals of Family Medicine* 2019;17(5):448-58.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). SNISA Visites à l'urgence et durée de séjour par province/Territoire, 2018-2019 (NACRS Emergency Department Visits and Length of Stay by Province/Territory, 2018–2019). Ottawa, ON : ICIS; 2019.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances [site Web]. Ottawa, ON : ICIS; 2023.
- Krieg C, Hudon C, Chouinard MC, Dufour I. Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):594.
- Lee JH, Park GJ, Kim SC, Kim H, Lee SW. Characteristics of frequent adult emergency department users: A Korean tertiary hospital observational study. *Medicine (Baltimore)* 2020;99(18):e20123.

- Matsumoto CL, O'Driscoll T, Madden S, Blakelock B, Lawrance J, Kelly L. Defining "high-frequency" emergency department use: Does one size fit all for urban and rural areas? *Can Fam Physician* 2017;63(9):e395-e9.
- McConville S, Raven MC, Sabbagh SH, Hsia RY. Frequent Emergency Department Users: A Statewide Comparison Before And After Affordable Care Act Implementation. *Health Aff (Millwood)* 2018;37(6):881-9.
- Moe J, O'Sullivan F, McGregor MJ, Schull MJ, Dong K, Holroyd BR, et al. Characteristics of frequent emergency department users in British Columbia, Canada: a retrospective analysis. *CMAJ Open* 2021;9(1):E134-E41.
- Moe J, Wang EY, McGregor MJ, Schull MJ, Dong K, Holroyd BR, et al. People who make frequent emergency department visits based on persistence of frequent use in Ontario and Alberta: a retrospective cohort study. *CMAJ Open* 2022;10(1):E220-E31.
- Palmer E, Leblanc-Duchin D, Murray J, Atkinson P. Emergency department use: Is frequent use associated with a lack of primary care provider? *Canadian Family Physician* 2014;60(4):e223-e9.
- Pines JM, Asplin BR, Kaji AH, Lowe RA, Magid DJ, Raven M, et al. Frequent users of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Acad Emerg Med* 2011;18(6):e64-9.
- Shukla DM, Faber EB, Sick B. Defining and Characterizing Frequent Attenders: Systematic Literature Review and Recommendations. *J Patient Cent Res Rev* 2020;7(3):255-64.
- Soril LJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems. *Health Policy* 2016;120(5):452-61.
- van Tiel S, Rood PP, Bertoli-Avella AM, Erasmus V, Haagsma J, van Beeck E, et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. *Eur J Emerg Med* 2015;22(5):306-15.
- Vinton DT, Capp R, Rooks SP, Abbott JT, Ginde AA. Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emerg Med J* 2014;31(7):526-32.

ANNEXE A

Méthodologie

Sources de données

Conformément à l'Entente portant sur la communication de renseignements nécessaires à la réalisation d'études et d'évaluations faites en application de la Loi sur l'INESSS, l'Institut a accès aux banques de données clinico-administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Un identifiant unique (numéro banalisé) attribué à chaque usager remplace toute information permettant d'identifier les personnes de manière directe (nom, prénom, numéro d'assurance maladie [NAM]) et il permet de jumeler l'information provenant des différentes banques de données.

Le présent portrait emploie les données de l'année financière 2022-2023, soit du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023, provenant des bases de données suivantes :

Banque de données communes des urgences (BDCU) – Cette banque contient de l'information sur l'ensemble des visites dans chacune des salles d'urgence du Québec. En plus des caractéristiques des usagers (âge, sexe, lieu de résidence, etc.), la banque contient la date de la visite ainsi que les différents temps d'attente aux urgences (triage, prise en charge médicale, demande d'hospitalisation, etc.). Cette banque contient également de l'information sur le niveau de priorité de l'usager, l'utilisation des civières et la consultation de spécialistes.

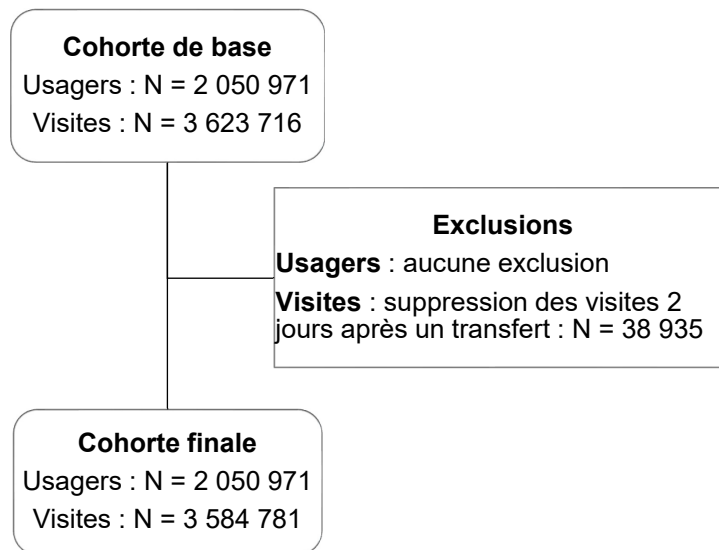
Fichier d'inscription auprès des médecins de famille (GMF-GRL) – Cette banque contient l'information sur la relation d'un médecin avec un GMF (nom du médecin et du GMF et date de début et de fin de la participation du médecin à ce GMF) ainsi que sur les relations entre les usagers et leur médecin de famille (date d'inscription de l'usager avec le médecin, historique des consultations avec ce médecin, inscription de vulnérabilités, etc.).

Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS (I-CLSC) – Cette banque contient l'ensemble des interventions réalisées dans les CLSC. Pour chacune des interventions, la banque indique les caractéristiques des usagers en CLSC (âge, sexe, lieu de résidence, etc.) ainsi que l'information sur les interventions réalisées par les CLSC (date, type d'intervention, acte, raison de l'acte, catégorie du professionnel, etc.). Les interventions et les usagers sont regroupés par profil (santé mentale, jeunesse, soutien aux personnes âgées, etc.). En plus des interventions, cette banque contient également l'information sur l'offre et la demande des services en CLSC.

Inclusions et exclusions

Tous les usagers qui ont visité les urgences entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023, ainsi que toutes leurs visites, ont été inclus dans l'étude. Cela comprend donc les visites sans prise en charge ainsi que les visites avec réorientation. Une analyse de sensibilité excluant les visites survenues le jour même n'a pas montré de changements dans l'interprétation des résultats.

Toutefois, les visites aux urgences survenues deux jours ou moins après un transfert (passage d'un usager d'une urgence à une autre) ont été exclues afin de ne pas comptabiliser indument deux visites lorsqu'un transfert a été fait.



Analyses

Les analyses de ce portrait concernent à la fois la description des usagers et la description des visites faites par ces usagers. Ces descriptions sont faites pour l'ensemble des usagers des services d'urgence et par groupes d'usagers définis par un nombre minimal de visites annuelles (ou « seuil »), de 3 visites et plus (UFU 3+) à 12 visites et plus (UFU 12+).

Description des utilisateurs fréquents des urgences (UFU)

Caractéristiques démographiques

L'âge et le sexe à la première visite ont été employés. L'âge a été subdivisé en cinq groupes : moins de 18 ans, 18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans et 65 ans et plus.

Affections cliniques

Les affections cliniques des usagers ont été établies à partir de la méthodologie de regroupement de la population, *Grouper*, élaborée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)¹⁰. Cette méthodologie permet d'assigner à chaque usager 0, 1 ou plusieurs affections sur une liste de 226 affections à partir des diagnostics des hospitalisations, des chirurgies d'un jour, des visites aux urgences et des rémunérations à l'acte des médecins. Le *Grouper* emploie les données de l'année en cours et des deux dernières années (soit du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2023 dans ce portrait).

Afin de simplifier l'interprétation des résultats utilisant le *Grouper* et pour mieux refléter l'état de santé des usagers au moment des visites, seules les affections chroniques ont été considérées. Pour sélectionner les affections chroniques parmi les 226 affections, la liste des affections chroniques du document publié par l'ICIS¹¹ a été utilisée, avec l'ajout des affections cancérologiques et des troubles mentaux, ces dernières n'étant pas présentes dans la liste de l'ICIS ([Tableau A-1](#) à l'annexe A). Pour ces derniers résultats, ont été exclus les troubles mentaux organiques : démence, les troubles mentaux découlant d'un traumatisme crânien ou d'une autre maladie, les troubles ou retards intellectuels, les troubles du développement et les cas de delirium.

En raison de l'interprétation difficile des affections chroniques prises individuellement, les groupes d'affections chroniques suivants ont été analysés : affections neurologiques, pulmonaires, cardiovasculaires, hépato-gastriques, rhumatologiques, endocrino-métaboliques, touchant le sang et les organes hématopoïétiques ainsi que les troubles mentaux ([Tableau A-1](#) à l'annexe A). Les autres groupes d'affections chroniques n'ont pas été inclus en raison du faible nombre d'affections dans un groupe, de la faible incidence chez les usagers ou de l'interprétation difficile dans le contexte de ce portrait. L'affection « Toxicomanie ou dépendance à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues » a été exclue du groupe des troubles mentaux. Une analyse de sensibilité non présentée dans ce portrait, qui classait cette affection dans le groupe des troubles mentaux, n'a pas changé l'interprétation des résultats, la majorité des troubles liés aux substances étant concomitants avec un trouble de santé mentale. À noter enfin qu'un usager peut appartenir à plusieurs groupes d'affections chroniques.

Interventions en CLSC et inscription auprès d'un médecin de famille

La proportion d'usagers qui ont fait au moins une visite en CLSC chez un professionnel lors de l'année 2022-2023 et la proportion d'usagers qui ont été inscrits auprès d'un médecin de famille au moins un jour en 2022-2023 ont été calculées.

¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.3* — notes méthodologiques, juillet 2020. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

¹¹ Annexe H du document : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.4* — guide de l'utilisateur du logiciel, juillet 2023. Ottawa, ON : ICIS; 2023.

Description des visites aux urgences des UFU

Afin d'analyser les diagnostics aux urgences des usagers, la catégorie majeure de diagnostic de chaque visite a été utilisée¹². C'est une catégorie unique à chaque visite, choisie dans une liste de 25 catégories générée à partir du diagnostic principal posé par un médecin et codée en classification internationale des maladies (CIM-10) lors de la visite aux urgences. Ces catégories se basent sur les chapitres de la CIM qui couvrent les systèmes fonctionnels (p. ex. affections du système nerveux, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire) et qui ont également deux catégories de diagnostics moins précis : « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens » (p. ex. malaise et fatigue, douleur abdominale, fièvre) et « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (p. ex. diagnostic non présent dans la liste, soins médicaux, conseil). Dans le cas d'un diagnostic principal manquant, le type de départ a été utilisé : départ avant prise en charge ou réorientation (voir glossaire).

Comparaison régionale de la proportion d'UFU

Les régions du lieu d'habitation des usagers ont été présentées selon quatre catégories employées par le Commissaire à la santé et au bien-être, soit :

- *Régions universitaires* : Capitale-Nationale, Estrie, Montréal
- *Régions en périphérie des régions universitaires* : Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie
- *Régions intermédiaires* : Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Outaouais
- *Régions éloignées* : Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Les régions Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-cries-de-la-Baie-James ont été exclues des analyses en raison de la faiblesse des effectifs.

Pour comparer les régions, une standardisation directe selon l'âge et le sexe a été réalisée. L'âge a été divisé en groupes de 5 années de 0 à 85 ans, et un groupe de 85 ans et plus. Les usagers ayant un âge manquant (n = 1) et un sexe noté X (n = 2 423) ont été supprimés de la standardisation. La population de référence était le total de visites ou d'usagers inscrit dans la BDCU en 2022-2023, selon s'il fallait standardiser des proportions de visites ou d'usagers. La standardisation a été faite grâce au *package PHEindicatormethods* dans le logiciel R, version 4.2 (R Core Team, 2023).

¹² Tableau des 25 catégories majeures de diagnostic de la BDCU : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/media/1721>. Ces catégories sont basées sur les chapitres de la CIM-10. Une liste des pathologies incluses dans ces chapitres est disponible sur le site de l'ICIS : *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada (CIM-10-CA) - Table analytique*, 2022, <https://www.cihi.ca/fr/normes-et-soumission-de-donnees/codes-classifications-et-terminologies/ressources-de-classification> .

Repérage des UFU dans une même installation

Sans un système d'information centralisé, une installation¹³ n'a la capacité de repérer un UFU que sur la base du nombre de visites faites dans cette même installation.

Un indicateur de cette capacité de repérage est proposé dans ce portrait. Par exemple, pour estimer la proportion « repérable » par une installation des UFU 3+ (c.-à-d. les UFU qui ont fait 3 visites et plus dans les services d'urgence du Québec), cet indicateur calcule la proportion d'usagers qui ont visité au moins trois fois cette installation parmi ces UFU 3+ qui ont visité au moins une fois cette installation. Aucune standardisation n'a été réalisée en raison du faible effectif.

Tableau A-1 Affections chroniques

Groupes d'affections	Inclus dans les tableaux	Liste des affections chroniques
Affections neurologiques	OUI	A01 Malformation congénitale du système nerveux, y compris <i>spina bifida</i> A02 Affection héréditaire ou dégénérative du système nerveux A03 Dystrophie musculaire ou autre myopathie A04 Maladie de Parkinson ou parkinsonisme A05 Sclérose en plaques ou autre affection démyélinisante du système nerveux central A06 Paralysie cérébrale A07 Syndrome paralytique ou lésion de la moelle épinière A09 Épilepsie A11 Autre affection du système nerveux
Affections pulmonaires	OUI	D02 Trouble congénital de l'appareil respiratoire D03 Maladie pulmonaire obstructive chronique, MPOC D04 Hypertension pulmonaire D05 Autre maladie pulmonaire chronique D06 Asthme
Affections cardiovasculaires	OUI	E01 Insuffisance cardiaque E02 Malformation du système cardiovasculaire E03 Maladie valvulaire cardiaque E04 Coronaropathie E05 Arythmie E06 Autre cardiopathie E07 Maladie veineuse périphérique, phlébite, thrombophlébite ou thrombose veineuse profonde, TVP E09 Autre maladie du système vasculaire E10 Hypertension E11 Anévrisme aortique E12 Maladie artérielle périphérique
Affections hépatogastriques	OUI	F01 Malformation congénitale de l'appareil digestif ou hépatobiliaire F03 Autre affection de l'œsophage F04 Gastrite ou duodénite F06 Maladie inflammatoire de l'intestin, y compris maladie de Crohn, colite ulcéreuse F08 Diverticulite G01 Cirrhose G02 Maladie hépatique chronique, y compris hépatite G03 Maladie du pancréas
Affections rhumatologiques	OUI	H01 Polyarthrite rhumatoïde ou autre arthropathie inflammatoire, sauf goutte H02 Arthrose H04 Ostéoporose H06 Maladie des vertèbres ou des disques ou autre maladie du dos H07 Affection disséminée du tissu conjonctif, y compris lupus, sclérodermie H08 Malformation musculosquelettique, sauf malformation de la colonne vertébrale H09 Myosite ou affection des tissus mous, y compris inflammation musculaire H10 Autre affection du tissu musculosquelettique ou conjonctif

¹³ Voir [glossaire](#).

Groupes d'affections	Inclus dans les tableaux	Liste des affections chroniques
Affections endocrino-métaboliques	OUI	J01 Fibrose kystique J02 Diabète sucré J03 Goitre J04 Hyperthyroïdie J05 Hypothyroïdie J07 Autre affection du système endocrinien J08 Malnutrition ou carence en vitamines J09 Hypercholestérolémie ou autre dyslipidémie J10 Obésité J12 Hypoglycémie J13 Autre trouble du métabolisme
Affections touchant le sang et les organes hématopoïétiques	OUI	O02 Anémie, sauf nutritionnelle O03 Affection de la coagulation ou hémorragique O06 Affection du système immunitaire O07 Autre affection du sang ou des organes hématopoïétiques
Troubles mentaux*†	OUI	Q02 Trouble délirant, y compris schizophrénie Q04 Dépression Q05 Trouble bipolaire ou maniaque Q06 Trouble de la personnalité Q08 Trouble de l'alimentation Q11 Trouble névrotique, anxieux ou obsessionnel compulsif Q12 Réaction d'adaptation ou stress Q13 Trouble émotionnel ou comportemental apparaissant généralement durant l'enfance Q14 Autre trouble mental ou trouble mental non précisé Q82 Signe ou symptôme de trouble mental
Affections de l'œil	NON	B01 Cataracte ou affection du cristallin B02 Rétinopathie B03 Strabisme B05 Déficience visuelle, y compris cécité B06 Glaucome B07 Autre affection de l'œil
Affections ORL	NON	C01 Malformation congénitale ou acquise de la région ORL C05 Perte auditive, y compris surdité
Affections de la peau ou du tissu sous-cutané	NON	I01 Maladie auto immune de la peau I02 Lésion papulo-squameuse ou psoriasis I05 Ulcère de la peau, y compris ulcère de décubitus
Affections de l'appareil urinaire	NON	K01 Maladie ou insuffisance rénale chronique K03 Autre affection de la vessie ou de l'urètre K04 Autre affection de l'appareil urinaire K05 Trouble de la prostate K06 Autre maladie de l'appareil génital masculin K07 Incontinence urinaire, à l'effort
Affections de l'appareil génital féminin	NON	L01 Stérilité de la femme L02 Trouble menstruel, y compris ménopause L04 Affection inflammatoire pelvienne ou endométriose L05 Autre affection de l'utérus, des trompes de Fallope ou des ovaires, y compris prolapsus, fistule
Infections	NON	P01 Infection par le virus de l'immunodéficience humaine, VIH P02 Tuberculose
Affections cancérologiques†	NON	R01a Cancer du cerveau R02c Cancer de la cavité buccale ou de la région ORL R03d Cancer du poumon R04f Cancer colorectal R05f Autre cancer de l'appareil digestif ou hépatobiliaire R06h Cancer musculosquelettique R07k Cancer du rein R08i Cancer du sein R09i Cancer de la peau R10j Cancer de la thyroïde R11k Cancer de la prostate R12k Cancer de la vessie R13l Cancer des ovaires R14l Cancer de l'utérus R15l Cancer du col de l'utérus R16o Leucémie ou lymphome R17 Autre cancer primitif ou cancer primitif non précisé R18 Cancer métastatique

Groupes d'affections	Inclus dans les tableaux	Liste des affections chroniques
Autres affections	NON	S02 Syndrome ou trouble congénital chromosomique, non précisé ou autre S03 Receveur de greffe S04 Présence de stomie

Ces regroupements d'affections chroniques ont été établis à partir de la méthodologie de regroupements de la population, *Grouper*, élaborée par l'ICIS¹⁴.

* L'affection « Q07 Toxicomanie ou dépendance à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues » a été exclue du groupe des troubles mentaux pour être analysée à part.

† Les troubles mentaux et les affections cancérologiques ne sont pas inscrits sur la liste des pathologies chroniques de l'ICIS.

¹⁴ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.3* — notes méthodologiques, juillet 2020. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

ANNEXE B

Seuils de visites aux urgences utilisés pour définir les utilisateurs fréquents des urgences dans des études ayant exploité des données clinico-administratives nord-américaines

Tableau B-1 Nombre de visites aux urgences retenu (seuils) pour la définition des utilisateurs fréquents des urgences

Année	Auteurs	Lieu	Âges	N*	Définitions UFU (Période d'un an)	
					Seuil	Type de période
2011	DOUPE, M.	Manitoba CANADA	≥ 17	105 687	≥ 7 visites	Date index
2014	CASTILLO, E.	San Diego, Californie USA	≥ 0	925 719	≥ 6 visites (max 20)	Date index
2018	MCCONVILLE, S.	Californie USA	18-64	13 700 000	≥ 4 visites	Fixe
2019	GIANNOUCHOS, T.	NY - MA - FL USA	≥ 18	28 902 429	≥ 5 visites	Fixe
2020	CHEN, A.	Ontario - Alberta CANADA	≥ 18	8 956 117 [†]	10 % ayant le plus fréquenté les urgences	Fixe
2021	MOE, J. 2 articles	BC CANADA	≥ 18	1 196 353	≥ 3 visites	Fixe
2022	MOE, J.	Ontario - Alberta CANADA	≥ 18	315 975 [‡]	10 % ayant le plus fréquenté les urgences	Fixe
2022	CHIU, Y.	Québec CANADA	≥ 18	451 775	≥ 6 visites	Date index

* Nombre d'utilisateurs ayant réalisé au moins une visite dans les urgences ciblées au cours de la période d'étude (entre 1 à 4 années selon les articles). † Utilisateurs fréquents + 4 témoins-contrôles par cas. ‡ Utilisateurs fréquents uniquement.

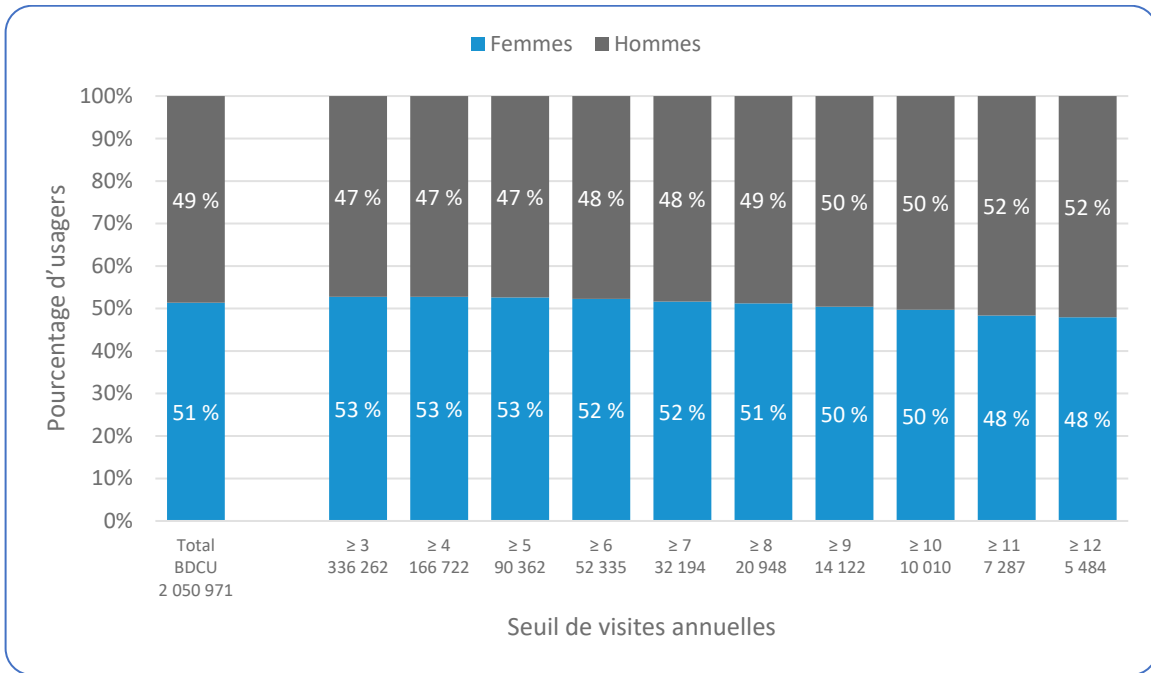
ANNEXE C

Résultats complémentaires au portrait

Tableau C-1 Effectifs et proportions cumulés et non cumulés d’usagers et de visites selon le nombre de visites annuelles par usager, 2022-2023

Effectifs et proportions non cumulés					Effectifs et proportions cumulés				
Visites par usager	Usagers		Visites		Visites par usager	Usagers		Visites	
	N	%	N	%		N	%	N	%
1	1 287 849	62,8	1 287 849	35.9	≥ 1	2 050 971	100	3 584 781	100
2	426 860	20.8	853 720	23.8	≥ 2	763 122	37.2	2 296 932	64.1
3	169 540	8.3	508 620	14.2	≥ 3	336 262	16.4	1 443 212	40.3
4	76 360	3.7	305 440	8.5	≥ 4	166 722	8.1	934 592	26.1
5	38 027	1.9	190 135	5.3	≥ 5	90 362	4.4	629 152	17.6
6	20 141	1.0	120 846	3.4	≥ 6	52 335	2.6	439 017	12.2
7	11 246	0.5	78 722	2.2	≥ 7	32 194	1.6	318 171	8.9
8	6 826	0.3	54 608	1.5	≥ 8	20 948	1.0	239 449	6.7
9	4 112	0.2	37 008	1.0	≥ 9	14 122	0.7	184 841	5.2
10	2 723	0.1	27 230	0.8	≥ 10	10 010	0.5	147 833	4.1
11	1 803	0.1	19 833	0.6	≥ 11	7 287	0.4	120 603	3.4
≥ 12	5 484	0.3	100 770	2.8	≥ 12	5 484	0.3	100 770	2.8

Figure C-1 Proportion du sexe selon le seuil de visites annuelles, 2022-2023



*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

