

Portrait de l'utilisation des services
visant à répondre aux besoins médicaux
des aînés qui reçoivent des services de
soutien à domicile

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention -
services sociaux et santé mentale



Portrait de l'utilisation des services visant à répondre aux besoins médicaux des aînés qui reçoivent des services de soutien à domicile

Rédaction

Priscilla Lam Wai Shun

Hélène Plé

Marie-Hélène Raymond

Mamadou Diop

Coordination scientifique

Sara Beha

Jean-Luc Kaboré

Annie Tessier

Direction

Isabelle Samson

Marie-Claude Sirois

Anne Chamberland

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

Membres de l'équipe de projet

Auteures et auteur principaux

Priscilla Lam Wai Shun, Ph. D., erg.
Hélène Plé, Ph. D.
Marie-Hélène Raymond, Ph. D., erg.
Mamadou Diop, M. Sc.

Collaborateur interne

Alexandre Martins, B. Pharm., M. Sc.

Coordonnatrices et coordonnateur scientifiques

Annie Tessier, Ph. D.
Jean-Luc Kaboré, Ph. D.
Sara Beha, M. Sc.

Adjointe à la direction

Anne Chamberland, M.S.S.

Directrices

Isabelle Samson, MD, MM, CCMF - BDCA
Marie-Claude Sirois, M. Sc. ps. éd., M. Sc. Adm. - DESA

Repérage de l'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Bureau des données clinico-administratives

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

Mike Benigeri, Ph. D.
Houssem Missaoui, Pharm. D., MBA, M. Sc.
Andréanne Morin, Ph. D.

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
Gilles Bordage, révision linguistique
Josée De Angelis, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

ISBN 978-2-555-01674-3 (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 de l'utilisation des services visant à répondre aux besoins médicaux des aînés qui reçoivent des services de soutien à domicile. État des pratiques rédigé par Priscilla Lam Wai Shun, Hélène Plé, Marie-Hélène Raymond et Mamadou Diop. Québec, Qc : INESSS; 2024. 115 p.

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

Comité d'experts en banques de données

Pour ce rapport, les membres du comité d'experts en banques de données sont :

M^{me} Geneviève Bourdages, représentante à la table de négociation des médecins omnipraticiens, Service des activités de négociation et de l'interprétation des ententes, Direction générale de la rémunération professionnelle, Régie de l'assurance maladie du Québec

M^{me} Delphine Bosson-Rieutort, professeure adjointe, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique, Université de Montréal

M^{me} Isabelle Dufour, professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke; Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS; Institut de recherche affilié à l'Université de Sherbrooke

M. Youssef El Aouamar, coordonnateur et conseiller en intelligence d'affaires, Direction de l'intelligence d'affaires et de l'analytique, Régie de l'assurance maladie du Québec

D^{re} Claire Godard-Sebillotte, professeure adjointe, Département de médecine, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill

M^{me} Roxanne Paré, analyste – Gestion intégrée des risques et des contrôles, Direction de l'expertise aux ententes et de la gestion intégrée des risques et des contrôles, Vice-présidence à la rémunération des professionnels, Régie de l'assurance maladie du Québec

M^{me} Cynthia Patry, pharmacienne, GMF Maska, Saint-Hyacinthe, GMF St-Mathieu-de-Beloeil, Représentante régionale Réseau Québécois des Pharmaciens-GMF pour la Montérégie Est, Membre invitée Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Montérégie

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

M^{me} Amélie Allard, cheffe d'administration de programme soutien à domicile, Centre de jour et gériatrie, CISSS de la Gaspésie (28 novembre 2024)

M^{me} Sandra Bélec, conseillère clinique en soins infirmiers, Direction du programme de soutien à domicile, services gériatriques et posthospitaliers, CISSS de Lanaudière (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

M^{me} Sabrina Couture, chef d'administration de programme en soutien à domicile, Direction du programme Soutien à domicile, CISSS de la Montérégie-Centre (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

D^{re} Andrée-Anne Duchesneau, médecin de famille, CISSS Montérégie-Centre, Hôpital Charles Lemoyne et Clinique MoCA (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

M^{me} Isabelle Dufour, professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke; Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS; Institut de recherche affilié à l'Université de Sherbrooke (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

D^r Guillaume Dumais, omnipraticien à l'urgence, Hôpital de Saint-Eustache, CISSS des Laurentides (28 novembre 2024 et 3 avril 2025)

M^{me} Audrey Hogue, infirmière à la gestion de l'épisode de soins, Urgence Hôpital Fleury, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

D^{re} Isabelle Nicolas, assistante-chef SAD RLS La Pommeraie, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Md responsable SIAD La Pommeraie (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

M^{me} Louise Papillon-Ferland, pharmacienne, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Institut universitaire de gériatrie de Montréal; professeure adjointe de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal; professeure de clinique de la Chaire pharmaceutique Michel-Saucier en santé et vieillissement de l'Université de Montréal; Chercheure clinicienne associée, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

M^{me} Caroline Paquette, directrice adjointe, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Soutien à domicile, CISSS des Laurentides (27 mars 2025)

M^{me} Marie-Gabrielle Paradis-Gilbert, infirmière clinicienne régionale, Soutien à la pratique des professionnels en soutien à domicile, CIUSSS Saguenay–Lac-Saint-Jean (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

M^{me} Andrée-Anne Rhéaume, conseillère, Direction du soutien à domicile, ministère de la Santé et des Services sociaux (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

M^{me} Nathalie Savaria, infirmière clinicienne - assistante au supérieur immédiat, volet clinique de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées, mission soutien à domicile et soins palliatifs et de fin de vie, CIUSSS de la Capitale-Nationale (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

M^{me} Marlène Simard, directrice, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Soutien à domicile – Ressources intermédiaires – Services gériatriques, CISSS des Laurentides (28 novembre 2024)

M^{me} Katherine Tanguay-Boucher, conseillère en soins infirmiers - Trajectoire RPA, Coordination Développement de la pratique en soins infirmiers- mission universitaire et recherche, Direction des soins infirmiers, CIUSSS de l'Estrie-CHUS (28 novembre 2024 et 27 mars 2025)

Panel des usagers et des proches de la DESA

Pour ce rapport, les patients, usagers, proches aidants et citoyens sont :

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^{me} Angela Fragasso

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

M^{me} Mylaine Breton, professeure titulaire, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Chaire de recherche du Canada en gouvernance clinique des services de première ligne

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, Chaire de recherche du Canada sur la mise en œuvre de soins intégrés pour les personnes avec des besoins complexes

Comité délibératif permanent de la direction des services sociaux et de la santé mentale

Cette liste regroupe tous les membres qui ont été consultés pour ce projet, qu'ils en fassent encore partie ou non.

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Chef du département de psychiatrie, CHU Ste-Justine; professeure agrégée, Université de Montréal; professeure associée, Université McGill

M^{me} Brigitte Brabant, directrice, Direction de l'hébergement en soins de longue durée, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Lorraine Chartier, citoyenne

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille

M^{me} Isabelle Côté, citoyenne

M^{me} Marianne Dion-Labrie, conseillère cadre expérience-client et éthique, CISSS de la Montérégie Est

M. Serge Dumont, professeur émérite, École de travail social et de criminologie, Université Laval

M. Éric Latimer, professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill; membre associé, Département d'épidémiologie, biostatistiques et santé au travail, Université McGill; membre associé, Institut pour la santé et la politique sociale, Université McGill; professeur adjoint, Sciences informatiques, Université Lakehead

M. Jean-Marc Ménard, psychologue, consultant au Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants – Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (CETC-RIUSSS) de l'Université de Montréal; chargé d'enseignement, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue-chercheuse d'établissement au Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF), CIUSSS de la Capitale-Nationale; professeure associée Université Laval

M^{me} Marie-Eve Ouellet, infirmière, adjointe à la direction du programme jeunesse, Réseau local de services (RLS) de Baie des Chaleurs, CISSS de la Gaspésie

M. Michel Perreault, psychologue-chercheur, Institut Douglas; professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill

Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

D^{re} Anne-Louise Boucher, représentante de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

M^{me} Carole Grant, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

D^{re} Édith Grégoire, représentante du Collège des médecins

M^{me} Dominique Nadeau, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

M^{me} Nancy Proulx, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

D^{re} Annie Talbot, représentante de Santé Québec

M^{me} Théodora Zikos, représentante de l'Ordre des pharmaciens du Québec

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

M^{me} Claudia Boutin, archiviste médicale - Performance et reddition de comptes, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Chaudière-Appalaches

Déclaration d'intérêts

Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ces travaux.

Les responsables de cette production ont déclaré les conflits d'intérêt suivants :

M^{me} Priscilla Lam Wai Shun, professionnelle scientifique, est membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

M^{me} Marie-Hélène Raymond, professionnelle scientifique, est membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

D^{re} Isabelle Samson, directrice par interim du Bureau des données clinico-administratives, est médecin de famille en pratique active.

Un collaborateur interne, **M. Alexandre Martins**, a déclaré être membre de l'Ordre des pharmaciens du Québec et être pharmacien communautaire en pratique active.

Les parties prenantes qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnées ci-dessous.

M^{me} Delphine Bosson-Rieutort : Reçoit des subventions pour des projets de recherche portant sur la thématique du projet. Elle réalise aussi des communications orales et écrites liées aux soins à domicile ainsi qu'aux soins palliatifs et de fin de vie.

M^{me} Mylaine Breton : Reçoit des subventions pour des projets de recherche portant sur la thématique du projet. Elle réalise aussi des communications orales et écrites concernant l'organisation des services de première ligne.

D^{re} Andrée-Anne Duchesneau : Donne des conférences sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles apparentés. Elle participe aussi à des projets de recherche en lien avec le thème du projet.

M^{me} Isabelle Dufour : Participe à des projets de recherche sur le vieillissement pour lesquels elle a reçu du financement.

D^{re} Claire Godard-Sebillotte : Réalise des projets de recherche liés à l'organisation des soins de santé pour lesquels elle reçoit du financement.

D^{re} Catherine Hudon : Reçoit des subventions pour des projets de recherche portant sur l'intégration des soins. Elle réalise aussi des communications orales et écrites sur l'intégration des soins.

M^{me} Louise Papillon-Ferland : Reçoit du financement pour des projets cliniques et pédagogiques sur la pharmacothérapie gériatrique.

M^{me} Cynthia Patry : Reçoit une rémunération pour l'élaboration, la diffusion et la formation sur une ordonnance collective régionale pour le traitement de la pharyngite à streptocoque par les pharmaciens.

M^{me} Marlène Simard : Participe à un projet de recherche pour le laboratoire vivant Maillage.

Responsabilité

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

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	VI
SIGLES ET ACRONYMES	XI
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE	3
1.1 Données clinico-administratives.....	3
1.1.1 Extraction et analyse des données clinico-administratives	3
1.1.2 Comité d'experts en banques de données.....	6
1.2 Données issues de la littérature.....	6
1.3 Données issues des consultations	6
1.3.1 Comité consultatif.....	6
1.3.2 Panel des usagers et des proches de la DESA.....	6
1.4 Processus de validation des travaux.....	7
2 RÉSULTATS	8
2.1 Caractéristiques sociodémographiques des aînés qui ont reçu des services professionnels de SAD en 2023-2024	8
2.2 Utilisation des services par les aînés qui ont reçu des services professionnels de SAD en 2023-2024	12
SERVICES REÇUS À DOMICILE.....	12
2.2.1 Interventions professionnelles du CLSC reçues à domicile	12
2.2.2 Visites à domicile par un médecin de famille.....	16
SERVICES MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES EN PREMIÈRE LIGNE.....	19
2.2.3 Consultations avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL.....	19
2.2.4 Services cliniques de première ligne offerts par un pharmacien communautaire	21
2.2.5 Visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5.....	25
2.2.6 Ensemble des services médicaux et pharmaceutiques reçus en première ligne	27
URGENCE ET HOSPITALISATION.....	30
2.2.7 Visites à l'urgence (tous niveaux de priorité).....	30
2.2.8 Proportion des visites aux urgences peu prioritaires (P4 ou P5).....	33
2.2.9 Hospitalisations	36
2.3 Facteurs qui peuvent influencer l'utilisation des services médicaux par les aînés recevant des services de SAD	38
2.3.1 Facteurs individuels	39
2.3.2 Facteurs organisationnels	47
2.4 Fiches régionales d'utilisation des services	54
LIMITES.....	70
CONCLUSION	72
RÉFÉRENCES.....	74

ANNEXE A.....	81
Méthodologie détaillée.....	81
ANNEXE B.....	103
Résultats détaillés	103

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques sociodémographiques des usagers qui ont reçu des services professionnels des programmes SAD-SAPA en 2023-2024 et comparaison avec l'ensemble des personnes de 65 ans et plus.....	9
Tableau 2	Conditions de santé et traitements associés à un plus haut taux de visites à l'urgence ou d'hospitalisation selon la littérature	42
Tableau A-1	Banques utilisées pour définir et caractériser la cohorte ainsi que l'utilisation des services visant à répondre aux besoins médicaux des aînés recevant des services de SAD	81
Tableau A-2	Stratégie de repérage dans les banques de données clinico-administratives de la population aînée en perte d'autonomie recevant des services à domicile	82
Tableau A-3	Liste des actes à domicile facturés par les médecins de famille en 2023-2024	85
Tableau A-4	Liste des groupes d'actes correspondant à des forfaits, qui ont été exclus du décompte des consultations médicales.....	86
Tableau A-5	Liste des codes de services retenus pour le recensement des services cliniques de première ligne offerts par les pharmaciens communautaires	88
Tableau A-6	Stratégies de repérage dans les banques de données bibliographiques.....	93
Tableau A-7	Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques	97
Tableau B-1	Résultats d'utilisation des services.....	103
Tableau B-2	Facteurs qui peuvent influencer les visites médicales et les visites par des intervenants du SAD selon la revue de littérature.....	105
Tableau B-3	Facteurs qui peuvent influencer les visites à l'urgence et les hospitalisations selon la revue de littérature.....	106

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Répartition des usagers des programmes SAD-SAPA qui ont reçu des services professionnels de SAD en 2023-2024, selon leurs caractéristiques.....	10
Figure 2	Proportion des aînés de 65 ans et plus qui ont reçu au moins une intervention professionnelle en SAD en 2023-2024, selon les régions.....	11
Figure 3	Répartition des usagers et des interventions selon le nombre d'interventions de SAD reçues en 2023-2024.....	13
Figure 4	Répartition des usagers des programmes SAD-SAPA selon le nombre d'interventions professionnelles du CLSC reçues à domicile en 2023-2024 et selon les caractéristiques des usagers	14
Figure 5	Répartition des usagers des programmes SAD-SAPA selon le nombre d'interventions professionnelles reçues en 2023-2024 et selon les régions.....	15
Figure 6	Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA qui ont reçu au moins une visite d'un médecin de famille à domicile en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers	17

Figure 7	Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA qui ont reçu au moins une visite d'un médecin de famille à domicile en 2023-2024, selon les régions	18
Figure 8	Nombre annuel moyen de consultations en 2023-2024 avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL par les usagers des programmes SAD-SAPA, selon les caractéristiques des usagers	20
Figure 9	Nombre annuel moyen de consultations en 2023-2024 avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL par les usagers des programmes SAD-SAPA, selon les régions	21
Figure 10	Nombre annuel moyen de services de première ligne offerts par un pharmacien communautaire en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers des programmes SAD-SAPA	23
Figure 11	Nombre annuel moyen de services de première ligne offerts par un pharmacien communautaire pour les usagers des programmes SAD-SAPA en 2023-2024, selon les régions	24
Figure 12	Nombre annuel moyen de visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5 en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers des programmes SAD-SAPA	25
Figure 13	Nombre annuel moyen de visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5 pour les usagers des programmes SAD-SAPA en 2023-2024, selon les régions	26
Figure 14	Nombre annuel moyen de services médicaux et pharmaceutiques reçus en première ligne en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers des programmes SAD-SAPA	28
Figure 15	Nombre annuel moyen de visites selon le type de service de première ligne pour les usagers des programmes SAD-SAPA en 2023-2024, selon les régions	29
Figure 16	Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA selon le nombre de visites à l'urgence en 2023-2024 et selon leurs caractéristiques	31
Figure 17	Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA selon le nombre de visites à l'urgence en 2023-2024 et selon les régions	32
Figure 18	Proportion de visites de niveau de priorité P4 ou P5 parmi l'ensemble des visites à l'urgence en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers des programmes SAD-SAPA	34
Figure 19	Proportion des visites de niveau de priorité P4 ou P5 parmi l'ensemble des visites à l'urgence par les usagers des programmes SAD-SAPA en 2023-2024, selon les régions	35
Figure 20	Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA ayant été hospitalisés au moins une fois en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers	36
Figure 21	Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA ayant été hospitalisés au moins une fois en 2023-2024, selon les régions	37
Figure A-1	Diagramme illustrant les différents critères utilisés afin de repérer les usagers des programmes SAD-SAPA dans les banques de données clinico-administratives	83
Figure A-2	Diagramme de flux de repérage et de sélection des documents de la littérature	99

RÉSUMÉ

Introduction

En 2023-2024, environ 7 % des ménages ont eu recours aux services de soutien à domicile (SAD) offerts par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) [CSBE, 2023a]. Près des trois quarts des interventions en SAD sont réalisées auprès d'aînés inscrits au programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) [CSBE, 2023b]. Cette clientèle a des besoins complexes et certains de leurs besoins médicaux peuvent être satisfaits par l'implication et la collaboration de professionnels exerçant au sein de divers milieux de pratique dans la communauté (p. ex. mission CLSC, clinique médicale, groupe de médecine familiale, pharmacie communautaire).

Ce portrait a donc pour objectif de rendre accessibles des indicateurs d'utilisation des services qui visent à répondre aux besoins médicaux des aînés recevant des services de SAD et de dresser un aperçu des facteurs qui peuvent influencer l'utilisation de ces services. Ces travaux permettront de fournir des données au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi qu'aux gestionnaires des différentes régions du Québec en soutien à leur démarche réflexive à l'égard de l'organisation des services pour répondre aux besoins médicaux de leur clientèle.

Méthodologie

Ce portrait a été établi à partir de trois sources d'information :

- **L'analyse des données clinico-administratives**

Neuf indicateurs d'utilisation des services visant à répondre aux besoins médicaux des usagers des programmes SAD-SAPA ont été calculés pour l'année 2023-2024 à partir des informations disponibles dans les banques de données clinico-administratives. Les résultats ont été ventilés selon certaines caractéristiques sociodémographiques et de santé des usagers des programmes SAD-SAPA, ainsi que par région sociosanitaire (RSS).

- **Une revue rapide avec synthèse narrative de la littérature**

La revue de littérature a permis de décrire les facteurs qui influencent l'utilisation des services médicaux par les personnes âgées qui reçoivent des services de SAD. Un total de 51 études et 5 revues de littérature publiées depuis 2019 ont été retenues.

- **Des consultations**

Un comité d'experts en banques de données a été consulté afin d'assurer la pertinence et la qualité des résultats d'indicateurs calculés à partir des banques de données clinico-administratives. Un comité consultatif a aussi été rencontré afin de soutenir l'interprétation et la contextualisation de certains résultats. Ce comité était composé d'une chercheuse, de clinicien(ne)s (médecins, infirmières, pharmacienne), de

conseillères cadres en soins infirmiers et de gestionnaires de programmes de SAD. Finalement, les membres du Panel des usagers et des proches de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale (DESA) de l'INESSS ont été invités à alimenter les réflexions sur les préoccupations ou enjeux qui peuvent toucher les personnes âgées qui reçoivent du SAD et leurs proches.

Principaux constats

Caractéristiques sociodémographiques des usagers des programmes SAD-SAPA

En 2023-2024, 178 949 personnes, soit 10 % de la population de 65 ans et plus, ont reçu des services de SAD dans le cadre du programme SAPA. Chez les aînés de 85 ans et plus, c'est le cas de plus d'une personne sur trois.

Il existe de grandes variations du taux d'usagers des programmes SAD-SAPA selon les régions (entre 7 % et 13 %), et ce, même après ajustement selon l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé.

Les usagers qui ont bénéficié de plus de services professionnels à domicile dans le cadre des programmes SAD-SAPA sont plus âgés (45 % des usagers ont 85 ans et plus), sont majoritairement des femmes (64 % des usagers sont des femmes) et présentent souvent plusieurs conditions de santé (53 % des usagers ont 10 conditions de santé ou plus).

Utilisation des services qui visent à répondre aux besoins médicaux

Services reçus à domicile

- D'importantes variations régionales sont observées dans le nombre total d'interventions professionnelles en SAD offertes aux usagers des programmes SAD-SAPA.
- Les informations disponibles indiquent que 15 % des usagers aînés du SAD ont reçu la visite d'un médecin de famille à domicile, mais les visites réalisées par les médecins du SAD rémunérés à salaire (honoraires fixes) ne sont pas répertoriées dans les banques de données.

Services médicaux et pharmaceutiques en première ligne

- Les usagers des programmes SAD-SAPA ont des contacts fréquents avec les médecins de famille (3,7 visites annuelles en moyenne avec un médecin de famille ou un(e) IPS-PL) et reçoivent en moyenne 2 services cliniques annuels de première ligne par un pharmacien communautaire.
- Si on y ajoute les visites médicales à l'urgence peu prioritaires (P4 ou P5), qui seraient susceptibles d'être réalisées dans la communauté (0,31 visite annuelle), ces usagers reçoivent en moyenne un total d'environ 6 services de première ligne

par année. Cela est nettement plus élevé que pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus (total de 3,8 services de première ligne par année).

- Le nombre annuel moyen de visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5 est très variable d'une région à l'autre.

Urgence et hospitalisation

- Pour l'ensemble du Québec, 28 % des personnes de 65 ans et plus ont fait au moins une visite à l'urgence (tous niveaux de priorité confondus) en 2023-2024. Ce pourcentage grimpe à 63 % chez les usagers des programmes SAD-SAPA, pourcentage qui est aussi supérieur à celui rapporté dans des études internationales portant sur les aînés recevant du SAD (34 % à 52 %). La proportion de toutes les visites de priorité P4 ou P5 parmi l'ensemble des visites à l'urgence est de 25 % en moyenne au Québec pour les usagers des programmes SAD-SAPA. Ce résultat est inférieur à celui de l'ensemble des personnes de 65 ans et plus (38 %). Toutefois, une grande variabilité régionale est observée (entre 15 % et 43 %).
- Quant à la proportion d'usagers des programmes SAD-SAPA hospitalisés, elle est semblable dans les différentes régions (entre 41 % et 48 %). La moyenne (44 %) est plus élevée que celle de l'ensemble des personnes de 65 ans et plus (12 %) au Québec, mais comparable à celle rapportée dans des études internationales portant sur les aînés recevant du SAD (43 % à 46 %).

Principaux facteurs qui peuvent influencer l'utilisation des services

Selon la littérature, plusieurs facteurs individuels (cliniques et sociodémographiques) ainsi que des facteurs organisationnels (liés à l'accès aux services et à la continuité des services) influencent l'utilisation des services médicaux (principalement les visites à l'urgence et les hospitalisations) par les aînés qui reçoivent des services de SAD. Les principaux facteurs recensés sont présentés ci-dessous, accompagnés de certaines précisions recueillies auprès du comité consultatif. Ces facteurs peuvent aider à comprendre certaines variations régionales observées dans l'utilisation des services.

Facteurs cliniques

- Plusieurs conditions de santé physique, mais aussi quelques conditions de santé mentale ainsi que certains traitements, sont associées à un risque accru de visites à l'urgence ou d'hospitalisation.
- Les personnes présentant des déficits fonctionnels utilisent plus de services médicaux (médecins à domicile, urgence et hospitalisation). Selon le comité consultatif, les chutes chez les usagers des programmes SAD-SAPA rencontrant des difficultés de mobilité seraient souvent une cause de visites à l'urgence.
- Les personnes présentant des besoins non comblés d'assistance et d'aide technique pour réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ), d'adaptation du domicile ou de transport adapté sont plus susceptibles de visiter l'urgence et

d'être hospitalisées. Selon les membres du comité consultatif, ce seraient particulièrement les aînés aux prises avec des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), tels que l'agitation ou l'agressivité, qui effectueraient des visites à l'urgence de priorité P4 ou P5 lorsque les personnes proches aidantes sont épuisées et ne peuvent plus composer avec ces comportements.

Facteurs sociodémographiques

- Les personnes de 80 ans et plus seraient plus susceptibles d'être d'hospitalisées. Les femmes visiteraient plus souvent l'urgence alors que les hommes seraient plus souvent hospitalisés. Toutefois, ces facteurs ne peuvent pas expliquer les variations régionales observées dans ce portrait puisqu'un ajustement a été effectué pour limiter leur influence.
- Les personnes membres d'une minorité ethnique seraient plus susceptibles de visiter l'urgence et d'être hospitalisées. Les personnes vivant en situation de défavorisation matérielle et sociale visiteraient plus souvent l'urgence.
- Vivre en milieu urbain ou rural influence le nombre de visites à l'urgence, mais les résultats d'études divergent. Selon le comité consultatif, l'accès aux services et l'organisation de ceux-ci diffèrent en régions éloignées au Québec, notamment en raison de plus longues distances à parcourir pour consulter un médecin de famille.

Facteurs liés à l'accès aux services

- Les visites d'un médecin à domicile ou en clinique en dehors des heures d'affaires habituelles seraient associées à de plus faibles taux de visites à l'urgence et d'hospitalisation.
- Certaines études associent les soins et services offerts par les infirmières praticiennes spécialisées ou les pharmaciens à de plus faibles taux de visites à l'urgence et d'hospitalisation.
- Des services multidisciplinaires à domicile pour des personnes présentant des maladies chroniques sont associés à de plus faibles taux de visites à l'urgence ou d'hospitalisation, selon certaines études.

Facteurs liés à la continuité des services

- Une bonne communication des informations cliniques entre les différents services et la présence d'un intervenant désigné à cette coordination pourraient diminuer le recours à l'urgence.
- De plus faibles taux de visites à l'urgence et d'hospitalisation sont observés lorsque l'utilisateur voit plus souvent le même médecin ou professionnel.
- Selon le comité consultatif, certaines pratiques interdisciplinaires pourraient permettre d'éviter le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation : gardes médicales

ou infirmières, algorithmes décisionnels, consultation médicale à distance par une infirmière, discussions de cas, ordonnances collectives.

Fiches régionales

Des fiches présentant les données d'utilisation des services pour chaque indicateur sont présentées pour chacune des régions du Québec.

Conclusion

Ce portrait apporte de nouvelles informations sur les services médicaux utilisés par les personnes âgées qui reçoivent des services professionnels en SAD au Québec. Les résultats de ce portrait fournissent des données au ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'aux gestionnaires des différentes régions du Québec en soutien à leurs réflexions sur l'organisation des services. Ces indicateurs ne reflètent toutefois pas la qualité des services, ni le niveau de réponse aux besoins des usagers. Il n'est pas non plus possible d'établir de lien entre l'utilisation des services et les meilleures pratiques en SAD. Néanmoins, les fiches régionales permettent d'identifier certains sous-groupes d'usagers ou certains types de services qui pourraient faire l'objet d'initiatives d'amélioration de la qualité des services. Les facteurs qui influencent l'utilisation des services permettent aussi de réfléchir aux avenues possibles afin de mieux répondre aux besoins des personnes de 65 ans et plus qui reçoivent des services de SAD.

SUMMARY

Overview of Service Use to Address the Medical Needs of Seniors Receiving Home Care

Introduction

In 2023-2024, approximately 7% of households in the province of Quebec received home care services offered by Integrated health and social services centres (C/SSS) or Integrated university health and social services centres (C/USSS) [CSBE, 2023a]. Seniors enrolled in the Support program for the autonomy of seniors (SAPA) receive nearly three quarters of all home care interventions [CSBE, 2023b]. These users have complex needs, and certain medical needs require the involvement and collaboration of professionals working in various community practice settings (e.g., local community services centre (CLSC), medical clinic, family medicine groups, community pharmacy).

The objective of this overview is to provide indicators pertaining to services used to address the medical needs of senior home care users and outline factors that may influence the use of these services. This work will make service use indicators available to the *ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)* and to managers across Quebec's regions, which may be useful when reflecting on the organization of services to better meet the medical needs of senior home care users.

Methodology

This overview is based on three sources of information:

- **An analysis of clinical administrative data**

Nine service use indicators designed to meet the medical needs of senior home care users were calculated for 2023-2024 from the information available in clinical and administrative databases. The results were broken down according to certain sociodemographic and health characteristics, as well as health regions.

- **A rapid review and narrative summary of the literature**

The literature review helped identify factors influencing the use of medical services by seniors receiving home care. A total of 51 studies and 5 literature reviews published since 2019 were included.

- **Consultations**

A committee of experts in health databases was consulted to ensure the relevance and quality of the indicators derived from clinical administrative databases. An advisory committee was also involved in helping interpret and contextualize certain results. This committee included a researcher, clinicians (physicians, nurses, a pharmacist), senior nursing advisors and home care program managers. Finally, members of INESSS's *Panel des usagers et des proches de la Direction de l'évaluation et du soutien à*

l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale (DESA) were invited to inform discussions on the concerns and challenges that senior home care users and their caregivers may experience.

Key Findings

Sociodemographic characteristics of senior home care (SAPA) users

In 2023-2024, 178,949 people, i.e., 10% of the population aged 65 and over, received home care services in the context of SAPA programs. For the population aged 85 and over, more than one third used these services.

There are wide variations in the rate of senior home care (SAPA) users across regions (between 7% and 13%), and this holds true even after adjusting for age, gender and number of health conditions.

Users who have benefited from more professional home care services in the context of SAPA programs are older (45% of users are 85 and over) are mostly women (64% of users are women) and often present many health issues (53% of users face 10 health conditions or more).

Use of services aimed at addressing medical needs

Home care services

- There are significant regional disparities in the total number of professional home care interventions delivered to users of SAPA programs.
- According to available data, 15% of senior home care recipients were visited by a family physician at home; however, visits conducted by salaried home care physicians (remunerated through fixed fees) are not recorded in the administrative databases.

Medical and pharmaceutical services in primary care

- Senior home care (SAPA) users have frequent interactions with family physicians, averaging 3,7 visits per year with either a family doctor or a primary care nurse practitioner. They also receive an average of two clinical primary care services per year from a community pharmacist.
- If we add low-priority emergency room visits (P4 or P5), which could likely be managed in the community (0.31 visits per year), these users receive an average of approximately 6 primary care services per year. This is markedly higher than for the broader population aged 65 and over (a total of 3.8 annual primary care services).
- There is significant regional variation in the average annual number of low-priority emergency room visits (P4 or P5).

Emergency and hospitalization

- Across Quebec, 28% of individuals aged 65 and over made at least one emergency room visit (all triage levels combined) in 2023-2024. Among senior home care (SAPA) users, this proportion rises to 63% - a rate higher than those reported in international studies on older adults receiving home care (34% to 52%). For senior home care (SAPA) users, the proportion of all P4 or P5 priority visits among all emergency department visits is 25% on average in Quebec, compared to 38% among the broader 65 and over population. However, there is considerable regional variation, ranging from 15% and 43%.
- The proportion of senior home care (SAPA) users who were hospitalized is relatively consistent across regions, ranging from 41% to 48%. The provincial average of 44% is significantly higher than the 12% observed among the general population aged 65 and over in Quebec but aligns closely with findings described in international studies of older adults receiving home care, which range from 43% to 46%.

Key factors influencing service utilization

The literature highlights a range of factors that influence the use of medical services (particularly emergency department visits and hospitalizations) among older adults receiving home care services. These include individual clinical and sociodemographic factors, as well as organizational factors related to access to services and continuity of care. The main factors identified are presented below, along with insights gathered from the advisory committee. Together, these factors may help to explain some of the regional variations observed in service use.

Clinical factors

- A range of physical health conditions, along with a few mental health conditions and certain treatments, are linked to a higher risk of emergency department visits and hospital admissions.
- Senior home care (SAPA) users with functional impairments use more medical services, such as home visits by physicians, emergency department visits, and hospital admissions. According to the advisory committee, falls are a common reason for emergency department visits among senior home care (SAPA) users with mobility challenges.
- Older adults with unmet needs for assistance, assistive devices for activities of daily living (ADLs), home adaptations, or accessible transportation are more likely to visit the emergency department and to be hospitalized. According to members of the advisory committee, this is particularly true for seniors with behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), such as agitation or aggression, who head to the emergency department for low-priority visits (P4 or P5) when their family caregivers are overwhelmed and no longer able to manage these behaviours.

Sociodemographic factors

- Individuals aged 80 and over appear to be more likely to be hospitalized. Women tend to make more frequent emergency department visits, while men are more often admitted to hospital. However, these factors do not account for the regional variations observed in this overview, as adjustments were made to minimize their influence.
- Individuals from ethnic minority groups are more likely to visit the emergency department and be hospitalized. Those experiencing material and social deprivation tend to have higher rates of emergency department use.
- Living in urban or rural areas affects the frequency of emergency department visits, but the findings are inconsistent. The advisory committee noted that access to and organization of services differ significantly in remote regions of Quebec, particularly due to greater distances patients must travel to consult a family physician.

Access-related factors

- Physician visits at home or in clinics outside regular business hours are associated with reduced rates of emergency department visits and hospitalizations.
- Several studies link care and services provided by nurse practitioners and pharmacists to decreased emergency visits and hospital admissions.
- Multidisciplinary home care services for individuals with chronic conditions have also been associated with lower rates of emergency department visits and hospitalizations, according to certain studies.

Continuity of care factors

- Clear communication of clinical information across different services and the presence of a designated coordinator may help reduce emergency department visits.
- Lower rates of emergency visits and hospitalizations are observed when patients see the same physician or healthcare provider more consistently.
- The advisory committee highlighted that certain interdisciplinary practices—including medical or nursing on-call shifts, decision-support algorithms, remote consultations between nurses and physicians, clinical case discussions, and collective prescriptions—could further help prevent emergency department visits and hospitalizations.

Regional Profiles

Regional profiles presenting service use data for each indicator are presented for each region of Quebec.

Conclusion

This overview provides new insights into the services used by older adults receiving professional home care services in Quebec to address their medical needs. The findings offer valuable data to the *ministère de la Santé et des Services sociaux* and managers across Quebec's regions to inform reflections regarding service organization. Service use indicators are not a measure of quality of services or of response to users' needs. Nor is it possible to establish a correspondence between these indicators and best practices in home care. Nonetheless, the regional profiles help identify specific user subgroups or types of services that may benefit from targeted quality improvement initiatives. Moreover, understanding the factors influencing service utilization may be useful in considering how to better meet the needs of individuals aged 65 and over receiving home care.

SIGLES ET ACRONYMES

BDCA	Bureau des données clinico-administratives
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
DESA	Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale
DI-TSA	Déficiência intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme
GMF	Groupe de médecine familiale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPS-PL	Infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) en soins de première ligne
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
RSS	Région sociosanitaire
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
TNCM	Trouble neurocognitif majeur
SIAD	Soins intensifs à domicile

INTRODUCTION

Problématique

Plus de 380 000 personnes ont eu recours en 2023-2024 aux services de soutien à domicile (SAD) au Québec [MSSS, 2024], soit environ 7 % des ménages [CSBE, 2023a]. Selon un récent rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), le système de santé québécois ne parviendrait à répondre qu'à une faible proportion des besoins de longue durée des usagers à domicile [CSBE, 2024]. Les besoins médicaux figurent parmi les différents types de besoins de santé non comblés pour plusieurs usagers des services de SAD [Gilmour, 2018]. Or, la présence de médecins en SAD, bien qu'elle soit difficile à quantifier, serait insuffisante au Québec [CSBE, 2024; 2023a; 2023c]. Ainsi, la majorité des usagers du SAD sont inscrits auprès d'un médecin de famille exerçant à l'extérieur des services de SAD.

Par ailleurs, les aînés représentent près des trois quarts (72,2 %) des interventions en SAD [CSBE, 2023b]. Ces usagers éprouvent souvent des difficultés à quitter le domicile pour consulter leur médecin de famille en clinique. Cette clientèle a des besoins complexes et certains de leurs besoins médicaux peuvent être satisfaits par l'implication et la collaboration de professionnels exerçant au sein de divers milieux de pratique (p. ex. mission CLSC, clinique médicale, groupe de médecine familiale, pharmacie communautaire). Lorsque les usagers du SAD n'ont pas accès, en temps opportun, à des services pouvant répondre à leurs besoins médicaux, les urgences des centres hospitaliers constituent souvent les seuls points de service aisément accessibles. Une meilleure réponse aux besoins médicaux, en temps opportun et en amont des urgences, est visée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de mieux répondre aux besoins et de diminuer les consultations aux urgences potentiellement évitables.

Contexte de la demande

C'est dans ce contexte que le MSSS a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour élaborer un portrait de l'utilisation des services visant à répondre aux besoins médicaux des aînés inscrits au SAD et recevant des services dans le cadre du programme SAPA.

Ces travaux permettront de fournir des données au MSSS et ainsi qu'aux gestionnaires des différentes régions du Québec en soutien à leur démarche réflexive à l'égard de l'organisation des services pour répondre aux besoins médicaux de leur clientèle.

Le portrait vise à rendre accessibles certains indicateurs d'utilisation de ces services ([section 2.2](#)). Des facteurs individuels (sociodémographiques et cliniques) ainsi que des facteurs organisationnels (liés à l'accès et à la continuité des services) qui peuvent influencer l'utilisation des services sont ensuite présentés ([section 2.3](#)). Ces facteurs peuvent aider à contextualiser et à interpréter les résultats d'indicateurs. Des fiches régionales sont également disponibles à la [section 2.4](#). Ces fiches présentent les

résultats d'indicateurs d'utilisation des services par région et permettent aux différentes régions de situer leur utilisation comparativement à l'ensemble du Québec.

Les questions d'évaluation sont les suivantes :

Question 1 (Q1) : Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et de santé des aînés qui reçoivent des services de SAD dans le cadre du programme SAPA dans les différentes régions sociosanitaires du Québec (p. ex., âge, nombre de conditions de santé)?

Question 2 (Q2) : Quelle est l'utilisation des services qui visent à répondre aux besoins médicaux des usagers des programmes SAD-SAPA (p. ex., nombre de visites auprès d'un médecin de famille, nombre de visites à l'urgence) dans les différentes régions sociosanitaires du Québec?

Question 3 (Q3) : Quels facteurs peuvent influencer l'utilisation des services qui visent à répondre aux besoins médicaux des aînés qui reçoivent des services de SAD?

1 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE

Ce portrait a été établi à partir de trois sources d'information, soit 1) les données clinico-administratives, 2) la littérature scientifique et 3) les perspectives des parties prenantes (un comité d'experts en banques de données, un comité consultatif et le Panel des usagers et des proches de l'INESSS). La méthodologie complète est détaillée à l'[annexe A](#).

1.1 Données clinico-administratives

1.1.1 Extraction et analyse des données clinico-administratives

Une étude rétrospective sur les personnes âgées de 65 ans et plus inscrites au programme SAPA et qui reçoivent des services professionnels de SAD a été réalisée à partir des données issues des banques clinico-administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du MSSS, auxquelles l'INESSS a accès.

Les étapes suivantes ont été réalisées afin d'apporter des éléments de réponse à partir des données issues de ces banques :

1. Repérage des usagers des programmes SAD-SAPA.
2. Définition et calcul d'indicateurs d'utilisation des services qui visent à répondre aux besoins médicaux.
3. Croisement des indicateurs avec les variables caractérisant les usagers et susceptibles d'influencer leur utilisation des services.
4. Présentation des données par région sociosanitaire (RSS), ajustées en fonction de l'âge, du sexe et du nombre de conditions de santé.
5. Création de fiches régionales (par RSS).

Les éléments concernant le repérage des usagers des programmes SAD-SAPA et la description des indicateurs sont présentés ci-dessous. La méthodologie détaillée des différentes étapes d'extraction et d'analyse des données clinico-administratives est présentée à l'[annexe A](#).

Repérage des usagers des programmes SAD-SAPA dans les banques clinico-administratives

Ces travaux portent sur les aînés qui ont bénéficié en 2023-2024 de services professionnels de SAD dans le cadre du programme SAPA (mission CLSC). Les critères suivants ont donc été appliqués afin de repérer ces usagers dans les banques de données clinico-administratives :

1. Période : année financière 2023-2024 (1^{er} avril au 31 mars).
2. Âge : 65 ans ou plus au 1^{er} avril.

3. Profil d'intervention : profil SAPA (710) actif au cours de l'année (au moins une intervention reçue dans ce profil).
4. Interventions reçues : au moins une intervention professionnelle en SAD (mission CLSC) a été faite au cours de l'année, c'est-à-dire au moins une intervention dans un des centres d'activité suivants : soins infirmiers, services psychosociaux, inhalothérapie, nutrition, ergothérapie ou physiothérapie à domicile.

Les personnes bénéficiant exclusivement de services à domicile dans le cadre d'autres programmes (p. ex. déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme [DI-TSA], soins postopératoires de courte durée) ne font pas partie de la population étudiée dans les présents travaux. Par ailleurs, ce portrait s'intéresse aux services professionnels offerts aux usagers des programmes SAD-SAPA; les services d'aide à domicile n'ont donc pas été recensés.

Les variables de croisement suivantes ont été utilisées pour caractériser les usagers des programmes SAD-SAPA et étudier les facteurs influençant leur utilisation des services :

1. L'âge.
2. Le sexe.
3. Le nombre de conditions de santé : répertoriées au cours des trois dernières années à l'aide de la méthodologie de regroupement Grouper, développée par l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS, 2021].
4. Le nombre d'interventions professionnelles en SAD reçues dans l'année. Trois catégories ont été définies selon le nombre de services reçus et par percentile d'usagers représentés, en utilisant la même segmentation (50/40/10) que celle utilisée dans le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être [2023b] :
 - faible : comprend la moitié de la cohorte (50 %) qui a reçu le moins grand nombre d'interventions au cours de l'année (entre 1 et 14 en 2023-2024);
 - intermédiaire : comprend 40 % des personnes de la cohorte qui ont reçu entre 15 et 63 interventions en SAD au cours de l'année en 2023-2024;
 - élevé : comprend 10 % des personnes de la cohorte ayant reçu le plus grand nombre d'interventions en SAD au cours de l'année (64 ou plus en 2023-2024).
5. Le degré d'atteinte à l'autonomie fonctionnelle (profils ISO-SMAF [Dubuc et al., 2007]).

Indicateurs d'utilisation des services en réponse aux besoins médicaux des usagers des programmes SAD-SAPA

Un indicateur permet d'apprécier un phénomène, notamment l'utilisation des ressources, à l'aide de données utilisées comme points de repère, et d'effectuer des comparaisons [ICIS, 2025; ICIS, 2013]. Dans ce portrait, neuf indicateurs sont présentés afin de mesurer l'utilisation de différents services visant à répondre aux besoins médicaux des

aînés en perte d'autonomie qui reçoivent du SAD. Certains indicateurs ont été sélectionnés à partir de ceux développés lors de projets antérieurs à l'INESSS [INESSS, 2024c; 2024d; 2022], puis bonifiés par l'ajout d'indicateurs complémentaires adaptés à la population étudiée (usagers des programmes SAD-SAPA) et aux questions d'évaluation ciblées. Les indicateurs ont aussi été sélectionnés en fonction de la disponibilité et de la fiabilité des informations contenues dans les banques clinico-administratives. Ils mesurent tous l'utilisation de services au cours de l'année 2023-2024.

1. Répartition des usagers selon le **nombre d'interventions professionnelles du CLSC reçues à domicile**.
2. Proportion des usagers ayant reçu au moins une **visite d'un médecin de famille à domicile**.
3. Nombre moyen annuel de **consultations avec un médecin de famille ou avec un(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) en soins de première ligne (IPS-PL)**, à domicile ou en clinique.
4. Nombre moyen annuel de **services cliniques en première ligne offerts par les pharmaciens communautaires**, dont la prescription, la modification, l'arrêt ou la prolongation d'une thérapie médicamenteuse. Ces services peuvent désormais être offerts par les pharmaciens communautaires (élargissement de leur rôle par les projets de loi 41 et 31), permettant ainsi d'éviter le recours aux services de médecine familiale.
5. Nombre moyen annuel de **visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5** avec retour au domicile. Ces visites ont été sélectionnées parce qu'elles sont susceptibles de pouvoir être prises en charge en médecine familiale. En effet, l'utilisateur est retourné à son domicile (il n'a pas été hospitalisé ou transféré, et il n'est pas décédé) après avoir vu un médecin à l'urgence pour une situation jugée peu ou non prioritaire au triage (P4 ou P5).
6. Nombre moyen annuel de visites pour **l'ensemble des services médicaux et pharmaceutiques reçus en première ligne**. Les services mesurés dans les trois indicateurs précédents ont été additionnés, à savoir les consultations avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL, les services cliniques de première ligne offerts par les pharmaciens communautaires et les visites médicales de priorité P4 ou P5 aux urgences.
7. Proportion d'utilisateurs selon le **nombre total de visites** qu'ils ont **faites aux urgences**. Toutes les visites aux urgences sont considérées, quels que soient le niveau de priorité, la prise en charge médicale ou non, et l'issue de la visite.
8. **Proportion de visites aux urgences peu prioritaires (P4 ou P5)** avec retour au domicile (sans hospitalisation, transfert ou décès). Ces visites ont pu ou non donner lieu à une prise en charge médicale et sont rapportées sur l'ensemble des visites faites aux urgences.

9. **Proportion d'usagers hospitalisés** au moins une fois au cours de l'année. Les admissions pour une chirurgie de jour ne sont pas comptées.

1.1.2 Comité d'experts en banques de données

Les méthodes de repérage, d'extraction et d'analyse des données issues des banques clinico-administratives ont été présentées à un comité formé de sept experts dans le domaine du développement et de l'analyse d'indicateurs calculés à partir de banques de données clinico-administratives (chercheuses, professionnels de la RAMQ, pharmacienne). Ils ont été invités à commenter les choix méthodologiques et à apporter des précisions afin de bonifier la qualité du travail et de garantir des résultats pertinents et robustes. La procédure de consultation est détaillée à l'[annexe A](#).

1.2 Données issues de la littérature

Une revue rapide avec synthèse narrative de la littérature a été réalisée par deux professionnelles scientifiques à partir de publications répertoriées dans quatre bases de données bibliographiques et une source spécialisée en services sociaux. Le repérage a été réalisé parmi les documents publiés en anglais ou en français de 2014 à 2024. Les documents retenus devaient porter sur les facteurs qui influencent l'utilisation des services médicaux par les personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des services de SAD, et avoir été publiés en 2019 ou ultérieurement. Une grille préalablement testée a été utilisée pour extraire les informations nécessaires pour répondre à la question d'évaluation relative à cet aspect du portrait. Les étapes de réalisation de cette revue rapide sont détaillées à l'[annexe A](#).

1.3 Données issues des consultations

1.3.1 Comité consultatif

Les résultats obtenus pour chaque indicateur de ce portrait ont été présentés à un comité consultatif formé de 14 expert(e)s provenant de plusieurs régions du Québec et regroupant une chercheuse, des clinicien(ne)s (médecins, infirmières, pharmacienne), des conseillères cadres en soins infirmiers et des gestionnaires. Ces membres ont été invités à contextualiser les résultats observés, à discuter de leurs limites, ainsi qu'à favoriser la compréhension et l'interprétation des données, selon leur expertise propre et leur connaissance des milieux de pratique. La procédure de consultation est détaillée à l'[annexe A](#).

1.3.2 Panel des usagers et des proches de la DESA

Le Panel des usagers et des proches est un comité permanent à l'INESSS. Les membres du Panel sont des personnes qui ont reçu des services sociaux ou de réadaptation, dans le réseau public québécois, ou qui ont accompagné un proche de façon significative dans ce type de services. Les membres ont été invités à alimenter les réflexions sur les préoccupations ou enjeux qui peuvent toucher les personnes âgées qui

reçoivent du SAD et leurs proches. La procédure de consultation est détaillée à l'[annexe A](#).

1.4 Processus de validation des travaux

Le rapport a été soumis à des lectrices externes reconnues pour leur expertise de recherche dans le domaine des services de première ligne. Elles ont été invitées à commenter la clarté, la rigueur scientifique et l'accessibilité de l'information. L'ensemble des commentaires formulés a été considéré par l'équipe de projet et des modifications ont été apportées, lorsque nécessaire.

Les résultats ont aussi été présentés au comité délibératif permanent de la Direction des services sociaux et de la santé mentale de l'INESSS afin de recueillir son appréciation des travaux. Les membres du comité ont été invités à alimenter les réflexions sur la portée des résultats pour le réseau de la santé et des services sociaux et relativement aux autres travaux de l'INESSS portant sur des sujets connexes.

Les résultats ont également été présentés à un comité de suivi. Ce comité était composé de représentants de Santé Québec, d'ordres professionnels et d'une fédération professionnelle. Les membres ont été rencontrés afin d'échanger sur l'acceptabilité et l'utilité des principaux résultats en soutien à une démarche réflexive d'amélioration de la qualité des soins et services. Ils ont aussi été invités à alimenter la réflexion entourant la diffusion des travaux.

2 RÉSULTATS

Cette section débute avec une description des caractéristiques sociodémographiques des aînés qui reçoivent des services de SAD au Québec.

Les résultats liés aux neuf indicateurs d'utilisation des services sont ensuite présentés sous forme graphique, suivis d'un texte soulignant les faits saillants. Les résultats détaillant les volumes, les proportions et les moyennes pour chacun des indicateurs d'utilisation sont disponibles au [tableau B-1](#) de l'annexe B. Lorsque les résultats sont présentés par régions sociosanitaires (RSS), les données du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas précisées en raison du faible nombre de personnes qui reçoivent du SAD. Cependant, les données de ces trois régions sont incluses dans le calcul des indicateurs pour l'ensemble du Québec. L'interprétation des variations entre les RSS invite à une certaine prudence puisqu'elles peuvent être dues à plusieurs facteurs, dont les modalités différentes d'organisation des services entre les régions. En ce qui concerne la région de l'Outaouais, les usagers pourraient fréquenter des établissements ontariens et ces services ne sont pas comptabilisés.

Afin de soutenir la réflexion sur l'utilisation des services, une synthèse des principaux facteurs qui peuvent influencer l'utilisation des services visant à répondre aux besoins des aînés qui reçoivent du SAD a été réalisée ([section 2.3](#)). La consultation de la littérature a permis de dégager l'influence de divers facteurs individuels et organisationnels, et la consultation des parties prenantes a permis certaines précisions à la lumière du contexte québécois. Pour connaître l'ensemble des facteurs extraits de la littérature et analysés pour ce projet, voir les [tableaux B-2 et B-3](#) de l'annexe B.

La section des résultats se termine par la présentation de fiches régionales détaillant l'ensemble des résultats par région. Ces fiches sont disponibles à la [section 2.4](#) (hormis pour les trois régions susmentionnées).

2.1 Caractéristiques sociodémographiques des aînés qui ont reçu des services professionnels de SAD en 2023-2024

En 2023-2024, un peu plus de 178 000 usagers ont bénéficié de services professionnels à domicile dans le cadre des programmes SAD-SAPA, soit 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus. Chez les aînés de 85 ans et plus, c'est plus d'une personne sur trois (37 %) qui a bénéficié de ces services.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des usagers qui ont reçu des services professionnels des programmes SAD-SAPA en 2023-2024 et comparaison avec l'ensemble des personnes de 65 ans et plus

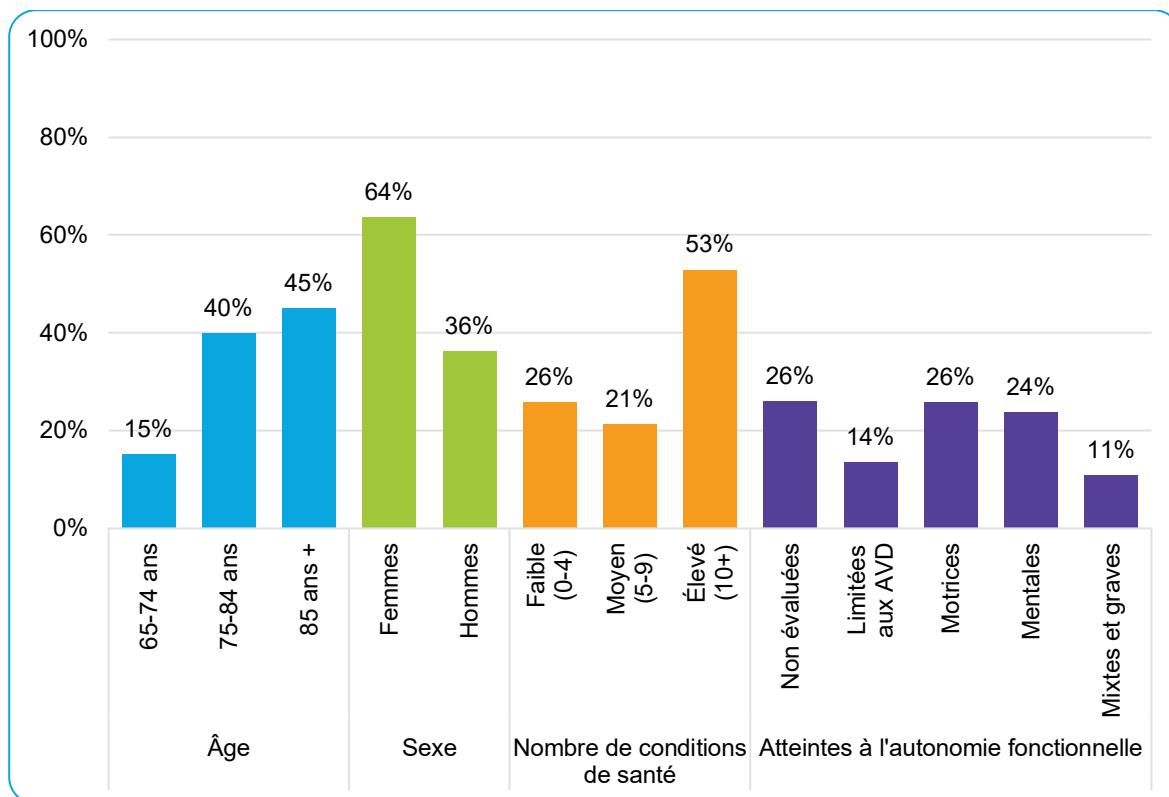
		Population (65 ans et +)		Usagers des programmes SAD-SAPA		Prévalence SAD-SAPA*
		Nombre	Répartition	Nombre	Répartition	
Total général		1 843 522	100 %	178 949	100 %	10 %
Âge	65-74 ans	1 034 420	56 %	27 026	15 %	3 %
	75-84 ans	592 944	32 %	71 349	40 %	12 %
	85 ans +	216 158	12 %	80 574	45 %	37 %
Sexe	Femmes	993 851	54 %	114 027	64 %	11 %
	Hommes	849 671	46 %	64 922	36 %	8 %
Nombre de conditions de santé	Faible (0-4)	1 152 858	63 %	46 314	26 %	4 %
	Moyen (5-9)	418 602	23 %	38 123	21 %	9 %
	Élevé (10 et +)	272 536	15 %	94 946	53 %	35 %
Nombre d'interventions en SAD[†]	Faible (1-14)	s/o	s/o	91 313	51 %	s/o
	Moyen (15-63)	s/o	s/o	69 699	39 %	s/o
	Élevé (64 et +)	s/o	s/o	17 937	10 %	s/o
Atteintes à l'autonomie fonctionnelle	Aucune évaluation	s/o	s/o	46 465	26 %	s/o
	Limitées aux AVD	s/o	s/o	24 259	14 %	s/o
	Motrices prédominantes	s/o	s/o	46 172	26 %	s/o
	Mentales prédominantes	s/o	s/o	42 651	24 %	s/o
	Mixtes et graves	s/o	s/o	19 402	11 %	s/o

* Prévalence : rapport entre le nombre d'usagers des programmes SAD-SAPA et le nombre total de personnes de 65 ans et plus dans la population.

† Le nombre de services professionnels reçus en SAD a été segmenté en trois catégories selon le nombre de services reçus et par percentile d'usagers représentés, selon la même répartition (50/40/10) que celle utilisée dans le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE, 2023b].

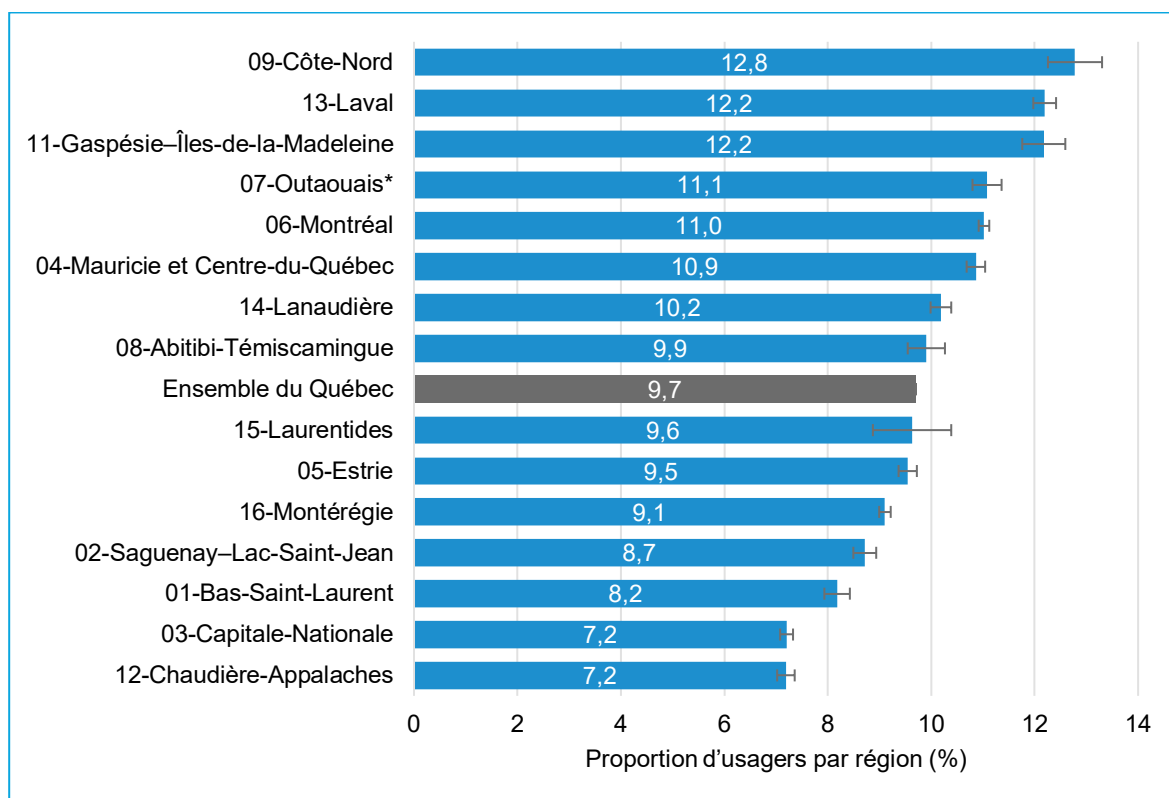
Abréviations : AVD : activités de la vie domestique; s/o : sans objet.

Figure 1 Répartition des usagers des programmes SAD-SAPA qui ont reçu des services professionnels de SAD en 2023-2024, selon leurs caractéristiques



Parmi les usagers qui ont bénéficié de services professionnels à domicile dans le cadre des programmes SAD-SAPA, 45 % ont plus de 85 ans, 64 % sont des femmes, 53 % ont 10 conditions de santé ou plus répertoriées dans les trois dernières années et 10 % ont reçu un nombre élevé d'interventions professionnelles du SAD (64 interventions ou plus). Un quart des usagers présentent des atteintes motrices prédominantes (26 %) et un autre quart, des atteintes mentales prédominantes (24 %). Aucune évaluation de l'autonomie fonctionnelle à l'aide du SMAF n'a été repérée dans les banques de données clinico-administratives dans les quatre dernières années chez le quart des usagers (26 %). Selon le comité consultatif, cela s'expliquerait entre autres par le fait que, depuis 2024, il n'est plus obligatoire pour les intervenants des programmes de SAD de compléter annuellement l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), outil à partir duquel les profils ISO-SMAF sont générés.

Figure 2 Proportion des aînés de 65 ans et plus qui ont reçu au moins une intervention professionnelle en SAD en 2023-2024, selon les régions



Données ajustées pour l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé des usagers.

* Attention à l'interprétation des données de l'Outaouais : les services aux résidents de l'Outaouais offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, ce qui peut affecter le nombre de conditions de santé répertoriées, et donc avoir un impact sur l'ajustement des données.

Il existe de grandes variations du taux d'utilisateurs des programmes SAD-SAPA selon les régions, et ce, même après l'ajustement selon l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé. En effet, selon les régions, entre 7 % et 13 % des personnes de 65 ans et plus reçoivent des interventions à domicile de professionnels dans le cadre des programmes SAD-SAPA.

Les plus faibles taux sont observés dans les régions de la Chaudière-Appalaches et de la Capitale-Nationale (7,2 %). Les taux les plus élevés (12 % et plus) sont observés dans les régions de la Côte-Nord (12,8 %) et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (12,2 %), ainsi qu'à Laval (12,2 %). Selon les membres du comité consultatif, il existe certaines différences entre les régions en ce qui concerne les critères d'admissibilité aux programmes de SAD, ce qui pourrait expliquer en partie ces différences.

Faits saillants :

- 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont bénéficié de services des programmes SAD-SAPA. Cette proportion varie de 7 % à 13 % (presque le double) selon les régions.
- Près de la moitié sont âgées de 85 ans et plus (45 %).
- 64 % des usagers sont des femmes.
- Les usagers présentent souvent un nombre élevé de conditions de santé (53 %).

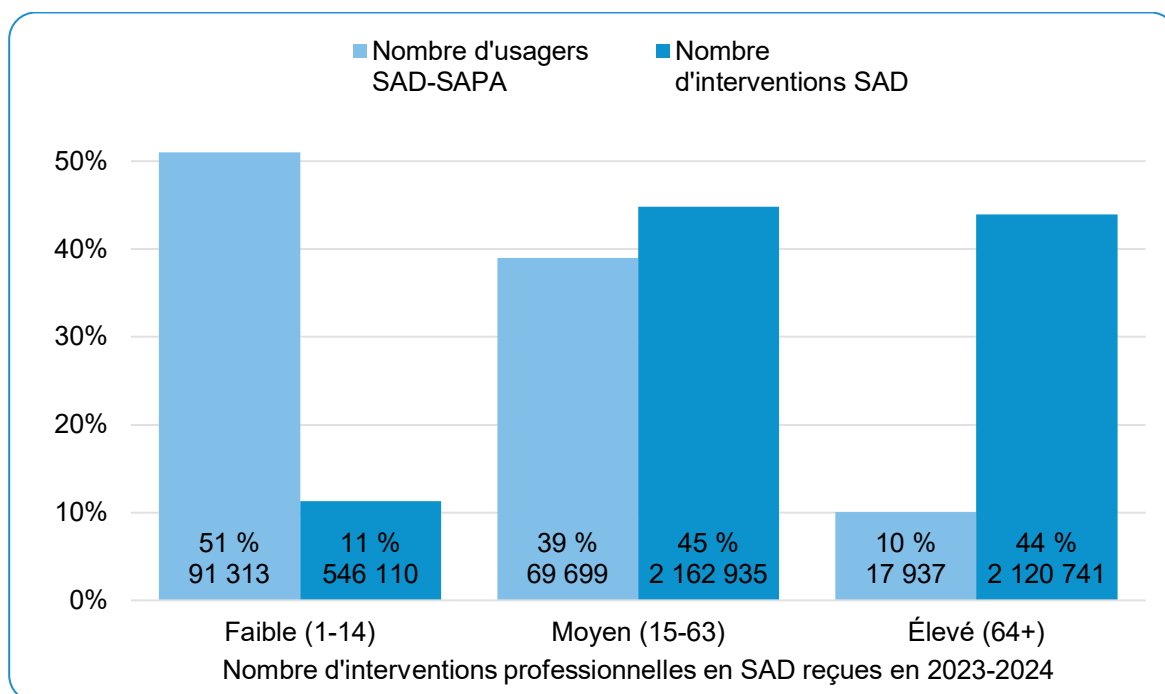
2.2 Utilisation des services par les aînés qui ont reçu des services professionnels de SAD en 2023-2024

SERVICES REÇUS À DOMICILE

2.2.1 Interventions professionnelles du CLSC reçues à domicile

Dans ce portrait, les services considérés dans le calcul du nombre d'interventions professionnelles offertes par le SAD sont les suivants : ergothérapie, inhalothérapie, nutrition, physiothérapie, services psychosociaux et soins infirmiers à domicile. Le nombre total d'interventions professionnelles est rapporté, mais les données ne sont pas ventilées selon la profession. Cet indicateur ne reflète pas la fréquence des services puisque la répartition temporelle de ces interventions dans l'année 2023-2024 n'a pas été évaluée.

Figure 3 Répartition des usagers et des interventions selon le nombre d'interventions de SAD reçues en 2023-2024



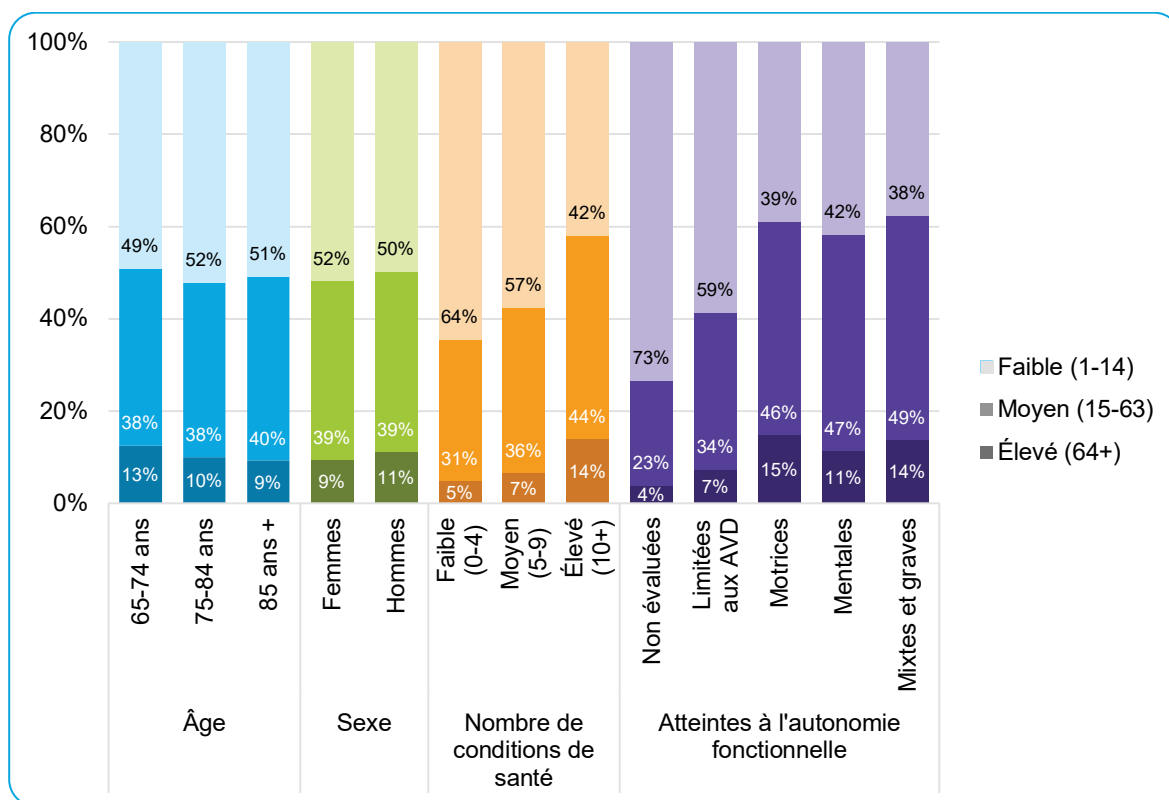
Parmi toutes les personnes de 65 ans et plus ayant bénéficié de services professionnels dans le cadre des programmes SAD-SAPA, la moitié (51 %) ont reçu un faible nombre d'interventions professionnelles (1 à 14 dans l'année). À l'autre extrême, 10 % des usagers ont reçu un nombre élevé d'interventions (64 interventions ou plus dans l'année), soit l'équivalent de 44 % de toutes les interventions professionnelles (2,1 millions d'interventions sur un total de 4,8 millions).

Parmi les usagers des programmes SAD-SAPA, 8 % n'ont reçu qu'une seule intervention au cours de l'année. Selon le comité consultatif, ce résultat pourrait s'expliquer en partie par l'application de la loi 90 qui redéfinit le champ d'exercice de plusieurs professions de la santé et par la règle de soins nationale qui en découle portant sur les activités de soins pouvant être confiées à des aides-soignants. Dans certains milieux, telles les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) ou les résidences privées pour aînés (RPA), lorsque le professionnel (p. ex. l'infirmière du SAD) a réalisé une évaluation, il peut confier certaines activités à des aides-soignants (p. ex. la distribution et l'administration de médicaments ou certains soins invasifs d'assistance aux AVQ) sans demeurer impliqué par la suite. La cohorte d'usagers des programmes SAD-SAPA inclut donc des personnes qui n'ont reçu qu'une seule intervention professionnelle du SAD et qui ne sont pas activement prises en charge par un programme SAD-SAPA par la suite.

Par ailleurs, selon les membres du comité consultatif, certaines interventions effectuées en RI, en RTF ou en RPA (p. ex. par des infirmier(ère)s auxiliaires) qui auraient été offertes par les programmes de SAD si la personne avait été à domicile ne sont pas prises en compte dans le présent indicateur. Dans ce portrait, il n'a pas été possible de tenir compte du type de milieu de vie des usagers, ces données n'étant pas disponibles.

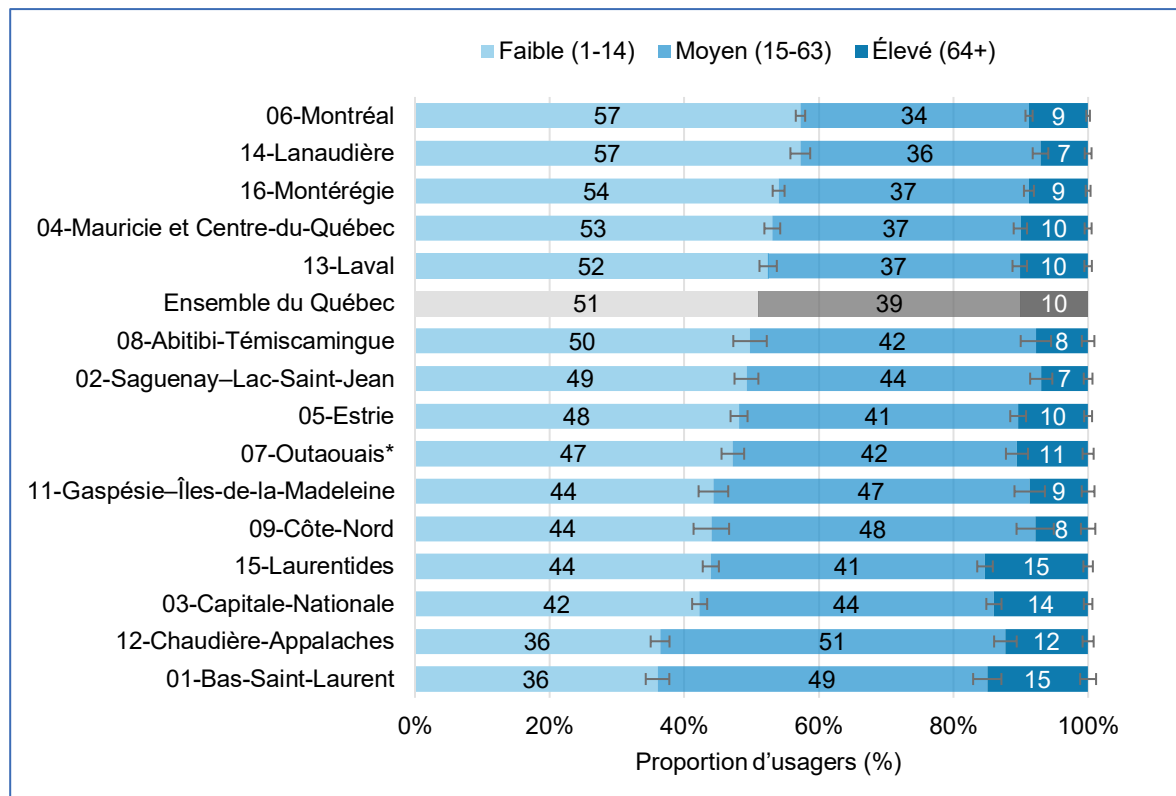
De plus, depuis quelques années au Québec, certains CISSS et CIUSSS ont instauré un programme de soins intensifs à domicile (SIAD) où des médecins ou encore des infirmier(ère)s réalisent des visites à domicile pour des problèmes de santé aigus dans le but d'éviter l'hospitalisation chez des usagers ayant des conditions chroniques sévères et instables. Il est à noter que les interventions effectuées dans le cadre des programmes de SIAD n'ont pas pu être distinguées de l'ensemble des interventions en SAD dans le présent portrait.

Figure 4 Répartition des usagers des programmes SAD-SAPA selon le nombre d'interventions professionnelles du CLSC reçues à domicile en 2023-2024 et selon les caractéristiques des usagers



L'utilisation des services professionnels en SAD ne semble pas différente en fonction de l'âge et du sexe. Il est toutefois possible d'observer que plus le nombre de conditions de santé est élevé chez les aînés qui reçoivent du SAD, plus le nombre d'interventions professionnelles reçues augmente. En effet, un nombre élevé d'interventions professionnelles ont été réalisées chez 14 % des usagers présentant 10 conditions de santé ou plus, contre 5 % chez les usagers présentant un faible nombre de conditions de santé (0 à 4 conditions). Quant aux atteintes à l'autonomie fonctionnelle, les personnes ayant des atteintes principalement motrices sont les plus nombreuses (15 %) à recevoir un nombre élevé d'interventions professionnelles en SAD, comparativement aux personnes ayant des atteintes limitées aux activités de la vie domestique (7 %).

Figure 5 Répartition des usagers des programmes SAD-SAPA selon le nombre d'interventions professionnelles reçues en 2023-2024 et selon les régions



Données ajustées pour l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé des usagers.

* Attention à l'interprétation des données de l'Outaouais : les services aux résidents de l'Outaouais offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, ce qui peut affecter le nombre de services recensés, mais aussi le nombre de conditions de santé répertoriées, et donc avoir un impact sur l'ajustement des données.

De grandes variations sont observées dans l'utilisation des services professionnels en SAD selon les régions. Entre 36 % et 57 % des usagers ont reçu un faible nombre d'interventions professionnelles (1 à 14 interventions dans l'année). À l'opposé, entre 7 % et 15 % des usagers en ont reçu un nombre élevé (64 interventions ou plus dans l'année). Les régions de Lanaudière (7 %) et du Saguenay–Lac-Saint-Jean (7 %) affichent les plus bas pourcentages de personnes ayant reçu un nombre élevé d'interventions professionnelles, alors que le Bas-Saint-Laurent (15 %) et les Laurentides (15 %) affichent les plus hauts pourcentages.

Selon le comité consultatif, les services professionnels offerts par des agences privées dans le cadre des services de SAD sont comptabilisés dans les banques de données et ne peuvent donc pas expliquer les différences observées entre les régions. Cependant, l'accès à des milieux d'hébergement peut être différent d'une région à l'autre et les usagers en attente d'hébergement requièrent habituellement un plus grand nombre de services.

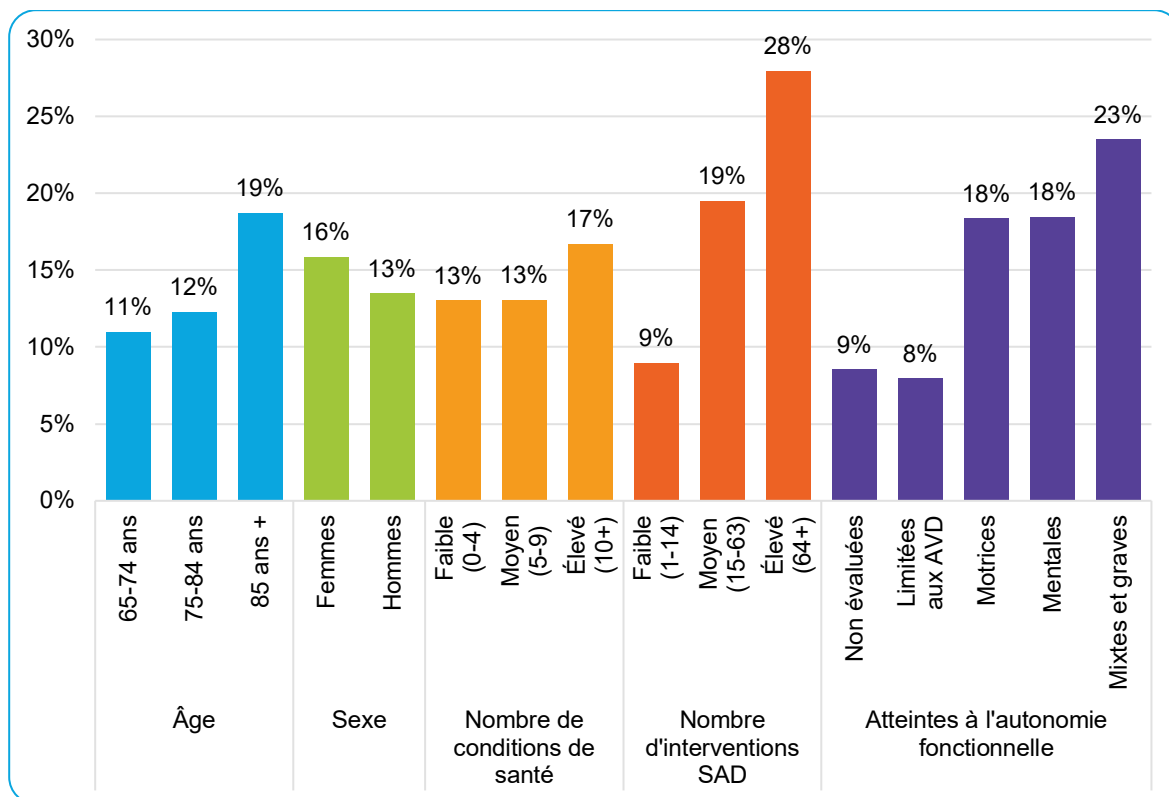
2.2.2 Visites à domicile par un médecin de famille

Les résultats de cette section comprennent les visites à domicile facturées par les médecins de famille et figurant dans les banques de données clinico-administratives.

Parmi l'ensemble des personnes de 65 ans et plus au Québec, 2 % ont reçu au moins une visite d'un médecin de famille à domicile en 2023-2024. Près des deux tiers des personnes qui ont reçu une visite d'un médecin de famille à domicile sont des usagers des programmes SAD-SAPA. Parmi les usagers des programmes SAD-SAPA, 15 % ont reçu au moins une visite d'un médecin de famille à domicile dans l'année.

Cet indicateur inclut entre autres les visites à domicile effectuées par les médecins exerçant en clinique médicale, dans un groupe de médecine familiale (GMF) et dans les programmes de soins intensifs à domicile (SIAD). Toutefois, les visites à domicile ne donnent pas toujours droit à une facturation spécifique et ne sont donc pas toujours distinguables d'une visite en clinique. De plus, les visites à domicile effectuées par les médecins rémunérés à salaire (honoraires fixes) ou à vacation (tarif horaire) ne sont pas répertoriées dans les banques de données clinico-administratives auxquelles l'INESSS a accès et n'ont donc pas pu être considérées dans ce portrait. Cependant, selon les experts de la RAMQ consultés pour ce projet, les médecins rémunérés à salaire (honoraires fixes) ou à vacation (tarif horaire) sont dix fois moins nombreux que ceux rémunérés à l'acte ou en mode mixte. Enfin, il n'a pas été possible d'évaluer de manière précise l'ampleur des visites à domicile non mesurées, ni de déterminer si celle-ci est équivalente d'une région à l'autre. Il convient donc de demeurer prudent quant à l'interprétation des variations qui peuvent être constatées avec cet indicateur.

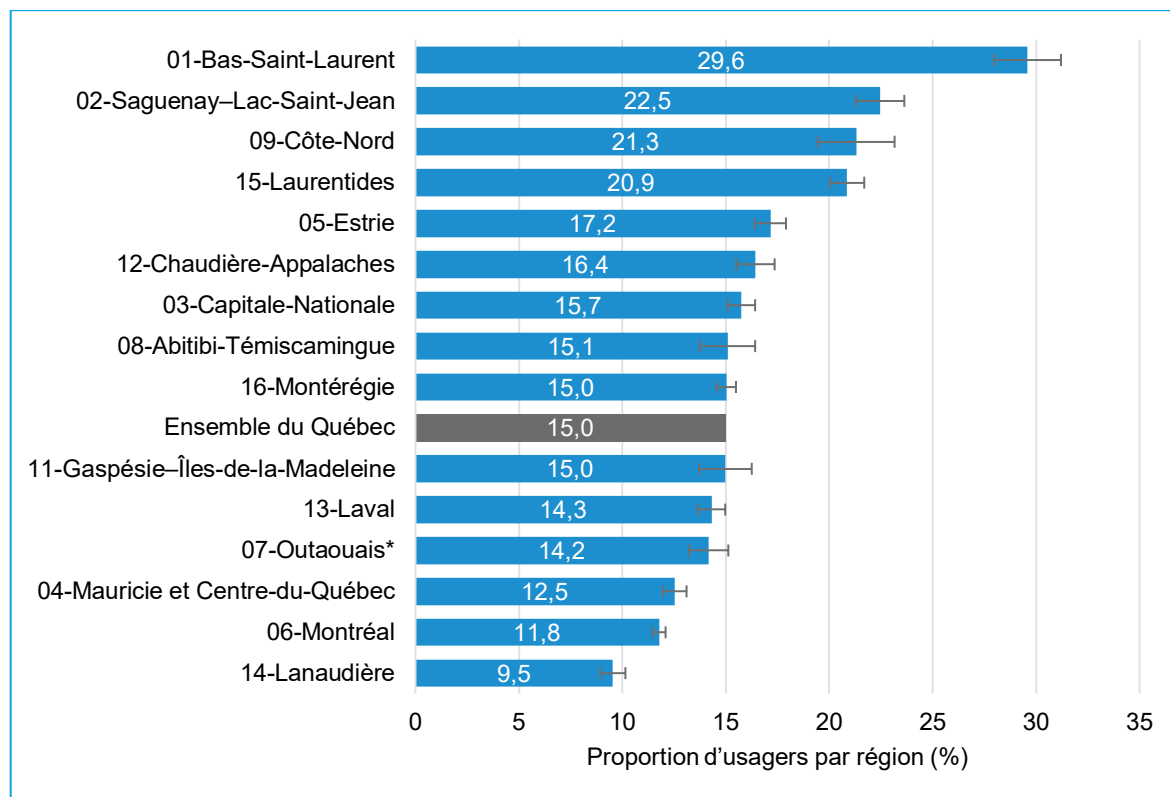
Figure 6 Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA qui ont reçu au moins une visite d'un médecin de famille à domicile en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers



La proportion de personnes recevant au moins une visite d'un médecin de famille à domicile est plus élevée chez :

- les personnes de 85 ans et plus (19 % comparativement à 11 % chez les 65 à 74 ans);
- les femmes (16 % comparativement à 13 % chez les hommes);
- les personnes présentant un nombre élevé de conditions de santé (17 % comparativement à 13 % chez les personnes présentant un nombre de conditions de santé faible ou moyen);
- les personnes qui reçoivent un nombre élevé d'interventions professionnelles en SAD (28 % comparativement à 9 % chez les personnes qui reçoivent un nombre faible d'interventions professionnelles);
- les personnes ayant des atteintes mixtes et graves comparativement aux personnes ayant des atteintes limitées aux activités de la vie domestique (23 % et 8 % respectivement).

Figure 7 Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA qui ont reçu au moins une visite d'un médecin de famille à domicile en 2023-2024, selon les régions



Données ajustées pour l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé des usagers.

* Attention à l'interprétation des données de l'Outaouais : les services aux résidents de l'Outaouais offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, ce qui peut affecter le nombre de services recensés, mais aussi le nombre de conditions de santé répertoriées, et donc avoir un impact sur l'ajustement des données.

De grandes variations sont observées selon les régions. La proportion d'usagers ayant reçu au moins une visite d'un médecin de famille est plus élevée dans le Bas-Saint-Laurent (29,6 %) et au Saguenay–Lac-Saint-Jean (22,5 %). La proportion est environ deux fois moindre dans les régions de Lanaudière (9,5 %) et de Montréal (11,8 %).

Quoique les résultats indiquent une proportion plus élevée de visites à domicile par les médecins de famille dans certaines régions éloignées, les membres du comité consultatif rapportent qu'il manque de médecins dans les programmes de SAD dans ces régions. Rappelons toutefois que les actes des médecins du SAD rémunérés à salaire (honoraires fixes) ne sont pas reflétés dans cet indicateur. D'autres membres mentionnent que, dans certains milieux, les infirmier(ère)s praticien(ne)s spécialisé(e)s (IPS) effectuent des visites à domicile et parfois des infirmières de pharmacie communautaire aussi. Ces visites ne sont pas répertoriées dans le présent indicateur.

Faits saillants :

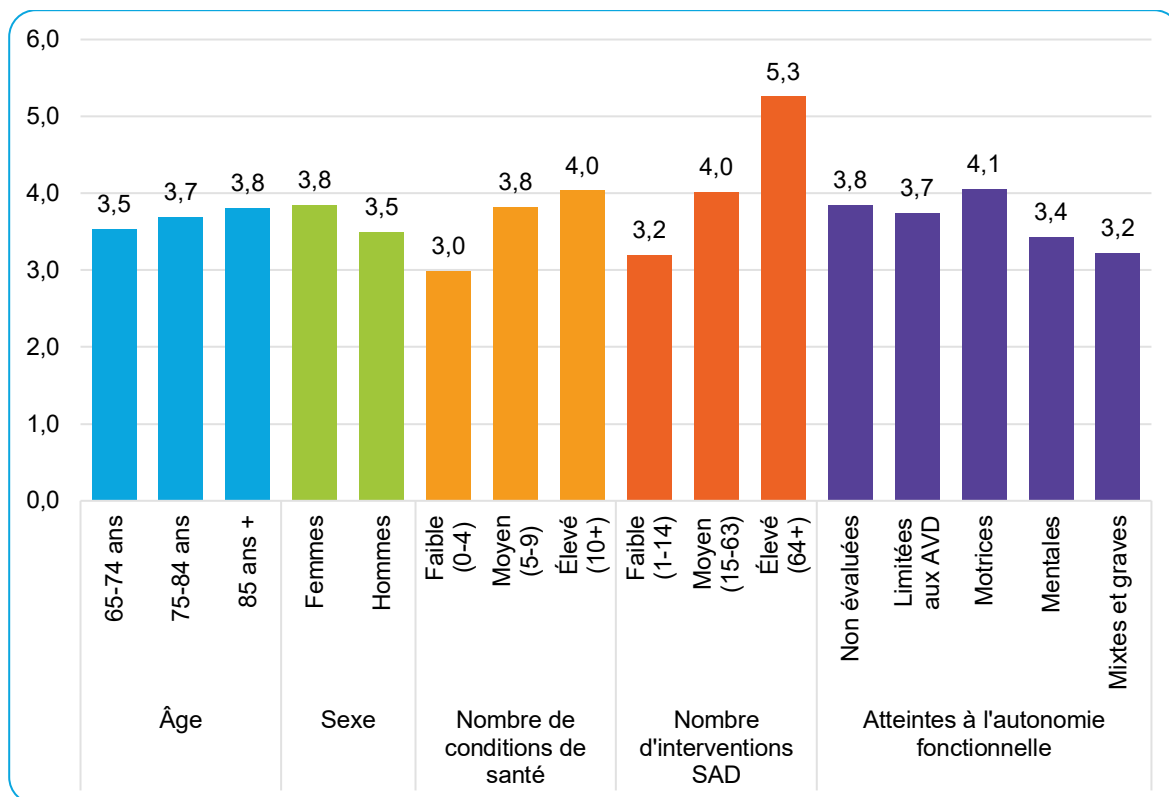
- D'importantes variations régionales sont observées dans le nombre d'interventions professionnelles en SAD reçues par les usagers.
- Les informations disponibles indiquent que 15 % des usagers aînés du SAD ont reçu la visite d'un médecin de famille à domicile, mais les visites réalisées par les médecins du SAD rémunérés à salaire (honoraires fixes) ne sont pas répertoriées dans les banques de données.

SERVICES MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES EN PREMIÈRE LIGNE**2.2.3 Consultations avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL**

Cet indicateur inclut les consultations avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL à domicile, dans une clinique ou un GMF.

Pour l'ensemble du Québec, les personnes de 65 ans et plus ont eu en moyenne 2,5 consultations annuelles avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL. Cette moyenne augmente de 48 % chez les usagers des programmes SAD-SAPA (3,7 consultations annuelles avec un médecin de famille ou un(e) IPS-PL). Les consultations avec un(e) IPS-PL ne sont pas toutes répertoriées dans les banques de données. Cette limite aurait peu d'impact sur le décompte global de ces consultations, car elles sont majoritairement réalisées auprès de médecins de famille qui sont rémunérés à l'acte.

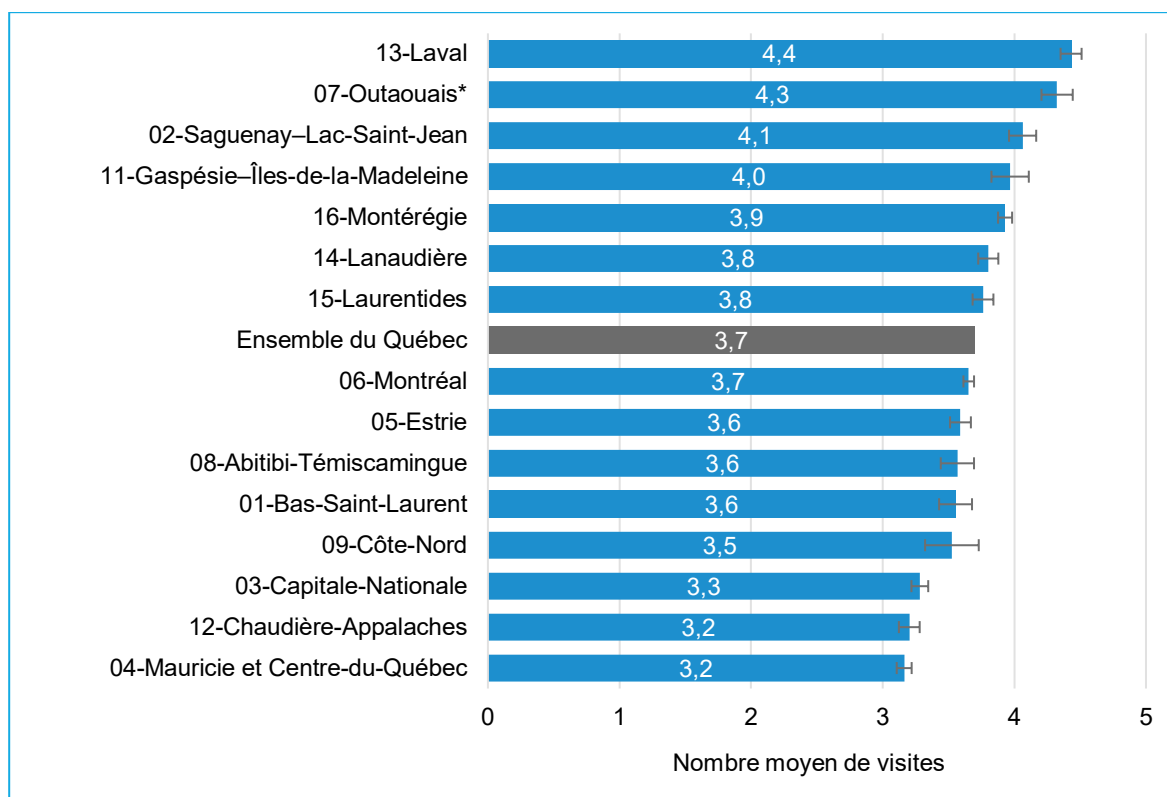
Figure 8 Nombre annuel moyen de consultations en 2023-2024 avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL par les usagers des programmes SAD-SAPA, selon les caractéristiques des usagers



Plus le nombre de conditions de santé est élevé, plus les usagers utilisent les services de médecins de famille ou d'IPS-PL. En effet, les usagers présentant 10 conditions ou plus ont consulté 4 fois en moyenne un médecin de famille ou un(e) IPS-PL. Également, les usagers qui reçoivent le plus d'interventions professionnelles du SAD (64 ou plus) consultent plus souvent un médecin de famille ou un(e) IPS-PL, avec 5,3 consultations par année.

Les usagers ayant des atteintes mixtes et graves de l'autonomie fonctionnelle ont moins utilisé les services de médecins de famille ou d'IPS-PL au cours de l'année comparativement aux autres usagers. Ce résultat pourrait sembler étonnant. Toutefois, une majorité de ces usagers (67 %) n'ont pas utilisé les services de médecins de famille toute l'année parce qu'ils sont décédés ou ont été hébergés en centre d'hébergement et de soins longue durée (CHSLD) en cours d'année. De plus, le comité consultatif mentionne que ces usagers ont habituellement beaucoup de soutien de l'équipe multidisciplinaire du SAD et n'ont possiblement pas à recourir aussi souvent aux médecins de famille pour certains de leurs besoins médicaux.

Figure 9 Nombre annuel moyen de consultations en 2023-2024 avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL par les usagers des programmes SAD-SAPA, selon les régions



Données ajustées pour l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé des usagers.

* Attention à l'interprétation des données de l'Outaouais : les services aux résidents de l'Outaouais offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, ce qui peut affecter le nombre de services recensés, mais aussi le nombre de conditions de santé répertoriées, et donc avoir un impact sur l'ajustement des données.

Le nombre annuel moyen de consultations avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL varie entre 3,2 et 4,4 selon les régions. La Mauricie et Centre-du-Québec (3,2), la Chaudière-Appalaches (3,2) et la Capitale-Nationale (3,3) affichent les plus bas nombres annuels moyens de visites alors que Laval (4,4), l'Outaouais (4,3) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (4,1) affichent les plus élevés.

2.2.4 Services cliniques de première ligne offerts par un pharmacien communautaire

Pour l'ensemble du Québec, les pharmaciens communautaires ont offert une moyenne de 1,1 service de première ligne à des personnes de 65 ans et plus, contre 2,0 services à des personnes âgées recevant des services de SAD.

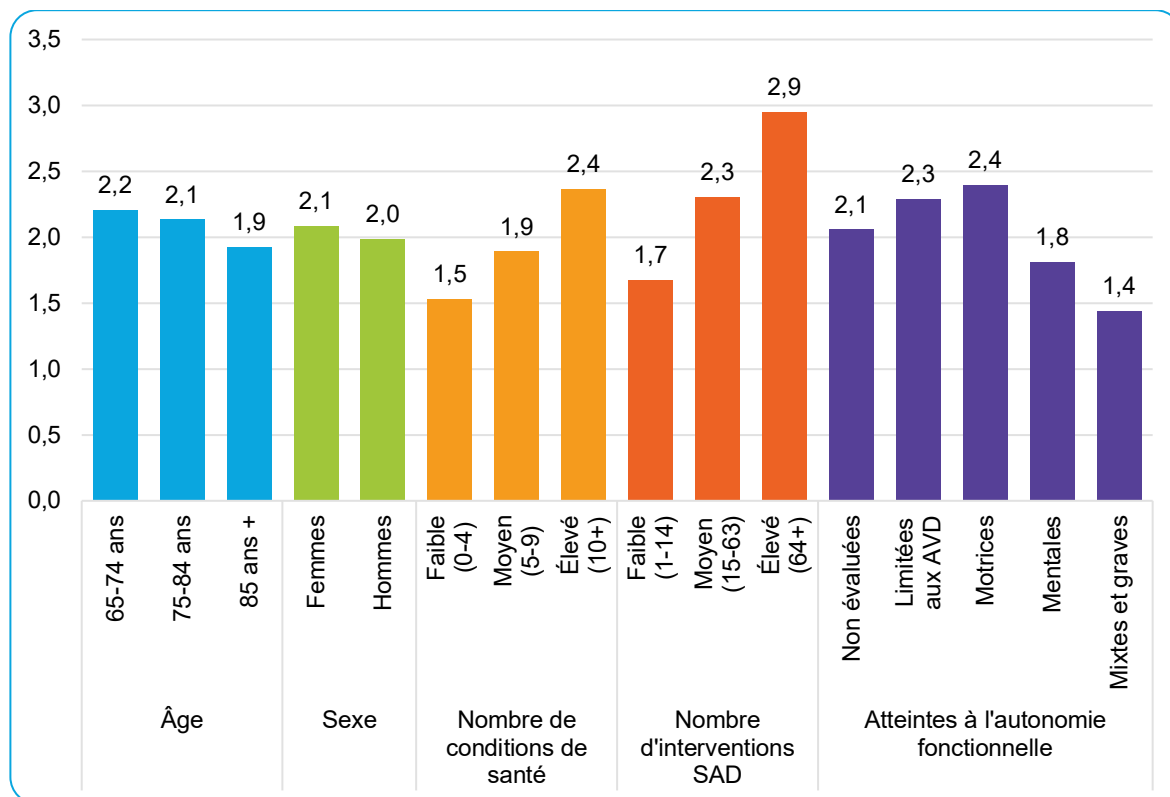
Les actes comptabilisés dans cet indicateur incluent la prescription, la modification, l'arrêt ou la prolongation d'une thérapie médicamenteuse par un pharmacien communautaire. Il est à noter que les actes de pharmaciens exerçant en GMF ne sont pas pris en compte dans cet indicateur. De plus, certains services offerts aux personnes assurées sont remboursés par leur régime privé d'assurance et n'apparaissent donc pas dans les

données de facturation de la RAMQ. Cela devrait avoir peu d'incidence sur cet indicateur puisque plus de 95 % des usagers des programmes SAD-SAPA sont inscrits au régime public d'assurance médicaments (RPAM).

Le comité consultatif a fait valoir que les pharmaciens jouent aussi un rôle d'expert-conseil en collaborant avec le médecin ou les autres professionnels, sans être en contact direct avec l'utilisateur. Ces activités sont prises en compte dans notre indicateur lorsqu'une demande de consultation (demandée par le prescripteur) ou une opinion (envoyée au prescripteur) est facturée par le pharmacien.

De plus, les pharmaciens communautaires rencontrés lors de la consultation d'experts en banques de données ont rapporté que les règles de facturation limitent le nombre de fois où ces services peuvent être facturés, comparativement à la fréquence à laquelle ces services peuvent être offerts. Par ailleurs, les lois 41 et 31 permettant l'élargissement des actes de première ligne par les pharmaciens ayant été adoptées dans les dernières années, il est possible que les pharmaciens effectuent de tels actes, mais ne pensent pas à les facturer. Toutefois, un seul service par jour et par usager est compté pour le calcul de cet indicateur, quel que soit le nombre de services facturés dans la même journée. Cela permet de limiter les écarts dus aux contraintes et/ou aux pratiques de facturation. De plus, ces limites sont sans doute les mêmes quelle que soit la région et n'empêchent donc pas les comparaisons entre les régions.

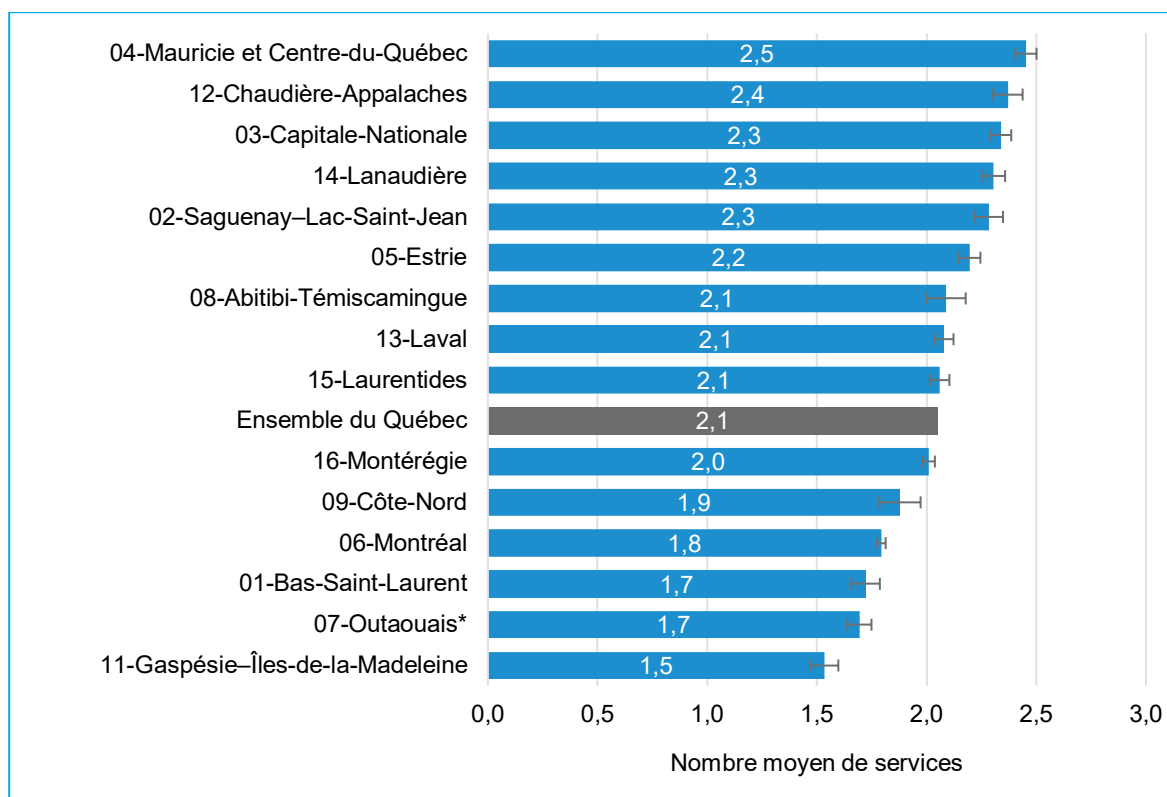
Figure 10 Nombre annuel moyen de services de première ligne offerts par un pharmacien communautaire en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers des programmes SAD-SAPA



Le nombre moyen de services est le plus élevé chez les usagers présentant un nombre élevé de conditions de santé (2,4 services en moyenne), chez ceux recevant un nombre élevé de services professionnels en SAD (2,9 services en moyenne) et ceux ayant des atteintes à l'autonomie fonctionnelle principalement motrices (2,4 services en moyenne).

Selon le comité consultatif, le plus faible nombre de services de première ligne offerts par les pharmaciens communautaires aux usagers ayant des atteintes mixtes et graves pourrait s'expliquer en partie par le fait que certains de ces usagers ont une maladie chronique terminale pour laquelle les soins de confort sont indiqués. La médication s'en trouve alors simplifiée et le médecin peut habituellement en faire la gestion sans avoir à recourir aux services des pharmaciens. De plus, les personnes ayant des atteintes mixtes et graves sont davantage hospitalisées (voir la [section 2.2.9](#)), et il est possible que la révision de la médication soit effectuée à l'hôpital plutôt que par les pharmaciens communautaires.

Figure 11 Nombre annuel moyen de services de première ligne offerts par un pharmacien communautaire pour les usagers des programmes SAD-SAPA en 2023-2024, selon les régions



Données ajustées pour l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé des usagers.

* Attention à l'interprétation des données de l'Outaouais : les services aux résidents de l'Outaouais offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, ce qui peut affecter le nombre de services recensés, mais aussi le nombre de conditions de santé répertoriées, et donc avoir un impact sur l'ajustement des données.

Selon les régions, les usagers des programmes SAD-SAPA ont reçu en moyenne entre 1,5 et 2,5 services de première ligne en pharmacie communautaire. Les régions où les usagers ont reçu le plus de services sont la Mauricie et Centre-du-Québec (2,5) ainsi que la Chaudière-Appalaches (2,4). Les régions où les usagers ont reçu le moins de services sont la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (1,5), l'Outaouais (1,7) et le Bas-Saint-Laurent (1,7).

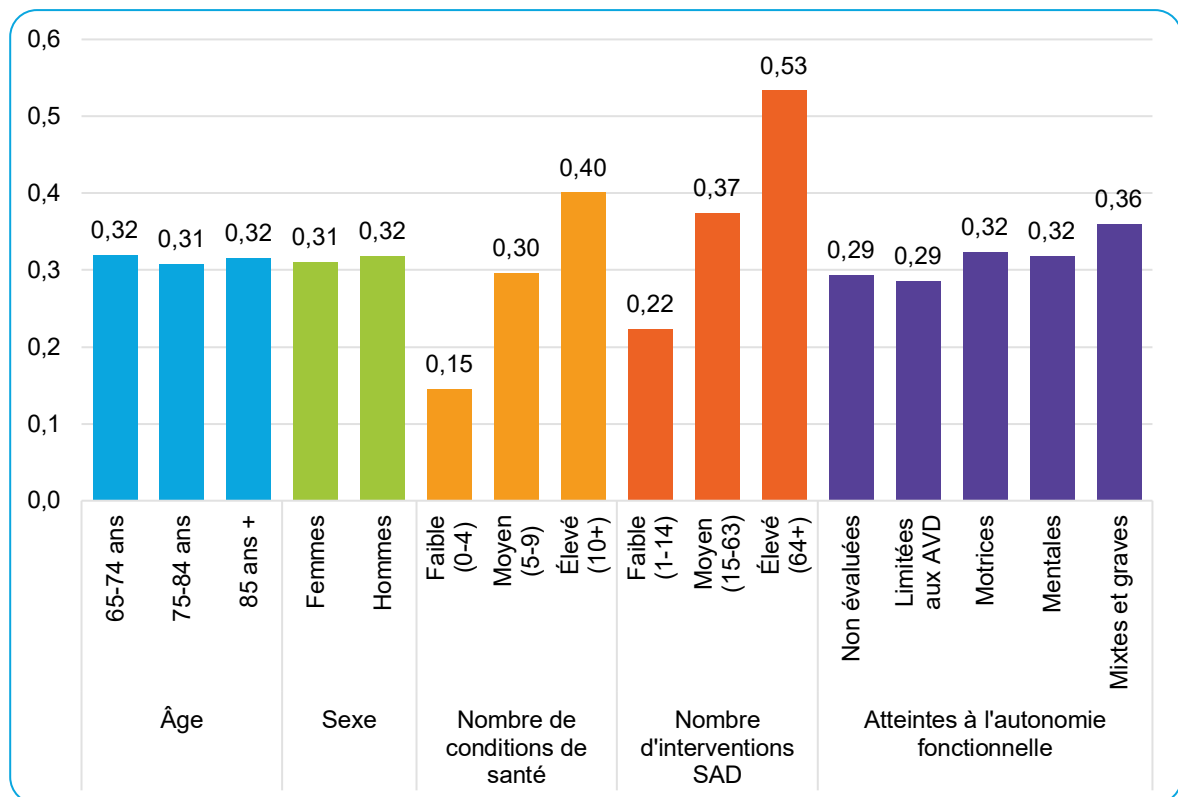
Selon le comité consultatif, la disponibilité des pharmaciens en GMF est variable selon les régions. Les pharmaciens en GMF seraient parfois mieux outillés pour intervenir auprès de la clientèle âgée avec des besoins complexes. Les pharmaciens communautaires seraient plus ou moins sollicités selon la contribution des pharmaciens en GMF, ce qui pourrait expliquer en partie les variations régionales illustrées à la [figure 11](#).

2.2.5 Visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5

Cet indicateur inclut les visites à l'urgence de priorité P4 ou P5 pour lesquelles une consultation auprès d'un médecin de l'urgence a été réalisée et un retour à domicile s'en est suivi. Les personnes qui ont été hospitalisées, transférées vers un autre hôpital sans revenir à domicile ou qui sont décédées ne sont pas incluses.

Pour l'ensemble du Québec, les usagers des programmes SAD-SAPA ont fait deux fois plus de visites à l'urgence pour une condition considérée comme étant de niveau de priorité P4 ou P5 avec prise en charge médicale comparativement à la population générale des personnes de 65 ans et plus (moyenne de 0,31 et de 0,16 visite respectivement).

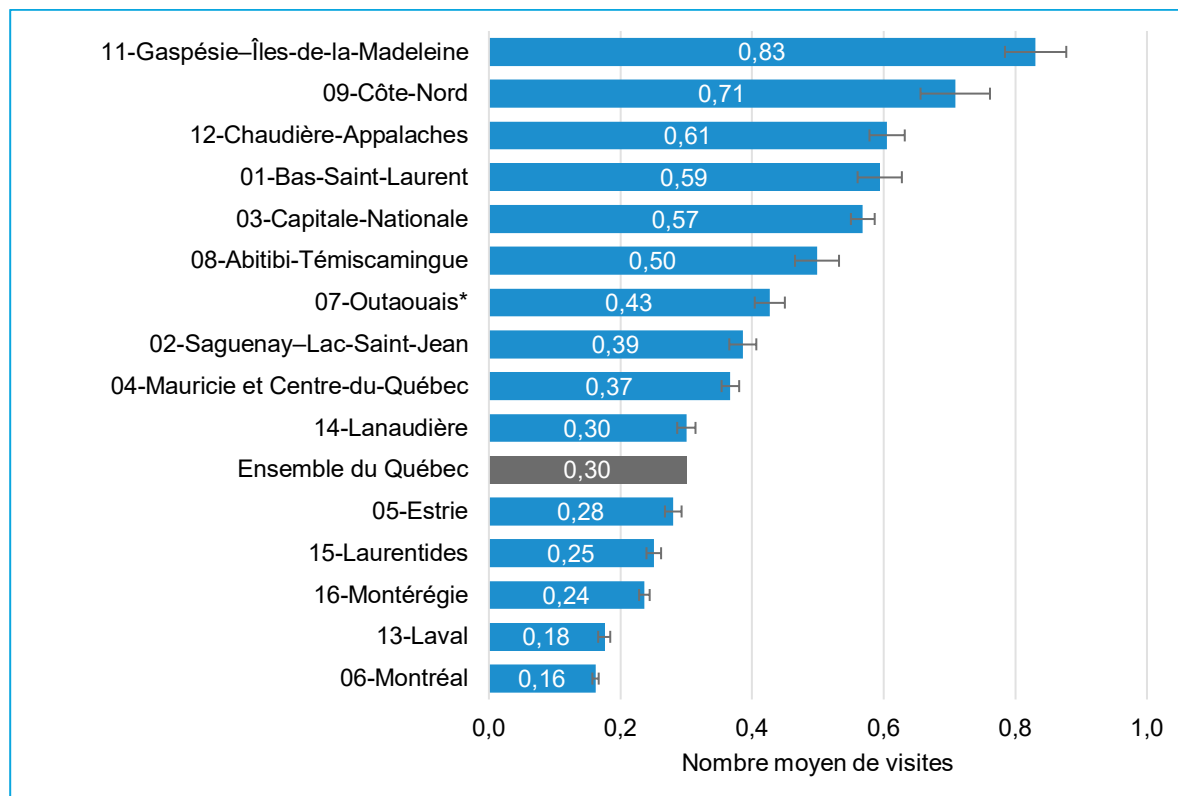
Figure 12 Nombre annuel moyen de visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5 en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers des programmes SAD-SAPA



Le nombre annuel moyen de visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5 ne diffère pas selon l'âge ou le sexe des usagers. Il est toutefois plus élevé chez :

- les personnes présentant un nombre élevé de conditions de santé (0,4 visite comparativement à 0,15 chez les personnes présentant un faible nombre de conditions de santé);
- les personnes recevant un nombre élevé d'interventions professionnelles en SAD (0,53 visite comparativement à 0,22 chez les personnes recevant un faible nombre d'interventions professionnelles en SAD);
- les personnes ayant des atteintes mixtes et graves à l'autonomie fonctionnelle comparativement à celles ayant des atteintes limitées aux activités de la vie domestique (0,36 visite et 0,29 visite respectivement).

Figure 13 Nombre annuel moyen de visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5 pour les usagers des programmes SAD-SAPA en 2023-2024, selon les régions



Données ajustées pour l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé des usagers.

* Attention à l'interprétation des données de l'Outaouais : les services aux résidents de l'Outaouais offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, ce qui peut affecter le nombre de services recensés, mais aussi le nombre de conditions de santé répertoriées, et donc avoir un impact sur l'ajustement des données.

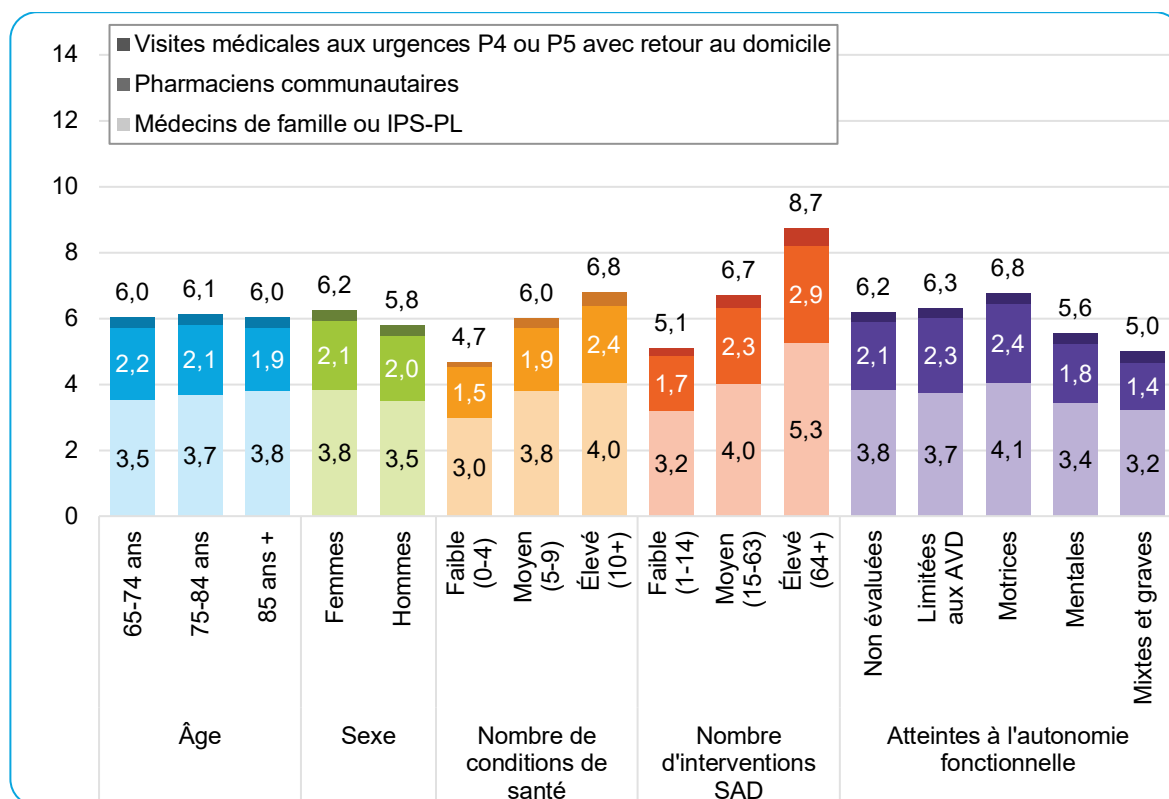
Selon les régions, les usagers des programmes SAD-SAPA ont effectué en moyenne entre 0,2 et 0,8 visite à l'urgence de priorité P4 ou P5. Les régions où les usagers ont effectué le plus de visites à l'urgence de priorité P4 ou P5 sont la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (0,8) et la Côte-Nord (0,7). Les régions où les usagers en ont effectué le moins sont Montréal, Laval et la Montérégie (0,2). Selon les membres du comité, dans certaines régions éloignées, le court temps d'attente à l'urgence peut parfois favoriser les visites médicales à l'urgence plutôt qu'en clinique lorsqu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous en temps opportun en première ligne. Par ailleurs, il arrive parfois que les médecins de l'urgence suggèrent aux usagers de revenir à l'urgence lorsqu'ils sont de garde pour un suivi, ce qui pourrait contribuer à certaines différences régionales. De plus, les membres rapportent un manque d'accès à des plateaux techniques en dehors du milieu hospitalier dans certaines régions, ce qui pourrait aussi expliquer en partie les différences régionales.

2.2.6 Ensemble des services médicaux et pharmaceutiques reçus en première ligne

Cet indicateur inclut toutes les consultations avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL à domicile, en clinique ou en GMF, les actes de première ligne effectués par les pharmaciens communautaires et les visites à l'urgence de priorité P4 ou P5. Cette combinaison permet de comprendre la répartition des différents services répondant aux besoins médicaux non urgents des usagers des programmes SAD-SAPA selon les différentes régions du Québec.

Les usagers des programmes SAD-SAPA ont reçu beaucoup plus de services en première ligne (6,1 services) en moyenne dans l'année que l'ensemble des 65 ans et plus (3,8 services).

Figure 14 Nombre annuel moyen de services médicaux et pharmaceutiques reçus en première ligne en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers des programmes SAD-SAPA

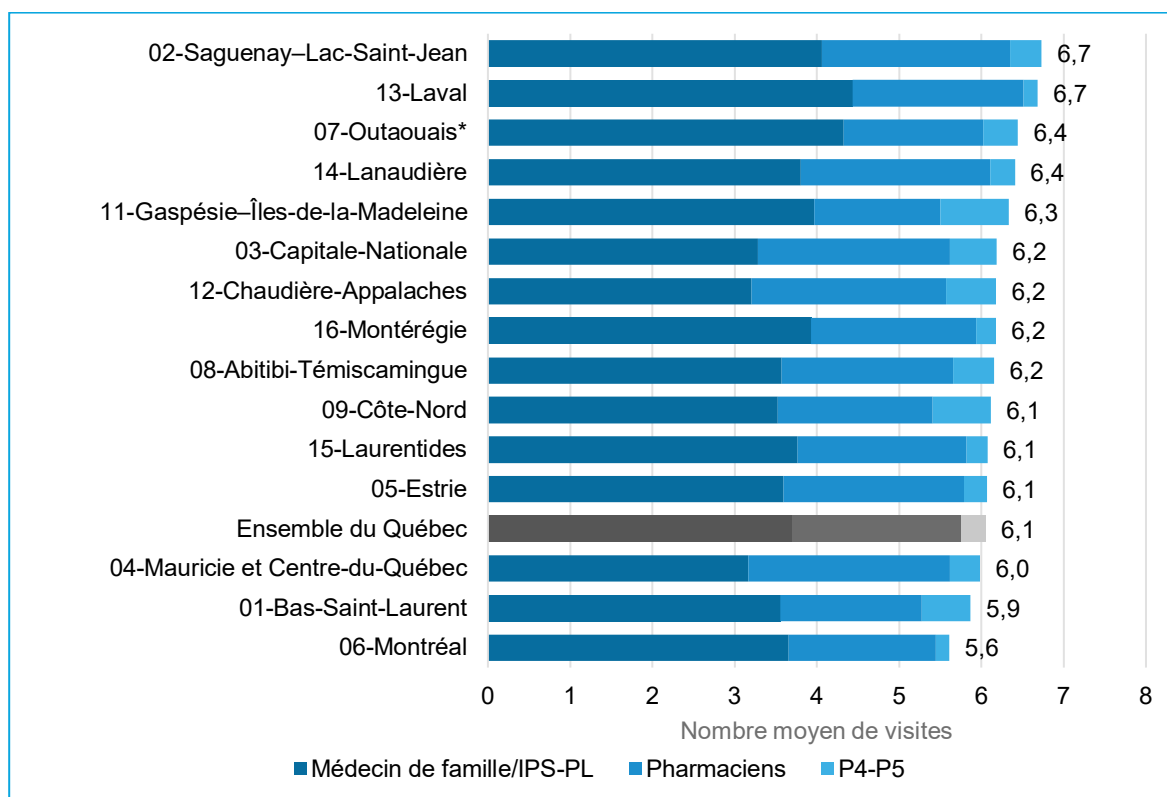


De façon générale, un peu plus de la moitié des services répondant aux besoins médicaux non urgents des usagers des programmes SAD-SAPA sont offerts par les médecins de famille ou les IPS-PL en communauté. Environ un tiers de ces services sont effectués par les pharmaciens communautaires et une minorité des visites en première ligne sont des visites à l'urgence de priorité P4 ou P5.

Peu de différences dans le nombre total de services en première ligne sont observées selon l'âge et le sexe. Le plus grand nombre total de services en première ligne s'observe chez les personnes ayant un nombre élevé de conditions de santé (6,8 services), un nombre élevé d'interventions professionnelles en SAD (8,7 services) et les personnes ayant des atteintes principalement motrices à l'autonomie fonctionnelle (6,8 services). Les personnes ayant des atteintes mixtes et graves auraient reçu moins de services de première ligne (en moyenne 5,0 services) au cours de l'année comparativement aux autres profils d'autonomie. Comme mentionné précédemment, ce résultat, bien qu'étonnant au premier abord, pourrait entre autres s'expliquer par un certain nombre de ces usagers qui sont décédés ou qui ont été hébergés en CHSLD cours d'année. De plus, le comité consultatif mentionne que ces usagers ont habituellement beaucoup de soutien de l'équipe multidisciplinaire du SAD et n'ont pas à recourir aussi souvent aux médecins de famille pour certains de leurs besoins médicaux.

Le comité souligne aussi que ces usagers ont des suivis plus réguliers avec des médecins spécialistes. Toutefois, les actes de ces médecins n'ont pas fait l'objet des présents travaux.

Figure 15 Nombre annuel moyen de visites selon le type de service de première ligne pour les usagers des programmes SAD-SAPA en 2023-2024, selon les régions



Données ajustées pour l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé des usagers.

* Attention à l'interprétation des données de l'Outaouais : les services aux résidents de l'Outaouais offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, ce qui peut affecter le nombre de services recensés, mais aussi le nombre de conditions de santé répertoriées, et donc avoir un impact sur l'ajustement des données.

Le nombre total de services de première ligne varie entre 5,6 et 6,7 selon les régions. Le Saguenay–Lac-Saint-Jean et Laval, avec chacune 6,7 services de première ligne en moyenne par année, présentent le nombre de services le plus élevé, alors que Montréal (5,6 services) et le Bas-Saint-Laurent (5,9 services) présentent les plus faibles nombres de services.

Faits saillants :

- Les usagers des programmes SAD-SAPA ont des contacts fréquents avec les médecins de famille (3,7 visites annuelles avec un médecin de famille ou un(e) IPS-PL) et reçoivent en moyenne 2 services cliniques annuels de première ligne offerts par un pharmacien communautaire.
- Si on y ajoute les visites à l'urgence peu prioritaires avec prise en charge médicale susceptibles d'avoir pu être réalisées dans la communauté (0,31 visite P4 ou P5 annuelle), ces usagers reçoivent en moyenne un total d'environ 6 services de première ligne par année qui visent à répondre à leurs besoins médicaux. Cela est nettement plus élevé comparativement à l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus (3,8 services de première ligne par année).
- La répartition des types de services de première ligne utilisés varie beaucoup d'une région à l'autre, en particulier pour les visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5, mais le total des services utilisés varie peu entre les régions.

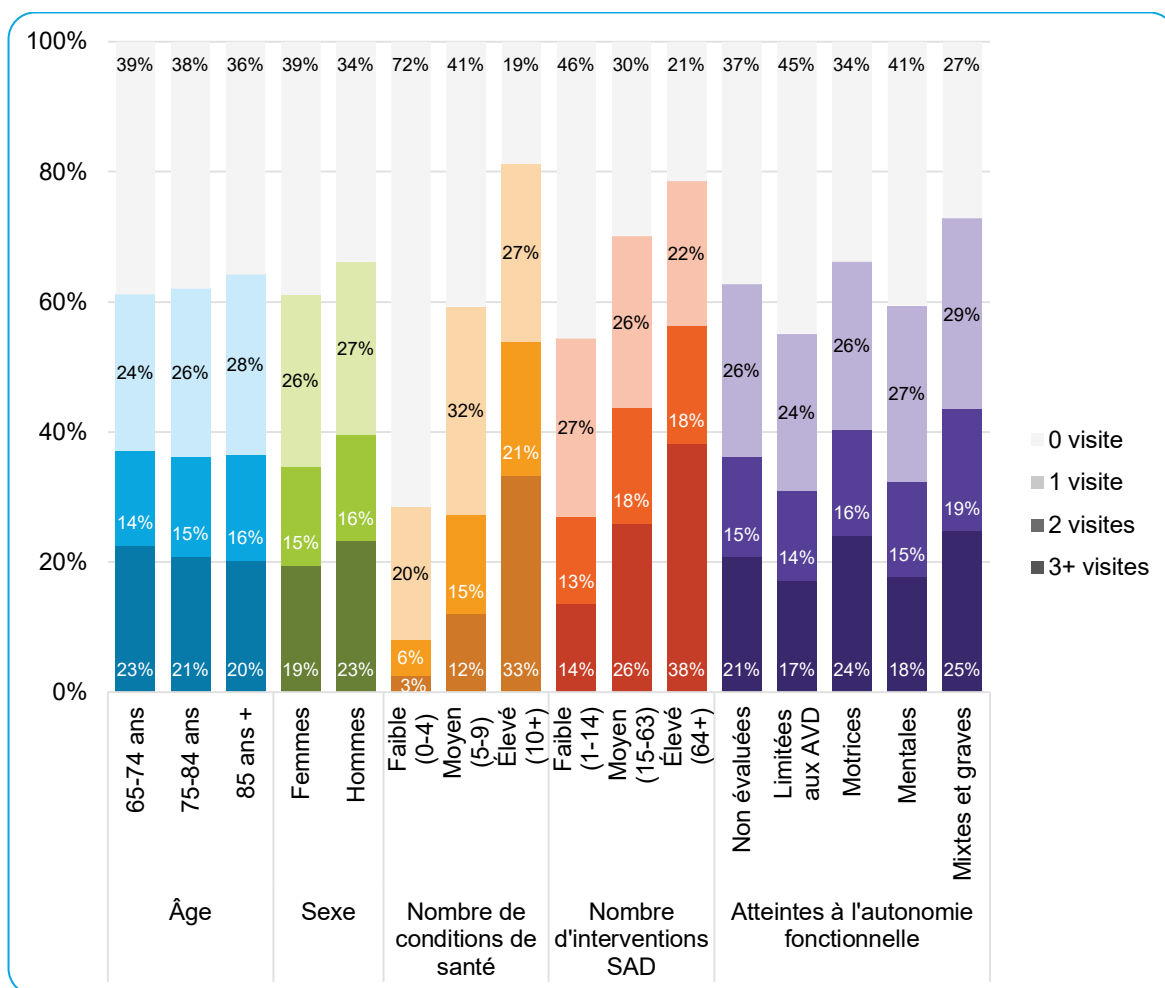
URGENCE ET HOSPITALISATION

2.2.7 Visites à l'urgence (tous niveaux de priorité)

Pour l'ensemble du Québec, 28 % des personnes de 65 ans et plus ont fait au moins une visite à l'urgence dans l'année alors que ce pourcentage grimpe à 63 % chez les aînés qui reçoivent du SAD. Cette proportion est plus élevée que celle rapportée dans des études internationales (34 % à 52 %) menées en Espagne [Agredano *et al.*, 2021], aux États-Unis [Chapman *et al.*, 2024; Chong *et al.*, 2022], en Suisse [Mockli *et al.*, 2023] et ailleurs au Canada [Maxwell *et al.*, 2019]. Selon le comité consultatif, ce constat pourrait s'expliquer entre autres par l'obligation au Québec de passer par l'urgence pour déterminer si une hospitalisation est nécessaire.

Pour l'ensemble du Québec, 6 % des personnes de 65 ans et plus ont visité l'urgence trois fois ou plus au cours de l'année alors que ce pourcentage grimpe à 21 % chez les aînés qui reçoivent du SAD.

Figure 16 Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA selon le nombre de visites à l'urgence en 2023-2024 et selon leurs caractéristiques



Au moins une visite

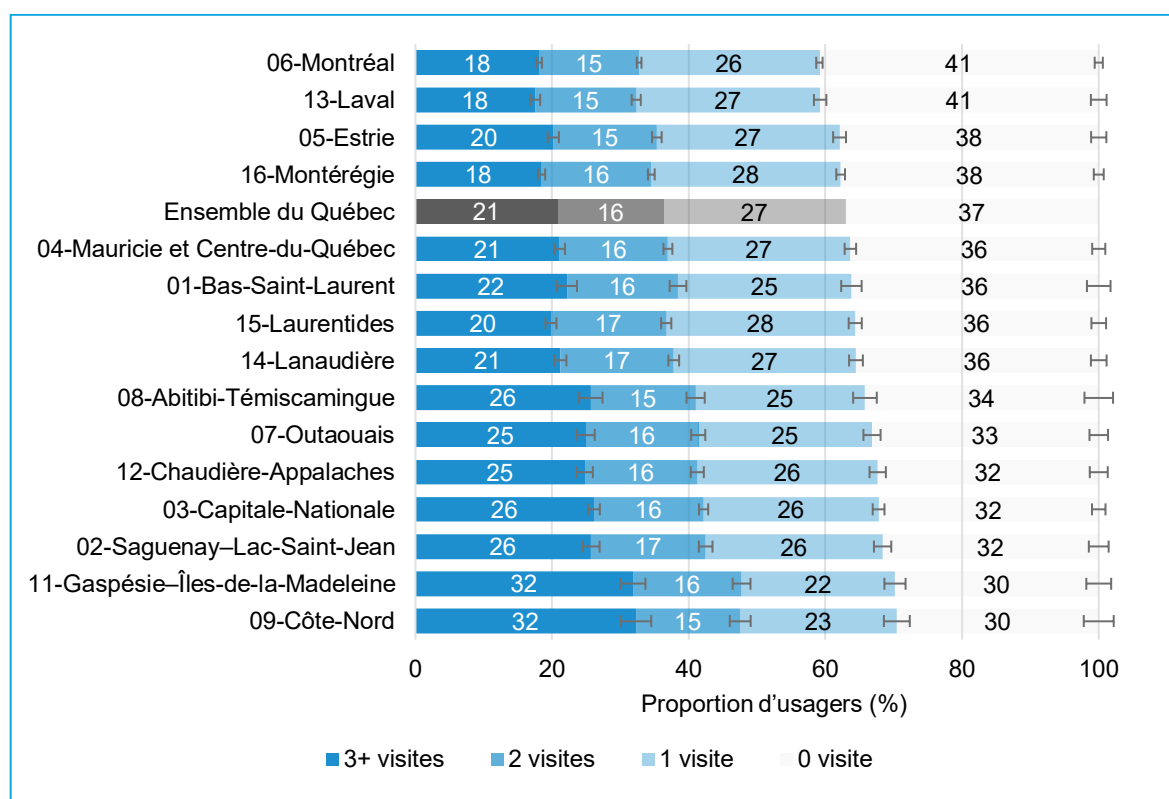
La proportion d'usagers ayant visité l'urgence augmente lorsque le nombre de conditions de santé augmente. En effet, 38 % des usagers présentant un faible nombre de conditions de santé (0 à 4 conditions) ont visité au moins une fois l'urgence alors que ce pourcentage grimpe à 81 % chez les usagers présentant un nombre élevé de conditions de santé (10 conditions ou plus). Les usagers ayant des atteintes mixtes et graves sont ceux qui visitent le plus souvent l'urgence (73 %), comparativement aux usagers présentant les autres profils d'autonomie fonctionnelle.

Trois visites ou plus

La proportion d'usagers ayant visité trois fois ou plus l'urgence augmente considérablement lorsque le nombre de conditions de santé augmente. Seulement 3 % des usagers présentant un faible nombre de conditions de santé (0 à 4 conditions) ont visité l'urgence trois fois ou plus, comparativement à 33 % des usagers présentant un nombre élevé de conditions de santé (10 conditions ou plus). De plus, une grande

proportion de ceux qui ont reçu le plus de SAD sont aussi des utilisateurs fréquents des urgences. En effet, 38 % des usagers qui reçoivent un nombre élevé d'interventions professionnelles du SAD (64 visites ou plus) ont visité au moins trois fois l'urgence au cours de l'année, contre seulement 14 % des usagers qui reçoivent un faible nombre d'interventions professionnelles en SAD (1 à 14 visites). Enfin, 25 % des usagers ayant des atteintes mixtes et graves à leur autonomie fonctionnelle ont visité l'urgence trois fois ou plus dans l'année, ce qui est un pourcentage plus élevé que celui des usagers des autres profils d'autonomie fonctionnelle.

Figure 17 Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA selon le nombre de visites à l'urgence en 2023-2024 et selon les régions



Données ajustées pour l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé des usagers.

* Attention à l'interprétation des données de l'Outaouais : les services aux résidents de l'Outaouais offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, ce qui peut affecter le nombre de services recensés, mais aussi le nombre de conditions de santé répertoriées, et donc avoir un impact sur l'ajustement des données.

Au moins une visite

La proportion d'usagers des programmes SAD-SAPA ayant visité au moins une fois l'urgence varie entre 59 % et 70 %.

Trois visites ou plus

Les variations selon les régions sont plus marquées pour les usagers qui visitent l'urgence trois fois ou plus dans l'année, les proportions variant pratiquement du simple (17,5 %) au double (32,3 %).

2.2.8 Proportion des visites aux urgences peu prioritaires (P4 ou P5)

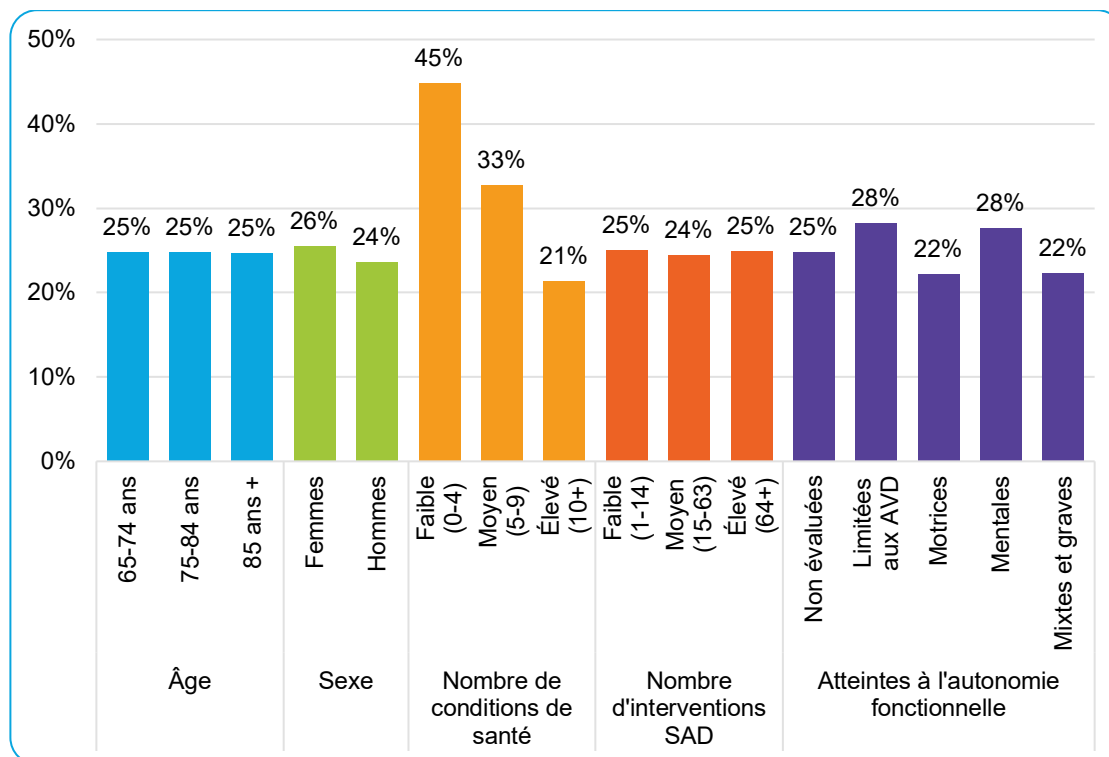
Pour le calcul de cet indicateur, toutes les visites aux urgences de priorité P4 ou P5 qui se sont soldées par un retour à domicile ont été considérées, et ce, peu importe si une consultation avec un médecin de l'urgence a été effectuée ou non. Par exemple, cet indicateur inclut les visites pour lesquelles les usagers ont été réorientés vers un service médical de première ligne à la suite du triage et les visites pour lesquelles les usagers ont quitté l'urgence sans avoir reçu une consultation avec un médecin. Les visites de personnes qui ont été hospitalisées, transférées vers un autre hôpital sans revenir à domicile ou qui sont décédées ne sont pas incluses.

Ces visites de priorité P4 ou P5 sont rapportées sur l'ensemble des visites faites aux urgences.

Pour l'ensemble du Québec, les visites de niveau de priorité P4 ou P5 représentent 38 % de toutes les visites à l'urgence chez les personnes de 65 ans et plus. Ce pourcentage est inférieur chez les aînés qui reçoivent du SAD, soit 25 % de toutes les visites à l'urgence de niveau de priorité P4 ou P5.

Selon le comité consultatif, la différence entre la proportion des visites de niveau de priorité P4 ou P5 des usagers des programmes SAD-SAPA et celle de la population générale de 65 ans et plus pourrait s'expliquer par le fait que ces usagers ont accès à des professionnels pour répondre à certains de leurs besoins médicaux non urgents, ce qui n'est pas le cas pour la population générale de 65 ans et plus. De plus, le comité explique que les usagers qui reçoivent du SAD présentent plus de comorbidités et sont plus vulnérables que la population générale des aînés. Ainsi, une condition médicale considérée comme non urgente (P4 ou P5) chez les aînés en général peut être jugée plus urgente (P1 ou P2 ou P3) ou nécessiter une hospitalisation chez les personnes âgées qui reçoivent du SAD.

Figure 18 Proportion de visites de niveau de priorité P4 ou P5 parmi l'ensemble des visites à l'urgence en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers des programmes SAD-SAPA



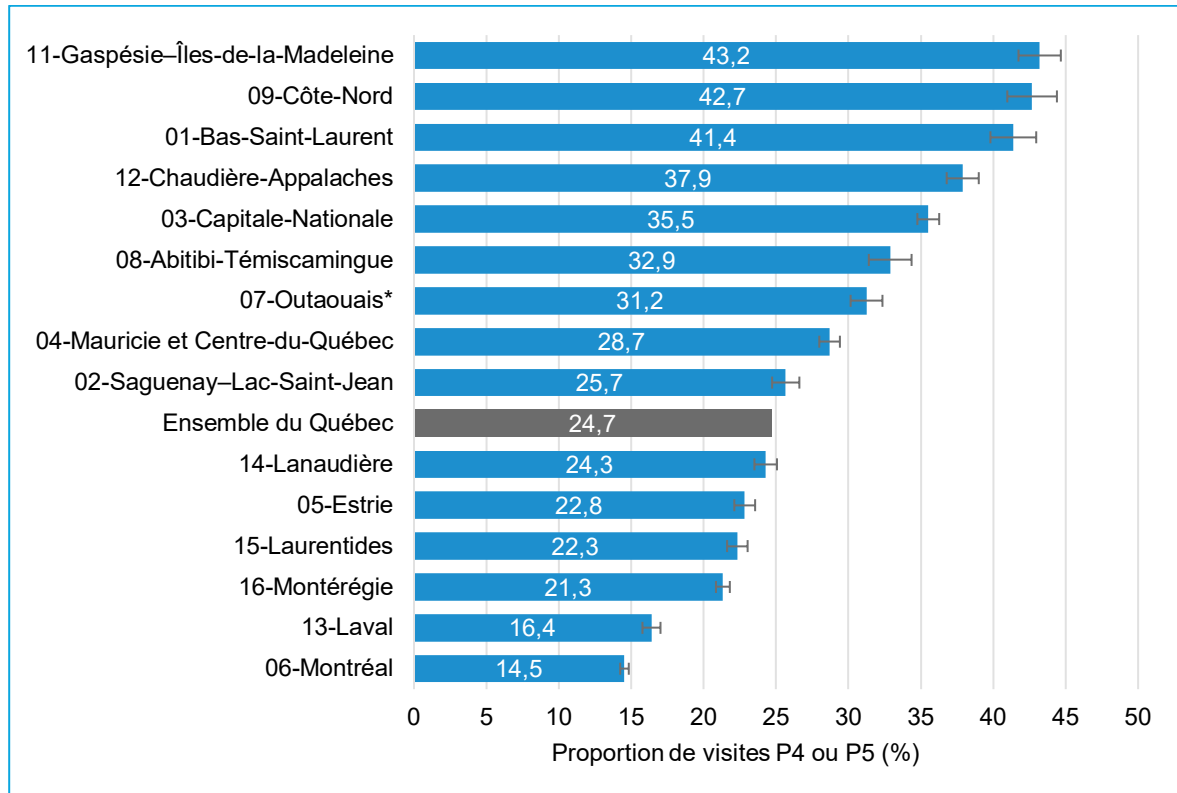
Chez les usagers des programmes SAD-SAPA présentant un faible nombre de conditions de santé (0 à 4 conditions), 45 % des visites à l'urgence sont des visites de priorité P4 ou P5. Ce pourcentage est supérieur à ceux des usagers présentant un nombre moyen (5 à 9 conditions) ou élevé (10 conditions ou plus) de conditions de santé, pour lesquels 33 % et 21 % des visites à l'urgence sont respectivement des visites de priorité P4 ou P5.

Selon le comité consultatif, cette différence pourrait s'expliquer par un moindre soutien des services professionnels de SAD pour les aînés qui présentent un faible nombre de conditions de santé combiné à des difficultés d'accès à des consultations médicales en clinique ou en GMF, faisant en sorte que ces personnes doivent parfois recourir à l'urgence pour des conditions considérées comme étant de niveau de priorité P4 ou P5. Même si les usagers des programmes SAD-SAPA sont inscrits auprès d'un médecin de famille, il peut être difficile pour eux d'avoir accès à un rendez-vous médical en temps opportun.

Il est aussi possible d'observer que la proportion de visites de priorité P4 ou P5 est supérieure chez les usagers ayant des atteintes mentales prédominantes par rapport à ceux ayant une atteinte motrice prédominante. Selon le comité consultatif, un bon nombre de visites de priorité P4 ou P5 effectuées par les usagers des programmes SAD-SAPA concernent les usagers présentant des symptômes comportementaux et

psychologiques de la démence (SCPD) et dont la personne proche aidante épuisée a recours à l'urgence pour obtenir du soutien.

Figure 19 Proportion des visites de niveau de priorité P4 ou P5 parmi l'ensemble des visites à l'urgence par les usagers des programmes SAD-SAPA en 2023-2024, selon les régions



Données ajustées pour l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé des usagers.

* Attention à l'interprétation des données de l'Outaouais : les services aux résidents de l'Outaouais offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, ce qui peut affecter le nombre de services recensés, mais aussi le nombre de conditions de santé répertoriées, et donc avoir un impact sur l'ajustement des données.

Les proportions varient presque du simple au triple selon les régions. Entre 15 % et 43 % des visites aux urgences sont des visites de priorité P4 ou P5 qui n'ont pas mené à une hospitalisation, à un transfert ou à un constat de décès. Les proportions de visites aux urgences de priorité P4 ou P5 sont les plus élevées dans les régions suivantes : 43,2 % pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et 42,7 % pour la Côte-Nord. Les proportions sont les plus faibles à Montréal (14,5 %) et à Laval (16,4 %).

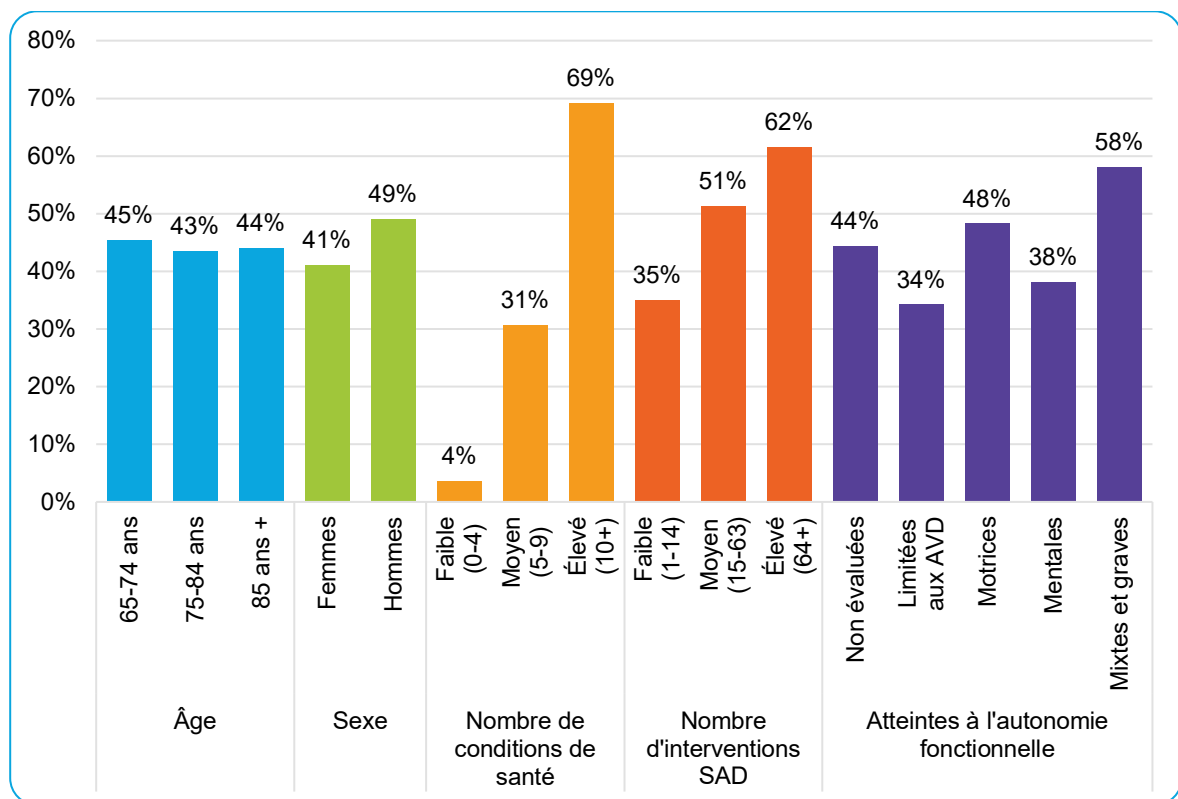
Les membres du comité soulignent que certaines différences régionales observées pour les visites à l'urgence pour des niveaux de priorité P4 ou P5 pourraient s'expliquer en partie par des mesures déployées différemment d'une région à l'autre (p. ex. déploiement du SIAD ou des gardes médicales) ainsi que le manque d'accès à des plateaux techniques en dehors du milieu hospitalier dans certaines régions.

2.2.9 Hospitalisations

Pour l'ensemble du Québec, 12 % des personnes de 65 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois au cours de l'année alors que ce pourcentage grimpe à 44 % chez les aînés qui reçoivent du SAD.

Toutefois, cette proportion est comparable à celle rapportée dans des études internationales (43 % à 46 %) menées en Espagne [Agredano *et al.*, 2021], aux États-Unis [Chapman *et al.*, 2024] et en Suisse [Mockli *et al.*, 2023]. Il est donc possible de constater que, comparativement à la littérature internationale, les aînés qui reçoivent du SAD au Québec visitent plus souvent l'urgence, mais ne sont pas plus hospitalisés.

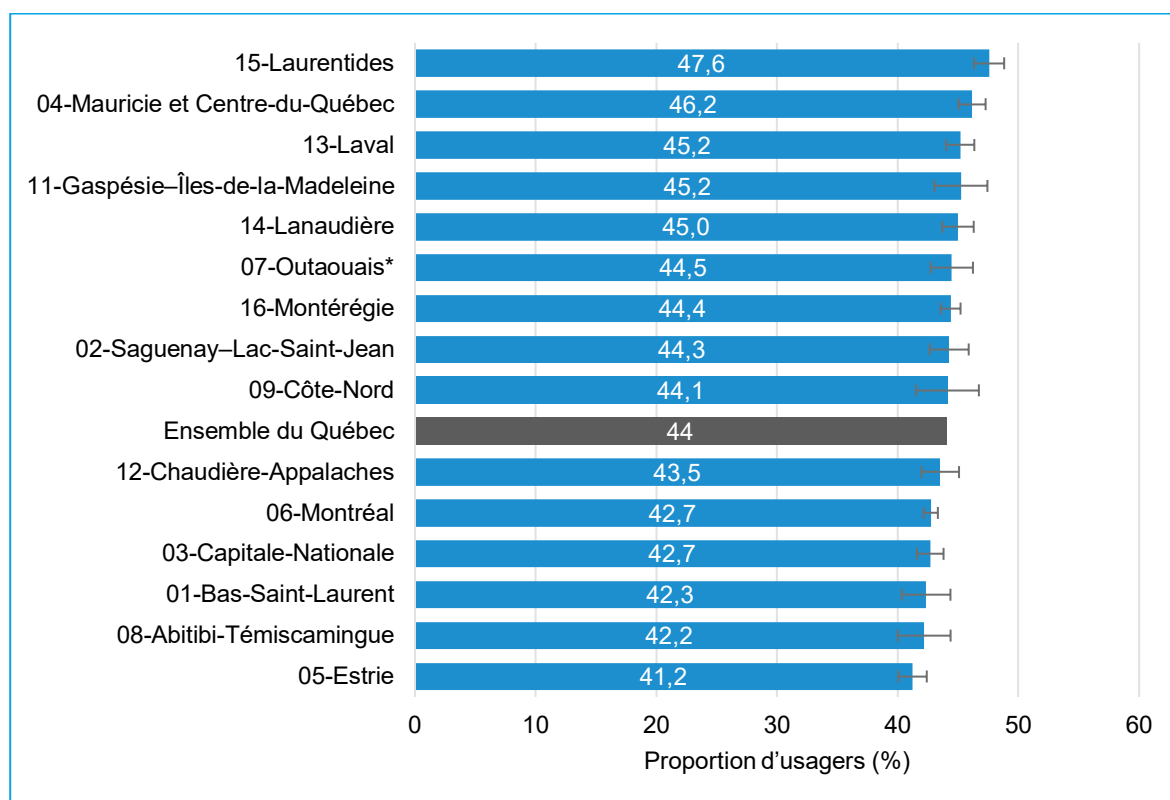
Figure 20 Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA ayant été hospitalisés au moins une fois en 2023-2024, selon les caractéristiques des usagers



La proportion d'usagers hospitalisés au moins une fois au cours de l'année augmente considérablement lorsque le nombre de conditions de santé augmente. Seulement 4 % des usagers présentant un faible nombre de conditions de santé (0 à 4 conditions) ont été hospitalisés comparativement à 69 % des usagers présentant un nombre élevé de conditions de santé (10 conditions ou plus). La proportion d'usagers hospitalisés au moins une fois au cours de l'année augmente aussi en fonction du nombre d'interventions professionnelles du SAD, quoique la différence soit moins marquée. La proportion d'usagers qui reçoivent un nombre élevé d'interventions professionnelles du

SAD (64 interventions ou plus) et qui ont été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année est de 62 % alors que cette proportion est de 35 % chez les usagers qui reçoivent un faible nombre d'interventions professionnelles du SAD (1 à 14 interventions). Enfin, la proportion d'usagers hospitalisés au moins une fois au cours de l'année varie selon le profil d'autonomie fonctionnelle. La proportion des personnes ayant des atteintes mixtes et graves qui ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année est de 58 %, alors qu'elle n'est que de 34 % chez les personnes ayant des atteintes limitées aux activités de la vie domestique. On remarque que les personnes ayant des atteintes motrices prédominantes sont davantage hospitalisées que celles ayant des atteintes mentales prédominantes. Selon les membres du comité, cela pourrait s'expliquer entre autres par le besoin d'aide aux transferts et à la mobilité qui peut s'accroître lorsque la condition médicale se détériore. Cela peut parfois dépasser les capacités des personnes proches aidantes et nécessiter une hospitalisation, même si la condition médicale en soi ne requiert pas d'hospitalisation.

Figure 21 Proportion des usagers des programmes SAD-SAPA ayant été hospitalisés au moins une fois en 2023-2024, selon les régions



Données ajustées pour l'âge, le sexe et le nombre de conditions de santé des usagers.

* Attention à l'interprétation des données de l'Outaouais : les services aux résidents de l'Outaouais offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, ce qui peut affecter le nombre de services recensés, mais aussi le nombre de conditions de santé répertoriées, et donc avoir un impact sur l'ajustement des données.

Concernant les hospitalisations, peu de variation est observée selon les régions.

Faits saillants :

- 63 % des usagers des programmes SAD-SAPA ont visité l'urgence au cours de l'année. Cette proportion est plus élevée que celle rapportée dans la littérature internationale (34 % à 52 %).
- La proportion de visites de priorité P4 ou P5 parmi l'ensemble des visites à l'urgence est très variable d'une région à l'autre (de 15 % à 43 %).
- La proportion d'usagers hospitalisés (44 %) est comparable à celle rapportée dans la littérature internationale et varie peu d'une région à l'autre.

2.3 Facteurs qui peuvent influencer l'utilisation des services médicaux par les aînés recevant des services de SAD

Les résultats de cette section visent à répondre à la troisième question d'évaluation et donc à identifier les facteurs qui influencent l'utilisation des services médicaux par les personnes âgées qui reçoivent des services de SAD. La consultation de la littérature a permis de dégager l'influence de divers facteurs individuels et organisationnels, et la consultation des parties prenantes a permis certaines précisions à la lumière du contexte québécois. Les principaux facteurs recensés peuvent entre autres aider à comprendre certaines variations observées dans l'utilisation des services, telles que rapportées au chapitre précédent. Il est aussi à noter que la revue de littérature et les consultations visaient une exploration des facteurs afin de soutenir de futures réflexions sur l'utilisation des services. La synthèse des données présentée ci-dessous ne constitue donc pas un recensement exhaustif des pratiques actuelles au Québec.

La revue de littérature a permis de retenir 56 publications, dont 51 études primaires et 5 revues de littérature. Parmi les 51 études, 42 sont observationnelles et 9 d'intervention. Les études primaires proviennent majoritairement des États-Unis (23 études), alors que les autres proviennent d'Europe (14 études), du Canada (10 études) ou d'Asie (4 études). La majorité des études portait sur les facteurs influençant l'utilisation des urgences ($n = 32$) et les hospitalisations ($n = 54$). Peu d'études ont examiné les visites auprès d'un médecin de famille ou d'un(e) IPS-PL ($n = 5$) et les visites d'un médecin de famille à domicile ($n = 3$). Aucune étude n'a examiné les facteurs influençant les services des pharmaciens communautaires. Une synthèse des principaux facteurs est présentée dans cette section du rapport. Pour connaître l'ensemble des facteurs extraits et analysés pour ce projet, voir les [tableaux B-2 et B-3](#) de l'annexe B.

2.3.1 Facteurs individuels

Selon la littérature consultée, plusieurs facteurs individuels peuvent influencer l'utilisation des services chez les aînés qui reçoivent du SAD. Ces facteurs ont été regroupés en facteurs sociodémographiques et facteurs cliniques. La consultation du comité consultatif a permis de comprendre comment ces résultats trouvent écho dans le contexte québécois. La description des facteurs individuels permet de dresser un aperçu des caractéristiques des usagers des programmes SAD-SAPA les plus susceptibles d'utiliser des services médicaux. Ils peuvent ainsi aider à mieux comprendre les besoins de cette population et servir de complément à une réflexion sur les services permettant de répondre à ces besoins.

2.3.1.1 Facteurs sociodémographiques

2.3.1.1.1 Âge et sexe

Selon la littérature, parmi les personnes âgées qui reçoivent des services de SAD, ce sont celles âgées de 80 ans et plus qui sont les plus susceptibles d'être hospitalisées [Ronneikko *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2022; Gillespie *et al.*, 2021; Bick et Dowding, 2019]. Quant au sexe, les femmes visiteraient plus l'urgence [Chong *et al.*, 2022] alors que les hommes seraient plus souvent hospitalisés [Schmidt-Mende *et al.*, 2024; Bick et Dowding, 2019]. Dans le présent portrait d'utilisation des services, les résultats des indicateurs selon les différentes régions ont été ajustés en fonction de l'âge et du sexe faisant en sorte que ces deux facteurs ne peuvent pas expliquer les différences régionales observées.

2.3.1.1.2 Facteur culturel

Les résultats des études consultées indiquent que les personnes membres d'une minorité ethnique sont plus susceptibles de visiter l'urgence [Chong *et al.*, 2022] et d'être hospitalisées [Jung *et al.*, 2023; Chong *et al.*, 2022; Bick et Dowding, 2019]. L'influence de ce facteur n'a pas été examinée dans le présent portrait d'utilisation des services.

2.3.1.1.3 Situation sociale

Plusieurs études ont tenté d'examiner les visites à l'urgence ou l'hospitalisation en fonction de la situation sociale de la personne âgée qui reçoit des services de SAD. Les personnes vivant dans un quartier défavorisé ou en situation financière précaire ainsi que les personnes ayant un pauvre réseau social visiteraient plus souvent l'urgence [Jung *et al.*, 2024; Inoue *et al.*, 2022; Veyron *et al.*, 2019]. Il est à noter qu'il n'a pas été possible dans le présent projet de mesurer la défavorisation matérielle ou sociale en raison d'une grande quantité de données manquantes.

Certains résultats d'études indiquent que les personnes vivant seules sont plus susceptibles de visiter l'urgence [Chong *et al.*, 2022] ou d'être hospitalisées [Kosaka *et al.*, 2020] alors que d'autres résultats montrent que les personnes qui vivent avec d'autres personnes à domicile visitent plus l'urgence [Wang *et al.*, 2021] ou sont plus hospitalisées [Wang *et al.*, 2021; Bick et Dowding, 2019].

Selon les membres du Panel des usagers et des proches, les personnes proches aidantes sont parfois mieux placées que les usagers pour constater le besoin de recourir à des services hospitaliers et pour entreprendre les démarches requises.

Quant au fait de vivre dans une ressource d'hébergement, les résultats divergent également. Wang et ses collaborateurs [2021] indiquent que les personnes qui vivent dans une ressource d'hébergement aux États-Unis visitent moins l'urgence et sont moins hospitalisées que celles qui vivent à domicile avec d'autres personnes. Toutefois, Bick et Dowding [2019], en se basant sur une revue de littérature qui inclut 28 études, rapportent que ces personnes sont, au contraire, plus souvent hospitalisées.

2.3.1.1.4 Situation géographique

Selon la littérature, la situation géographique du domicile (région rurale ou urbaine) influence le nombre de visites à l'urgence effectuées par les aînés qui reçoivent du SAD [Jung *et al.*, 2024; Chong *et al.*, 2022; Quigley *et al.*, 2022; Chen *et al.*, 2020] ainsi que le nombre d'hospitalisations [Quigley *et al.*, 2022; Chen *et al.*, 2020; Bick et Dowding, 2019]. Les résultats du présent portrait indiquent qu'il existe effectivement des différences régionales au Québec, certaines régions présentant un plus haut taux de visites à l'urgence par les usagers des programmes SAD-SAPA. Les membres du comité consultatif ainsi que les membres du Panel des usagers et des proches soulignent qu'il peut être complexe pour les usagers du SAD de se déplacer pour consulter un médecin en clinique lorsque les distances à parcourir sont grandes. Parfois, la distance à parcourir pour consulter un médecin en clinique est supérieure à celle pour se rendre à l'urgence. Toutefois, contrairement aux différences régionales observées pour les visites à l'urgence, les taux d'hospitalisation sont similaires pour les différentes régions.

Faits saillants :

- Âge et sexe : Les personnes de 80 ans et plus seraient plus susceptibles d'être d'hospitalisées. Les femmes visiteraient plus souvent l'urgence alors que les hommes seraient plus souvent hospitalisés.
- Facteurs culturels : Les personnes membres d'une minorité ethnique sont plus susceptibles de visiter l'urgence et d'être hospitalisées.
- Situation sociale : Les personnes vivant en situation de défavorisation matérielle et sociale visiteraient plus souvent l'urgence.
- Situation géographique : Vivre en milieu urbain ou rural influence le nombre de visites à l'urgence, mais les résultats d'études divergent. Selon le comité consultatif, l'accès aux services et l'organisation de ceux-ci diffèrent en régions éloignées au Québec, notamment à cause de plus longues distances à parcourir pour consulter un médecin de famille.

2.3.1.2 Facteurs cliniques

2.3.1.2.1 État de santé général

Un pauvre état de santé ou un état instable chez les aînés qui reçoivent du SAD est associé à un plus haut taux de visites à l'urgence [McKay *et al.*, 2023] ou d'hospitalisation [Chae *et al.*, 2023; Ronneikko *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2022; Witt *et al.*, 2022; Gillespie *et al.*, 2021; Krogseth *et al.*, 2021; Bick et Dowding, 2019; Hebert *et al.*, 2019; Maxwell *et al.*, 2019].

Des résultats similaires ont été obtenus dans le présent projet puisqu'une plus grande proportion d'aînés présentant un nombre élevé de conditions de santé (10 conditions ou plus) ont visité l'urgence (tous niveaux de priorité confondus) et ont été hospitalisés comparativement à la proportion de personnes présentant un faible nombre de conditions de santé (0 à 4 conditions) ou un nombre moyen (5 à 9 conditions). Les membres du comité consultatif sont aussi d'avis que les personnes les plus susceptibles de visiter l'urgence ou d'être hospitalisées sont celles présentant une maladie chronique instable.

2.3.1.2.2 Conditions de santé et traitements

Plusieurs études ont examiné les conditions de santé ou les traitements associés à un plus haut taux de visites à l'urgence ou d'hospitalisation chez les aînés qui reçoivent du SAD. Ces conditions et traitements sont énumérés au [tableau 2](#).

Tableau 2 Conditions de santé et traitements associés à un plus haut taux de visites à l'urgence ou d'hospitalisation selon la littérature

Conditions de santé
• Cancer* [Gillespie <i>et al.</i>, 2021; Bick et Dowding, 2019] • Diabète* [Gillespie <i>et al.</i>, 2021; Bick et Dowding, 2019] • Douleur [Veyron <i>et al.</i>, 2019] • Dysphagie [Watanabe <i>et al.</i>, 2019] • Incontinence fécale hebdomadaire [Ronneikko <i>et al.</i>, 2023] • Infections urinaires [Ronneikko <i>et al.</i>, 2023; Bick et Dowding, 2019] • Lésions de la peau [Chae <i>et al.</i>, 2023; Ronneikko <i>et al.</i>, 2023; Bick et Dowding, 2019] • Maladies cardiovasculaires (p. ex. insuffisance cardiaque, maladie coronarienne) [Chae <i>et al.</i>, 2023; Ronneikko <i>et al.</i>, 2023; Lee <i>et al.</i>, 2022; Agredano <i>et al.</i>, 2021; Fismen <i>et al.</i>, 2021; Gillespie <i>et al.</i>, 2021; Osakwe <i>et al.</i>, 2020; Bick et Dowding, 2019] • Troubles musculosquelettiques* [Ronneikko <i>et al.</i>, 2023] • Maladies rénales (p. ex. insuffisance rénale) [Jung <i>et al.</i>, 2023; Ronneikko <i>et al.</i>, 2023; Agredano <i>et al.</i>, 2021; Fismen <i>et al.</i>, 2021; Bick et Dowding, 2019] • Maladies respiratoires (p. ex. maladie pulmonaire obstructive chronique, pneumonie, dyspnée) [Jung <i>et al.</i>, 2023; Ronneikko <i>et al.</i>, 2023; Agredano <i>et al.</i>, 2021; Fismen <i>et al.</i>, 2021; Gillespie <i>et al.</i>, 2021; Osakwe <i>et al.</i>, 2020; Bick et Dowding, 2019; Hebert <i>et al.</i>, 2019] • Troubles neurologiques (p. ex. Parkinson, accident vasculaire cérébral) [Ronneikko <i>et al.</i>, 2023; Osakwe <i>et al.</i>, 2020] • Troubles cognitifs* [Ronneikko <i>et al.</i>, 2023; Reaume <i>et al.</i>, 2021; Bick et Dowding, 2019] • Troubles de santé mentale* (p. ex. dépression, schizophrénie) [Jung <i>et al.</i>, 2023; Ronneikko <i>et al.</i>, 2023; Gillespie <i>et al.</i>, 2021; Osakwe <i>et al.</i>, 2020; Bick et Dowding, 2019]
Traitements
• Présence d'un cathéter urinaire [Schumacher <i>et al.</i>, 2021] • Complications à la suite d'un traitement (non spécifique) [Inoue <i>et al.</i>, 2022] • Effet secondaire d'une médication [Inoue <i>et al.</i>, 2022] • Erreur dans la prise de médication [Inoue <i>et al.</i>, 2022] • Polypharmacie ou médication potentiellement inappropriée pour des aînés [Wang <i>et al.</i>, 2022; Bick et Dowding, 2019] • Traitement par perfusion [Bick et Dowding, 2019]

* À noter que certaines études affirment au contraire que ces conditions peuvent être associées à une réduction du nombre de visites à l'urgence ou d'hospitalisations. Se référer au [tableau B-3](#) de l'annexe B pour des précisions.

Quoique ces conditions de santé soient associées à l'utilisation des services, elles ne sont pas nécessairement liées au motif de consultation médicale ou à la raison pour laquelle les personnes visitent l'urgence ou sont hospitalisées. En effet, une personne ayant une condition chronique pourrait recourir à l'urgence pour une condition aiguë qui n'y est pas liée. Dans le présent projet, il n'a pas été possible non plus d'identifier précisément les motifs de consultation puisque l'information dans les banques de données clinico-administratives est imprécise à cet égard.

En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), bien que certaines études indiquent que les personnes qui en sont atteintes visitent plus l'urgence ou sont plus hospitalisées [Ronneikko *et al.*, 2023; Osakwe *et al.*, 2020; Bick et Dowding, 2019], d'autres auteurs affirment le contraire [Krogseth *et al.*, 2021; Reaume *et al.*, 2021; Maxwell *et al.*, 2019]. Ils expliquent qu'il est possible que les personnes présentant des troubles neurocognitifs aient accès à du soutien ou à un suivi plus étroit en SAD permettant d'éviter des visites à l'urgence, ou qu'elles aient établi un plan de soins spécifiant d'éviter l'hospitalisation sauf dans des cas urgents [Krogseth *et al.*, 2021; Maxwell *et al.*, 2019]. L'évaluation et la réévaluation périodiques, le partenariat, la coordination, la planification des soins et des services, le partage de l'information ainsi que le suivi de la thérapie médicamenteuse sont au cœur des pratiques exemplaires pour soutenir les personnes vivant avec un TNCM [INESSS, 2024e]. La mise en place de telles pratiques en première ligne pourrait influencer le recours aux services d'urgence ou les hospitalisations.

Dans le présent portrait, on remarque que les personnes ayant des atteintes mentales prédominantes (c'est-à-dire des troubles cognitifs) ont moins de visites auprès d'un médecin de famille ou d'un(e) IPS-PL et sont moins hospitalisées que celles ayant des atteintes motrices prédominantes. Certains membres du comité rapportent que les personnes ayant des troubles cognitifs ont plus de difficulté à verbaliser leurs problèmes de santé physique et que les troubles mentaux peuvent être priorisés plutôt que les besoins médicaux, ce qui pourrait expliquer en partie ces résultats. Il est aussi à noter que les services de première ligne en services sociaux et en santé mentale n'ont pas fait l'objet des présents travaux.

De plus, l'utilisation de plusieurs médicaments chez les aînés augmente le risque d'effets indésirables [INESSS, 2024b]. Chez les aînés qui reçoivent du SAD, l'étude de Jones et ses collaborateurs [2019] montre que l'utilisation de plus de neuf médicaments serait associée à plus de visites médicales en clinique. Par ailleurs, les résultats d'une autre étude indiquent que les aînés qui reçoivent du SAD et qui utilisent des opioïdes à long terme sont plus susceptibles de recevoir des visites médicales à domicile ou de devoir recourir à des visites médicales en clinique [Morttinen-Vallius *et al.*, 2023]. Des études examinant l'influence de la prise des autres types de médicaments sur l'utilisation des services médicaux chez les aînés qui reçoivent du SAD n'ont pas été repérées.

2.3.1.2.3 Niveau d'autonomie fonctionnelle

Selon la littérature, le niveau d'autonomie fonctionnelle affecte l'utilisation des services médicaux. Les aînés présentant des déficits fonctionnels importants sont plus susceptibles de recevoir des visites médicales à domicile [Jones *et al.*, 2019]. Un déclin de l'autonomie fonctionnelle (p. ex. problème de communication ou de mobilité) et les conséquences qui en découlent (p. ex. chute) sont aussi associés à un taux plus élevé de visites à l'urgence [Veyron *et al.*, 2019] et d'hospitalisation chez les aînés qui reçoivent des services de SAD [Chae *et al.*, 2023; Ronneikko *et al.*, 2023; Agredano *et al.*, 2021; Gillespie *et al.*, 2021; Bick et Dowding, 2019].

Les membres du comité consultatif mentionnent que certaines visites à l'urgence de priorité P4 ou P5 seraient effectuées par des aînés ayant chuté, mais ne présentant pas de conséquences associées à la chute. Selon eux, il arrive que, dans les résidences privées pour aînés (RPA), le personnel conseille à l'usager de se rendre à l'urgence à la suite d'une chute, peu importe son état, à cause de l'absence de services professionnels pour soutenir la prise de décision. De plus, les aînés en attente de relocalisation présentant des troubles de la mobilité et des troubles cognitifs seraient, selon les membres du comité consultatif, ceux plus souvent admis de façon répétée à l'hôpital.

2.3.1.2.4 Besoins non comblés

Selon la littérature, les aînés qui reçoivent du SAD visitent plus l'urgence et sont plus hospitalisés lorsque certains de leurs besoins ne sont pas comblés. Ces besoins concernent particulièrement ceux d'assistance ou d'aide technique pour réaliser des activités quotidiennes, d'adaptation du domicile ou de transport adapté [Jung *et al.*, 2023; Ronneikko *et al.*, 2023; Chong *et al.*, 2022; Gillespie *et al.*, 2021; Bick et Dowding, 2019; Osakwe *et al.*, 2019].

Le comité consultatif souligne qu'une condition aiguë qui ne nécessite pas un recours à l'urgence ou une hospitalisation, comme l'influenza ou une infection urinaire, peut cependant causer ou amplifier un déclin de l'autonomie fonctionnelle chez les aînés qui reçoivent du SAD. Il arrive que cette perte d'autonomie dépasse les capacités des personnes proches aidantes, qui recourent alors à l'urgence pour obtenir du soutien pour l'usager.

De plus, les membres du comité ajoutent que les motifs de consultation à l'urgence pour des problématiques jugées peu prioritaires (de priorité P4 ou P5) s'expliqueraient largement par des besoins psychosociaux non comblés. Ce seraient particulièrement les aînés aux prises avec des SCPD, tels que l'agitation ou l'agressivité, qui effectueraient des visites à l'urgence de priorité P4 ou P5 lorsque le milieu de vie ne peut plus composer avec ces comportements. Les membres du comité consultatif conviennent qu'une consultation médicale en clinique ou à domicile ne parviendrait pas toujours à prévenir de telles visites à l'urgence, à l'exception de l'ajustement de la médication pour la prise en charge des SCPD dans certains cas.

Enfin, le comité mentionne que le transport par ambulance vers l'urgence est gratuit pour les aînés, faisant en sorte que les usagers à mobilité réduite optent parfois pour l'urgence plutôt que de payer pour un transport médical pour se rendre à la clinique.

2.3.1.2.5 Services reçus par l'utilisateur

Dans le présent portrait d'utilisation des services, les usagers des programmes SAD-SAPA bénéficiant d'un nombre élevé d'interventions professionnelles du SAD reçoivent plus de visites d'un médecin de famille à domicile, effectuent plus de consultations médicales avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL, utilisent plus les services d'un pharmacien communautaire, visitent plus l'urgence et sont plus hospitalisés que les personnes bénéficiant d'un nombre moyen ou faible d'interventions professionnelles. Selon les membres du comité consultatif, les personnes recevant beaucoup de services du SAD sont celles présentant une plus grande complexité clinique, donc celles les plus enclines à devoir recourir à des services médicaux.

Cela est corroboré par plusieurs études qui soulignent cette association entre les soins infirmiers ou les services d'assistance à domicile et le taux de visites à l'urgence ou d'hospitalisation pour les aînés recevant des services de SAD [Schmidt-Mende *et al.*, 2024; Chae *et al.*, 2023; Jung *et al.*, 2023; Witt *et al.*, 2022; Schumacher *et al.*, 2021; Jones *et al.*, 2020a; Osakwe *et al.*, 2020; Bick et Dowding, 2019]. Bien qu'on puisse penser que les services professionnels ou d'assistance à domicile permettent d'éviter le recours à l'urgence et à l'hospitalisation, certains auteurs supposent que la complexité clinique des grands utilisateurs de services de SAD explique aussi leur taux plus élevé d'hospitalisation et de visites à l'urgence [Schmidt-Mende *et al.*, 2024; Osakwe *et al.*, 2020].

2.3.1.2.6 Planification des soins

Deux aspects de la planification des soins offerts aux aînés recevant des services de SAD ont été identifiés dans la littérature comme ayant une influence sur l'utilisation des services médicaux par cette population.

Tout d'abord, l'identification des personnes à risque de visites à l'urgence, parmi celles qui reçoivent des services de SAD, permettrait de mieux cibler les personnes qui bénéficieraient d'une prise en charge supplémentaire dans la communauté [Mowbray *et al.*, 2020]. C'est sur cette prémisse que le *Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Department Room Trip* (DIVERTE) a été développé par une équipe ontarienne. Le but de cette échelle est de prédire le risque de visites à l'urgence des personnes recevant des services de SAD. Les facteurs qui doivent être pris en considération dans la cotation sont les symptômes cardio-respiratoires, la condition cardiaque, les symptômes associés à l'humeur, le déclin fonctionnel et certains syndromes gériatriques. Selon deux études, l'échelle DIVERTE permettrait de prédire les visites à l'urgence [Mowbray *et al.*, 2020] et l'hospitalisation [Ronneikko *et al.*, 2022; Mowbray *et al.*, 2020]. Cependant, les résultats des deux études montrent que la validité prédictive de cette échelle est plutôt faible (aire sous la courbe entre 0,617 et 0,664).

Par ailleurs, une étude révèle qu'une planification préalable des soins serait associée à un plus faible taux de visites non urgentes à l'urgence chez les aînés qui reçoivent du SAD [Inoue *et al.*, 2022]. La planification préalable des soins est un processus où la personne, ses proches et les prestataires de soins sont amenés à réfléchir aux types de soins et de services que la personne accepterait de recevoir advenant qu'elle ne soit plus en mesure d'exprimer ses volontés [INESSS, 2024a]. Au Québec, la planification préalable des soins s'effectue par l'entremise d'un processus de formulation d'un objectif de soins (parfois appelé niveaux de soins ou niveau d'intervention médicale).

Selon les membres du comité consultatif, lorsque les usagers ont un objectif de soins élevé plutôt qu'un objectif de confort à domicile, cela peut entraîner des visites à l'urgence ou des hospitalisations répétées.

2.3.1.2.7 Connaissances à propos des services de santé

Selon le comité consultatif, la connaissance qu'ont les usagers, les proches et les intervenants des raisons qui nécessitent une consultation médicale influence leur utilisation des services. De plus, leurs connaissances des différentes ressources à leur disposition qui peuvent répondre aux besoins de nature médicale influencent aussi leur utilisation des services.

Les membres rapportent, par exemple, que certaines personnes âgées vivant en RI-RTF ou en RPA sont connues au SAD seulement dans le contexte de l'évaluation de la distribution et de l'administration de la médication (certification exigée par la loi 90). Puisque certaines de ces personnes ne sont pas activement suivies par un intervenant du SAD, ces personnes ainsi que les intervenants de la RI, de la RTF ou de la RPA ne savent pas à qui se référer pour un suivi ponctuel du SAD ou n'ont pas le réflexe d'appeler le SAD lorsque se présente une problématique de santé.

Le Panel des usagers et des proches de la DESA souligne aussi l'importance d'expliquer les ressources disponibles dans la communauté aux personnes âgées et à leurs proches afin de réduire les visites évitables à l'urgence.

Faits saillants :

- État de santé général : Les personnes présentant un pauvre état de santé général ou un état instable visiteraient plus souvent l'urgence ou seraient plus souvent hospitalisées.
- Conditions de santé et traitements : Plusieurs conditions de santé physique, mais aussi quelques conditions de santé mentale, ainsi que certains traitements sont associés à un plus haut taux de visites à l'urgence ou d'hospitalisation. Selon le comité consultatif, une condition aiguë qui ne nécessite pas un recours à l'urgence ou une hospitalisation, comme l'influenza ou une infection urinaire, peut cependant causer ou amplifier un déclin de l'autonomie fonctionnelle chez les usagers des programmes SAD-SAPA. Il arrive que cette perte d'autonomie dépasse les capacités des personnes proches aidantes, qui recourent alors à l'urgence pour obtenir du soutien pour l'usager.
- Niveau d'autonomie fonctionnelle : Les personnes présentant des déficits fonctionnels sont plus susceptibles de recevoir des visites médicales à domicile, visiteraient plus souvent l'urgence et seraient plus souvent hospitalisées. Selon le comité consultatif, les chutes chez les usagers des programmes SAD-SAPA ayant des difficultés de mobilité seraient souvent une cause de visites à l'urgence.
- Besoins non comblés : Les personnes présentant des besoins non comblés d'assistance et d'aide technique pour réaliser les AVQ, d'adaptation du domicile ou de transport adapté sont plus susceptibles de visiter l'urgence et d'être hospitalisées. Selon les membres du comité consultatif, ce seraient particulièrement les aînés aux prises avec des SCPD, tels que l'agitation ou l'agressivité, qui effectueraient des visites à l'urgence de priorité P4 ou P5 lorsque les personnes proches aidantes sont épuisées et ne peuvent plus composer avec ces comportements.
- Planification des soins : L'identification des personnes à risque de visites à l'urgence et une planification préalable des soins pourraient mener à une diminution des visites à l'urgence.

2.3.2 Facteurs organisationnels

Selon la littérature consultée, les facteurs organisationnels qui influencent l'utilisation des services médicaux chez les aînés qui reçoivent du SAD seraient ceux liés à l'accès aux services et à la continuité des services. Ici, la consultation du comité consultatif a permis de dresser un aperçu des moyens mis en place dans différentes régions québécoises pour améliorer ces aspects de nature organisationnelle.

2.3.2.1 Facteurs liés à l'accès aux services

2.3.2.1.1 Services médicaux offerts par un médecin

Selon les membres du comité consultatif et du Panel des usagers et des proches, la difficulté d'accès à une consultation médicale en clinique ou à domicile peut engendrer des visites à l'urgence chez les personnes âgées qui reçoivent du SAD, et ce, même pour les usagers qui sont inscrits auprès d'un médecin de famille. Selon eux, la difficulté d'accès au médecin en temps opportun et à domicile pourrait s'expliquer entre autres par :

- le peu de médecins disponibles, en particulier de médecins qui font des visites à domicile;
- les plages horaires restreintes ou la non-disponibilité de rendez-vous en clinique;
- la difficulté pour les usagers de se déplacer à la clinique;
- les difficultés d'accès ou l'insuffisance des services de transport adapté.

Pour pallier ces difficultés d'accès à un médecin de famille, certains services de SAD ont établi une garde médicale qui permet aux intervenants de joindre un médecin en tout temps. L'accès aux gardes médicales et l'organisation de celles-ci sont très variables d'une région à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'une même région.

Dans la littérature scientifique, quelques études indiquent que l'accès à des visites médicales à domicile [Burgos Diez *et al.*, 2022; Jones *et al.*, 2020b] ou à des visites médicales en clinique en dehors des heures habituelles d'ouverture [Jones *et al.*, 2020a] est associé à un plus faible taux de consultations à l'urgence chez les personnes âgées qui reçoivent du SAD. Toutefois, le risque de visites à l'urgence est augmenté en l'absence du plateau technique requis, tel qu'un examen d'imagerie [Inoue *et al.*, 2022]. En ce qui a trait aux hospitalisations, Jones et ses collaborateurs [2020b] mentionnent que les visites de médecins à domicile sont associées à un plus faible taux d'hospitalisation chez les personnes âgées qui reçoivent du SAD.

2.3.2.1.2 Services médicaux offerts par d'autres professionnels

Plutôt que de se diriger à l'urgence pour des besoins médicaux non urgents (priorités P4 ou P5), les personnes âgées en SAD pourraient potentiellement obtenir une réponse à leurs besoins médicaux par d'autres professionnels, selon les membres du comité consultatif. De même, les membres du Panel des usagers soulignent l'importance de valoriser le travail de différentes professions en vue d'éviter le recours automatique à l'urgence. Les autres professions qui ont été abordées par les personnes consultées, ainsi que dans la revue de littérature, sont principalement les infirmières praticiennes spécialisées et les pharmaciens.

2.3.2.1.2.1 *Infirmier(ère)s praticien(ne)s spécialisé(e)s*

Le rôle potentiel des infirmier(ère)s praticien(ne)s spécialisé(e)s en première ligne (IPS-PL) au SAD est abordé dans la littérature. Cependant, les membres du comité consultatif mentionnent que les IPS-PL sont peu présent(e)s au sein des équipes SAD au Québec. Les auteurs d'une revue de littérature mentionnent que les soins offerts par des IPS à domicile pourraient réduire l'utilisation des autres services de santé. En effet, la majorité des études retenues indiquaient que ces services étaient associés à une réduction des visites à l'urgence ou des hospitalisations [Sun *et al.*, 2022].

De leur côté, Carlson et ses collaborateurs [2022] ont étudié les effets d'un programme offrant des soins aigus à domicile aux personnes âgées fragiles¹ vivant dans la communauté. Les services étaient offerts par des IPS et d'autres professionnels ayant une fonction semblable, soit des intervenants en pratiques avancées (*advanced practice providers*) ou assistants médicaux (*physician assistants*). Ces intervenants étaient munis de certains équipements de laboratoire de base (p. ex. glucomètres, tests urinaires) et pouvaient prescrire des tests supplémentaires à domicile (p. ex. rayons X, échographies) par un fournisseur externe. Ils intervenaient typiquement pour des conditions comme l'exacerbation de problèmes cardiaques, les chutes, les infections urinaires, etc. Leurs services étaient offerts dans les 24 à 48 heures suivant la demande et se limitaient à un maximum de trois visites sur une période de 14 jours. Le programme n'est pas associé à une réduction significative des visites à l'urgence ou du taux d'hospitalisation, ce que les auteurs attribuent possiblement aux critères d'admissibilité trop larges pour les services [Carlson *et al.*, 2022]. Ils avancent que certaines conditions n'étaient pas traitables par ce type d'intervenants et qu'un modèle de soins axé sur la gestion des maladies chroniques, plutôt que sur les problèmes aigus, serait possiblement plus indiqué pour certains des usagers rencontrés.

2.3.2.1.2.2 *Pharmaciens*

Trois études américaines rapportent que les services d'une équipe interdisciplinaire en SAD, incluant la contribution d'un pharmacien, seraient associés à un plus faible taux de visites à l'urgence [Woodall *et al.*, 2023] ou d'hospitalisation [Mills *et al.*, 2024; Woodall *et al.*, 2023; Baird *et al.*, 2020] chez les aînés qui reçoivent du SAD. Dans l'étude de Woodall et ses collaborateurs [2023], le pharmacien et le médecin réalisaient des visites à domicile conjointes au début du suivi interdisciplinaire et tous les trois mois. À chaque visite, le pharmacien révisait la thérapie médicamenteuse. D'autres professionnels de l'équipe, dont une infirmière, un ergothérapeute ou une personne chargée de soutenir les personnes proches aidantes réalisaient également des visites à domicile au besoin [Woodall *et al.*, 2023]. Dans l'étude de Baird et ses collaborateurs [2020], le bilan comparatif des médicaments était réalisé par un technicien en pharmacie et supervisé par un pharmacien. Une collaboration avec une infirmière était également sollicitée pour effectuer certains suivis au besoin. De leur côté, Mills et ses collaborateurs [2024] ont

¹ « La fragilité est un concept essentiel en médecine gériatrique et se définit par une réduction généralisée des réserves homéostatiques de plusieurs systèmes physiologiques conduisant à un état de vulnérabilité accrue qui rend plus difficile l'adaptation de la personne âgée aux événements stressants de la vie » ([INSPQ, 2018, page 1](#)).

étudié un programme de gestion de la médication à domicile qui incluait le bilan comparatif des médicaments, la synchronisation des prescriptions entre pharmacies, des suivis par l'infirmière et une ligne téléphonique 24/7 où l'utilisateur ou sa famille pouvaient joindre une infirmière.

Par ailleurs, West et ses collaborateurs [2019] ont réalisé une revue de littérature portant sur le rôle des pharmaciens auprès de personnes avec insuffisance cardiaque vivant dans la communauté. Ils ont inclus sept études abordant spécifiquement les visites à domicile par les pharmaciens, tantôt effectuées de façon indépendante, tantôt de concert avec d'autres professionnels. Les effets de ces visites sur le taux d'hospitalisation diffèrent au sein de ces études, de sorte qu'il n'est pas possible d'en tirer de conclusion claire pour cette population [West *et al.*, 2019].

Selon les membres du comité consultatif, le rôle que peut assumer le pharmacien communautaire auprès des usagers en SAD au Québec est de collaborer au bilan de la médication et d'être en lien avec l'équipe médicale, notamment en adoptant un rôle d'expert-conseil auprès de l'infirmière du SAD ou du médecin. Le pharmacien communautaire n'est toutefois pas toujours informé que l'utilisateur reçoit des services de SAD. Le pharmacien peut également effectuer certains actes de première ligne comme la prescription, la modification, l'arrêt ou la prolongation d'une thérapie médicamenteuse pour les usagers, mais, selon les membres du Panel, ce rôle n'est pas nécessairement connu de tous. Le comité indique que les pharmaciens communautaires ne font habituellement pas de visites à domicile. Selon un sondage réalisé au Québec il y a quelques années [Guénette *et al.*, 2020], une faible proportion de pharmaciens exerçant en GMF réaliserait parfois des visites à domicile. De plus, bien qu'il y ait eu certains projets pilotes par le passé, il n'y aurait pas de pharmaciens qui soient intégrés directement dans les équipes de SAD au Québec présentement.

2.3.2.1.2.3 Services offerts par une équipe multidisciplinaire

Deux études espagnoles décrivent des services offerts par des équipes multidisciplinaires à domicile pour des personnes présentant des maladies chroniques. Les services ont mené à une réduction significative du nombre d'hospitalisations et de visites à l'urgence chez leurs usagers [Diaz-Gomez *et al.*, 2023; Burgos Diez *et al.*, 2022]. Dans l'étude de Diaz Gomez et ses collaborateurs [2023], l'équipe multidisciplinaire inclut des gériatres, des infirmières, des travailleurs sociaux et des infirmières auxiliaires. Des visites médicales conjointes avec le médecin et l'infirmière étaient réalisées au début du programme et lors des exacerbations de la maladie chronique. Dans l'étude de Burgos Diez et ses collaborateurs [2022], les services étaient offerts par des infirmières et des médecins ayant reçu une formation supplémentaire sur les maladies chroniques, la fragilité et les soins palliatifs. Une ligne téléphonique permettait aussi aux usagers d'obtenir des conseils ou de planifier une visite d'un médecin à domicile lorsqu'indiqué, et ce, même en dehors des heures d'ouverture habituelle.

Aux États-Unis, des services multidisciplinaires de soins primaires à domicile ont été offerts à des vétérans ayant des conditions de santé chroniques, complexes et invalidantes qui pouvaient difficilement se rendre à une clinique [Gillespie *et al.*, 2021]. L'équipe était composée de médecins, d'infirmières, de nutritionnistes, de travailleurs sociaux, de pharmaciens, de thérapeutes en réadaptation et d'intervenants en santé mentale. Comparativement aux vétérans recevant des services en clinique, ceux ayant obtenu ces services à domicile ont été moins fréquemment hospitalisés.

Des services semblables ont été instaurés dans certaines régions du Québec depuis quelques années, sous le nom de Services de soins intensifs à domicile (SIAD). Dans le cadre du SIAD, des médecins ou des infirmières réalisent des visites à domicile pour des problèmes de santé aigus dans le but d'éviter l'hospitalisation, chez des usagers ayant des conditions chroniques sévères et instables. Ce suivi médical se veut intensif et rapide (en moins de 24 heures) [Forcier *et al.*, 2023]. Les membres du comité consultatif soulignent que le déploiement du SIAD est actuellement variable selon les différentes régions du Québec.

Faits saillants :

- Services médicaux offerts par un médecin : L'accès à des visites d'un médecin à domicile ou en clinique en dehors des heures habituelles est associé à de plus faibles taux de visites à l'urgence et d'hospitalisation.
- Services médicaux offerts par d'autres professionnels : Certaines études associent les soins et services offerts par les IPS ou les pharmaciens à de plus faibles taux de visites à l'urgence et d'hospitalisation.
- Services offerts par une équipe multidisciplinaire : Des services multidisciplinaires à domicile pour des personnes présentant des maladies chroniques sont associés à de plus faibles taux de visites à l'urgence ou d'hospitalisation.

2.3.2.2 Facteurs liés à la continuité des services

Divers aspects entourant la continuité des services peuvent également influencer l'utilisation des services chez les personnes âgées qui reçoivent du SAD. Ces aspects sont liés à la coordination des services, à la continuité relationnelle et à la collaboration interprofessionnelle.

2.3.2.2.1 Coordination des services

D'abord, selon les membres du comité consultatif, la communication entre les intervenants du SAD et ceux du GMF, des RI-RTF, des RPA et les pharmaciens communautaires est essentielle et permettrait dans certains cas d'éviter le recours à l'urgence. Cela concorde avec les données issues de la littérature. En effet, Diaz Gomez et ses collaborateurs [2023], dans leur description du programme interdisciplinaire pour

les personnes ayant des maladies chroniques à domicile en Espagne (voir la section précédente), expliquent que la communication entre les programmes-services permet d'établir des objectifs communs avec les autres équipes de soins et de favoriser l'accès aux services requis en temps opportun. Les membres du comité mentionnent également que l'établissement de corridors ou trajectoires de services (p. ex. pour la radiologie) pourrait aider à mieux répondre aux besoins médicaux de certains usagers, tout en évitant le recours à l'urgence. Il existe dans certains milieux hospitaliers des services d'« accueil clinique » offrant des examens diagnostiques et des interventions spécialisées pour des conditions précises (p. ex. diverticulite, hématurie) en contexte ambulatoire. Toutefois, la complexité clinique présentée par les usagers des programmes SAD-SAPA et les enjeux de transport médical peuvent nuire à l'accès à ces services pour cette clientèle.

La coordination des services peut aussi être favorisée par la présence d'un intervenant désigné. Aux États-Unis, Sadarangani et ses collaborateurs [2019] ont étudié les effets d'un programme de soins à domicile pour les personnes âgées ayant des maladies chroniques. Au sein de l'équipe interdisciplinaire, une infirmière « navigatrice » avait pour rôle principal d'évaluer les besoins des usagers et de faciliter la coordination entre les différents services requis pour y répondre. Le nombre de visites à l'urgence a diminué chez les usagers de ce programme, mais le nombre d'hospitalisations n'a pas diminué de façon significative [Sadarangani *et al.*, 2019]. Au Québec, selon les membres du comité, différents rôles s'apparentent à celui de l'infirmière navigatrice, par exemple gestionnaire de cas, intervenant pivot, infirmière de gestion de l'épisode de soins.

En Suisse, Möckli et ses collaborateurs [2023] ont sondé plus de 1400 personnes âgées recevant des services à domicile sur leur perception du niveau de coordination des services reçus. Les usagers devaient se prononcer sur leur impression quant au fait que les intervenants travaillaient bien en équipe, qu'ils savaient ce que chacun devait faire, et indiquer s'ils avaient reçu des informations ou conseils contradictoires de la part des différents intervenants. Plus les usagers percevaient des problèmes dans la coordination de leurs services à domicile, plus les taux de visites médicales non planifiées et d'hospitalisation étaient élevés. Le niveau de coordination des services perçu par les usagers n'était toutefois pas associé au nombre de visites à l'urgence [Mockli *et al.*, 2023].

2.3.2.2.2 Continuité relationnelle

Quelques études se sont penchées spécifiquement sur l'association entre la continuité relationnelle, c'est-à-dire le fait de recevoir les services par le même médecin ou intervenant, et l'utilisation des services chez les personnes âgées qui reçoivent du SAD [Dyer *et al.*, 2022; Edwards *et al.*, 2022; Jones *et al.*, 2020c]. Elles arrivent toutes à la conclusion que de plus faibles taux de visites à l'urgence et d'hospitalisation sont observés lorsque l'utilisateur voit plus souvent le même médecin de famille [Dyer *et al.*, 2022; Jones *et al.*, 2020c], médecin spécialiste [Jones *et al.*, 2020c] ou professionnel en soins primaires [Edwards *et al.*, 2022] que lorsque ces intervenants sont différents d'une fois à l'autre.

Selon le comité, la volonté d'assurer la stabilité du personnel pour l'usager est généralement présente en SAD. Toutefois, il est parfois difficile de maintenir cette continuité relationnelle en raison du manque et du roulement de personnel.

2.3.2.2.3 Collaboration interprofessionnelle

Les membres du comité ont soulevé certains éléments entourant la collaboration entre différents professionnels qui pourraient avoir une influence sur l'utilisation des services chez les personnes âgées en SAD.

D'abord, ils mentionnent que certains intervenants non professionnels, particulièrement en RI et en RPA, manquent de soutien ou d'encadrement de la part de personnes professionnelles pour évaluer le suivi nécessaire lorsqu'un incident survient, tel qu'une chute, des comportements problématiques liés à la démence ou une difficulté liée à la gestion de la médication. L'usager est donc parfois dirigé vers l'urgence alors que d'autres professionnels auraient possiblement pu intervenir. Les membres du comité soulignent que l'évaluation des facteurs de risque et l'instauration d'algorithmes décisionnels ou de plans d'action personnalisés pourraient possiblement outiller ces intervenants non professionnels lorsque ces événements surviennent. Plusieurs milieux ont également instauré une garde infirmière pour les RI et les RPA pour répondre à ce besoin, mais les modalités d'accès et l'organisation de ce service sont très variables d'une région à l'autre et même à l'intérieur d'une même région.

Selon les membres du comité, les pratiques interdisciplinaires suivantes pourraient permettre de répondre aux besoins médicaux des usagers et possiblement éviter le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation :

- Dans certains milieux, le médecin du SAD agit régulièrement comme consultant pour soutenir l'infirmière lorsqu'un besoin médical survient, plutôt que de rencontrer directement les usagers.
- Parfois, lorsque l'infirmière est à domicile, le médecin peut aussi être joint à distance pour une téléconsultation. Des projets pilotes sont en cours, mais cette pratique ne serait pas encore déployée à grande échelle. Cette stratégie est également abordée par Dyer et ses collaborateurs [2022] dans leur revue de littérature sur la continuité relationnelle avec les médecins auprès des usagers en SAD.
- Dans certains milieux, des discussions de cas hebdomadaires ont lieu entre les médecins du GMF et les intervenants du SAD.
- Des ordonnances collectives dans le réseau de la santé et des services sociaux permettent « à un professionnel de la santé ou à une personne habilitée d'exercer certaines activités réservées ou autorisées sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin, et ce, dans les circonstances cliniques et aux conditions qui y sont précisées. Cela implique que la personne qui fait l'objet de l'ordonnance n'a pas, au préalable, à être évaluée par le médecin » [CMQ, 2017, p. 6].

L'application d'ordonnances collectives pour certaines conditions médicales pourrait être pertinente en SAD (p. ex. initier des mesures diagnostiques en présence de symptômes et de signes suggestifs d'une infection urinaire, prévention et traitement de la constipation). De telles ordonnances existent déjà au Québec, par exemple l'ordonnance collective portant sur les infections urinaires [INESSS, 2023b]. Cependant, selon les membres du comité, ces ordonnances collectives seraient très peu utilisées présentement en SAD, en raison notamment de multiples exceptions pour la clientèle gériatrique et de la difficulté à trouver un médecin répondant. Le médecin répondant a pour rôle de répondre aux questions relatives à l'application des ordonnances collectives et d'orienter les professionnels au besoin pour le suivi de l'utilisateur [CMQ, 2017]. Les membres du comité mentionnent que la procédure pourrait être facilitée si les IPS pouvaient signer en tant que répondantes pour les ordonnances collectives.

Faits saillants :

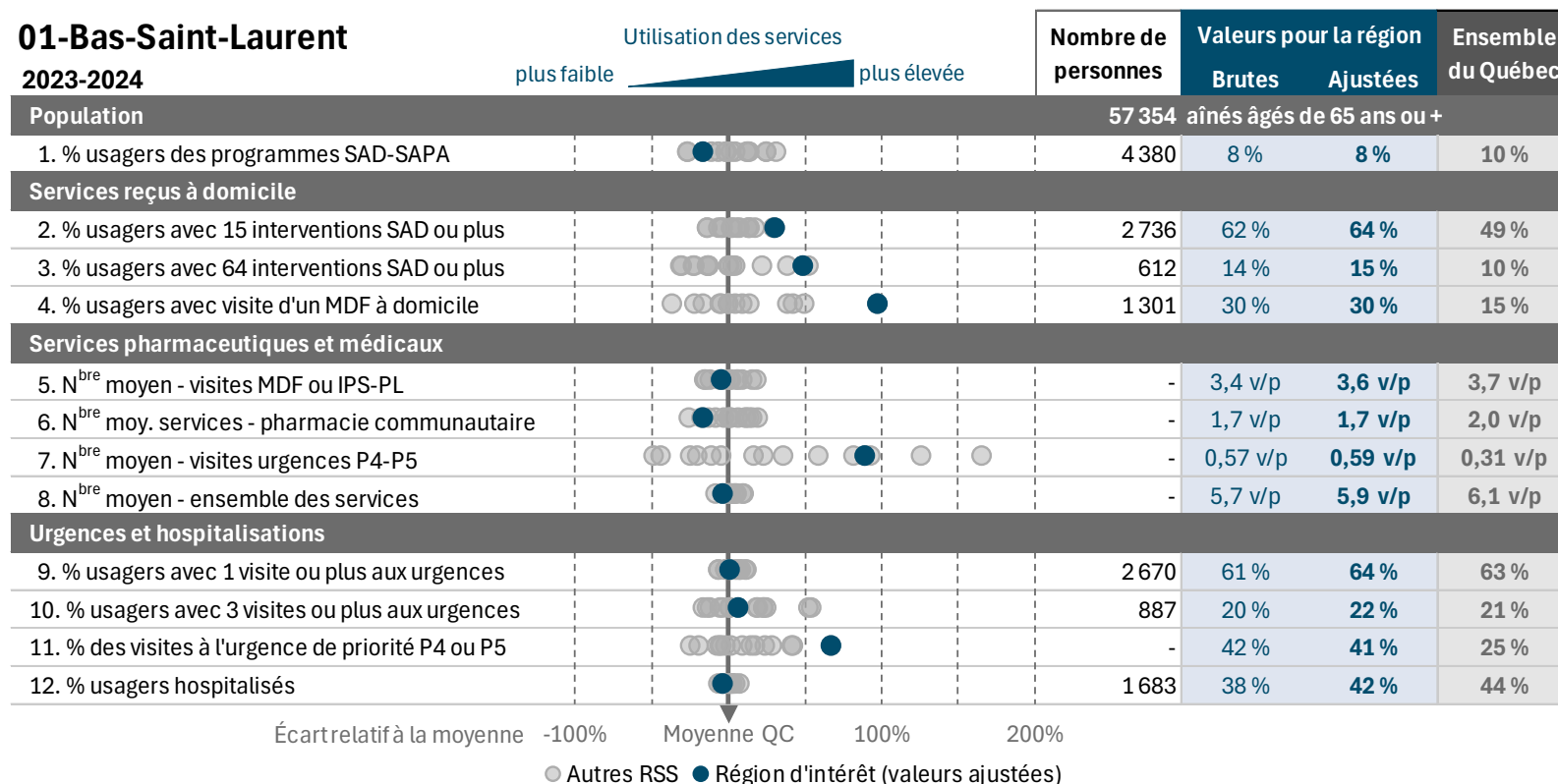
- Coordination des services : Une bonne communication des informations cliniques entre les différents services et la présence d'un intervenant désigné pour soutenir cette coordination pourraient permettre de diminuer le recours à l'urgence.
- Continuité relationnelle : De plus faibles taux de visites à l'urgence et d'hospitalisation sont observés lorsque l'utilisateur voit plus souvent le même intervenant.
- Collaboration interprofessionnelle : Selon le comité consultatif, certaines pratiques interdisciplinaires pourraient permettre d'éviter le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation : gardes médicales ou infirmières, algorithmes décisionnels, consultation médicale à distance par l'infirmière, discussions de cas, ordonnances collectives.

2.4 Fiches régionales d'utilisation des services

Les fiches présentées dans cette section permettent de comparer l'utilisation des services des usagers des programmes SAD-SAPA. Elles offrent à chacune des régions la possibilité de situer l'utilisation de services par rapport à la moyenne québécoise et à celle des autres régions. Il ne s'agit pas d'indicateurs de qualité des services puisque les données ne reflètent pas nécessairement le niveau de réponse aux besoins des usagers. Ainsi, elles sont fournies à titre informatif pour alimenter la réflexion sur l'offre de services.

01-Bas-Saint-Laurent

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

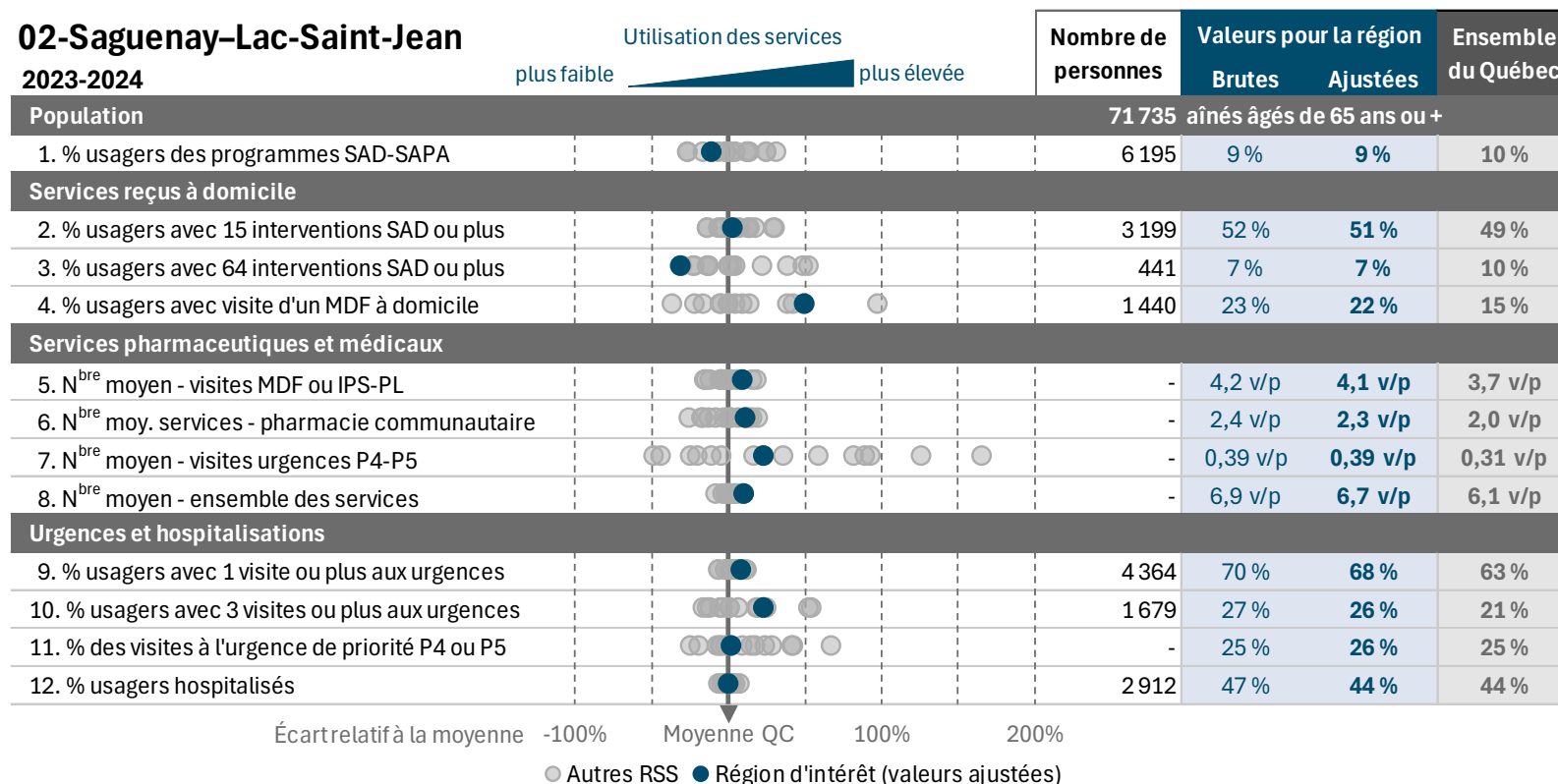
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

02-Saguenay-Lac-Saint-Jean

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

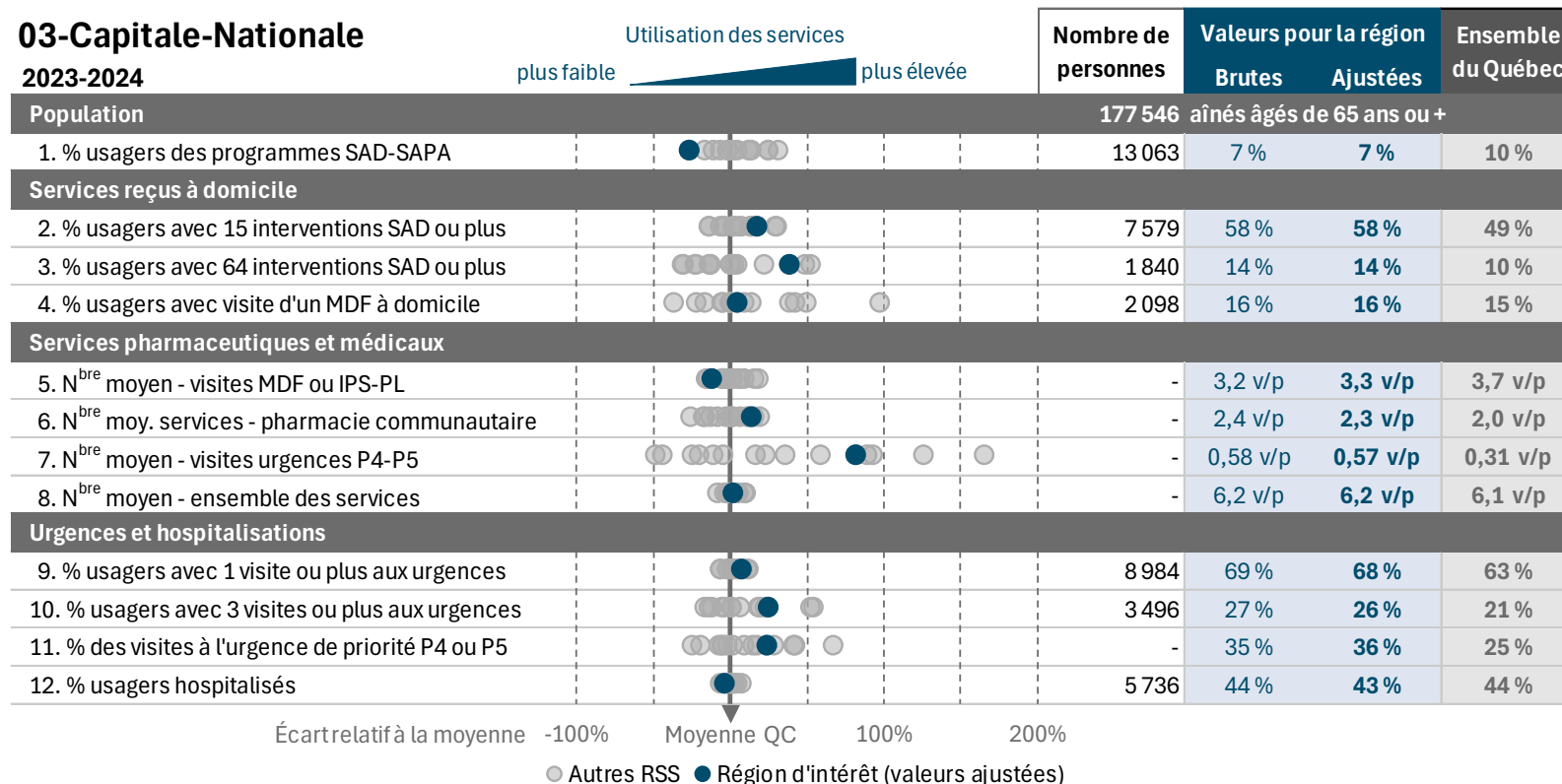
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

03-Capitale-Nationale

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

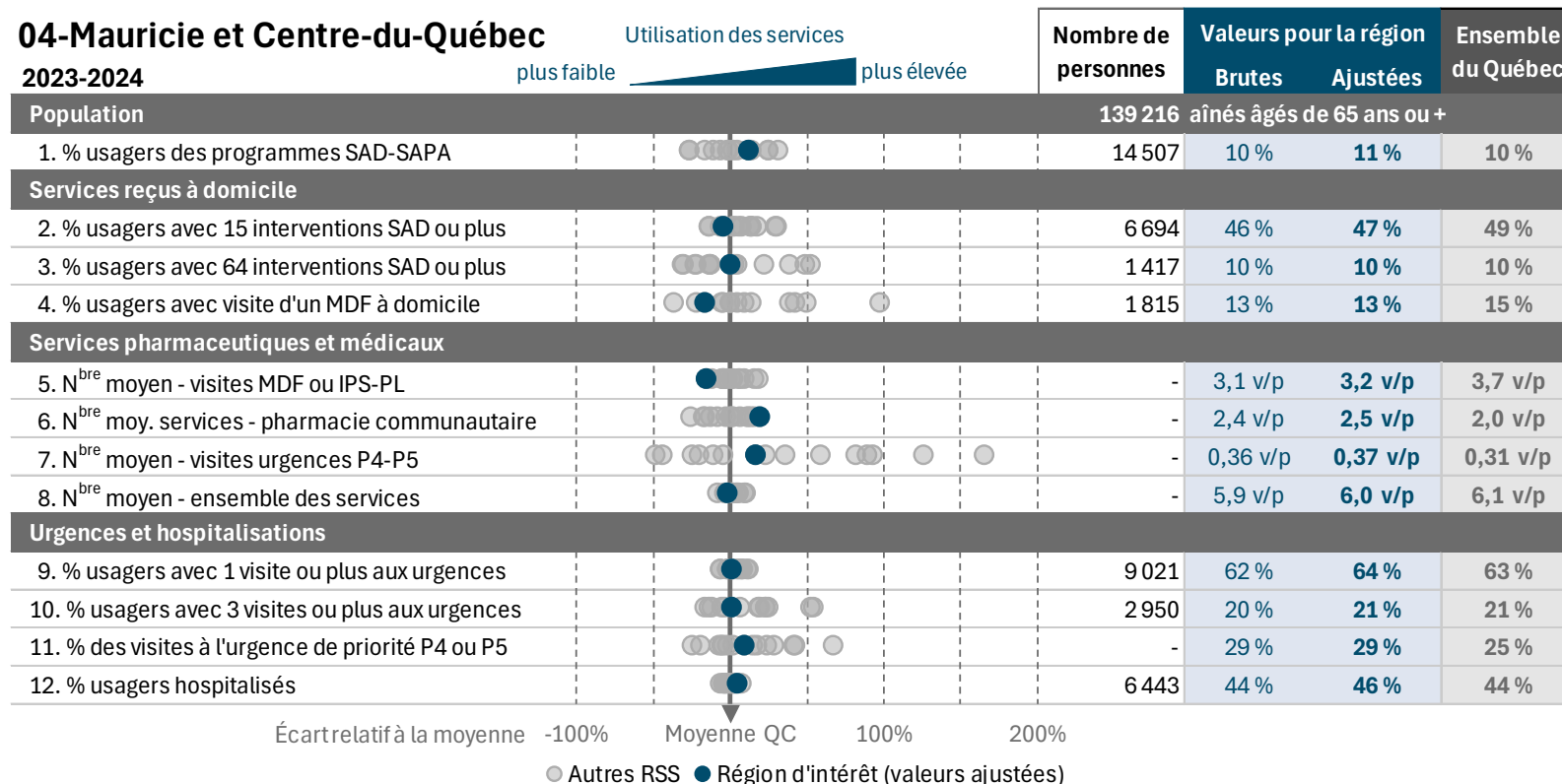
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

04-Mauricie et Centre-du-Québec

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

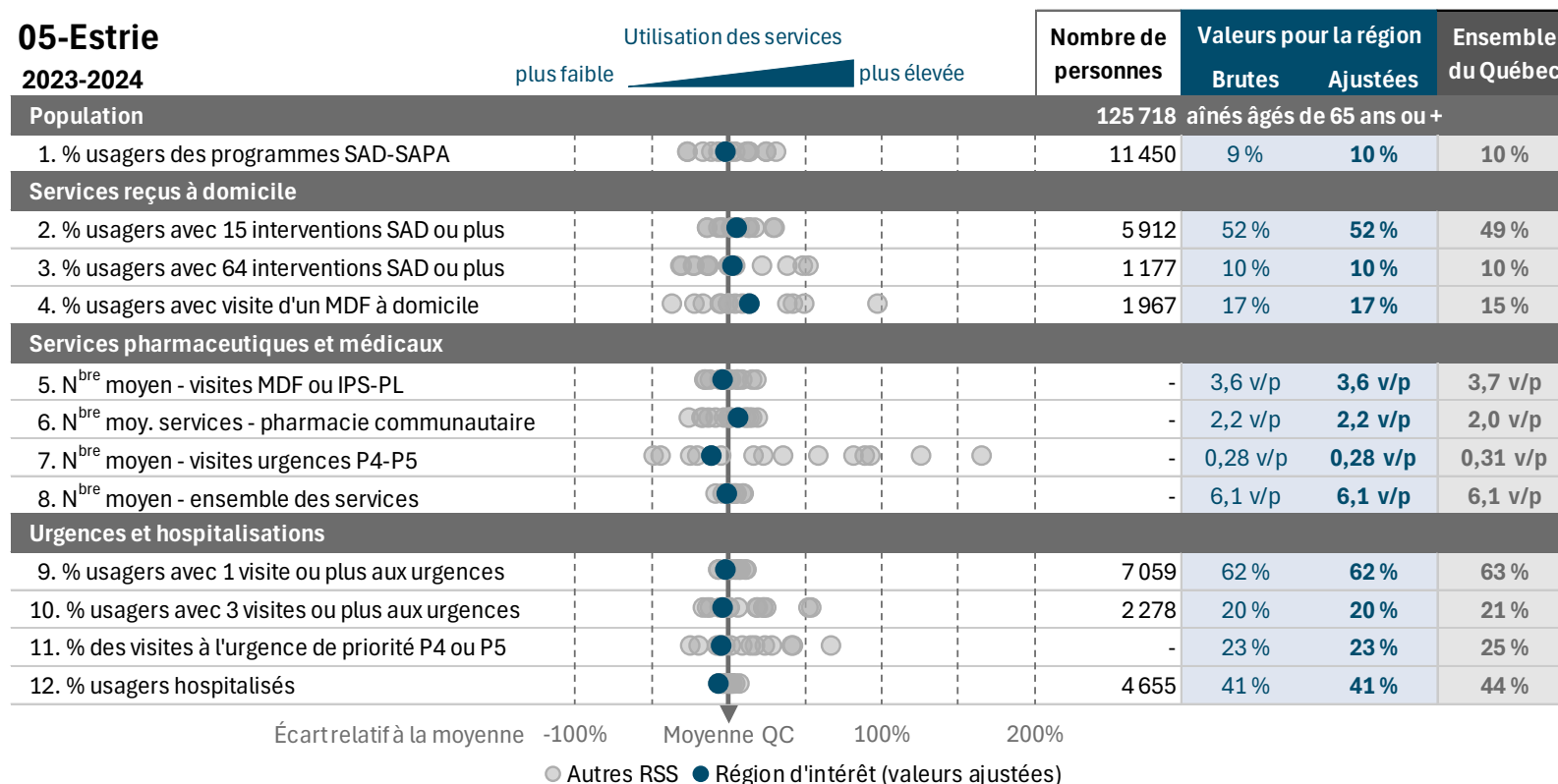
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

05-Estrie

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

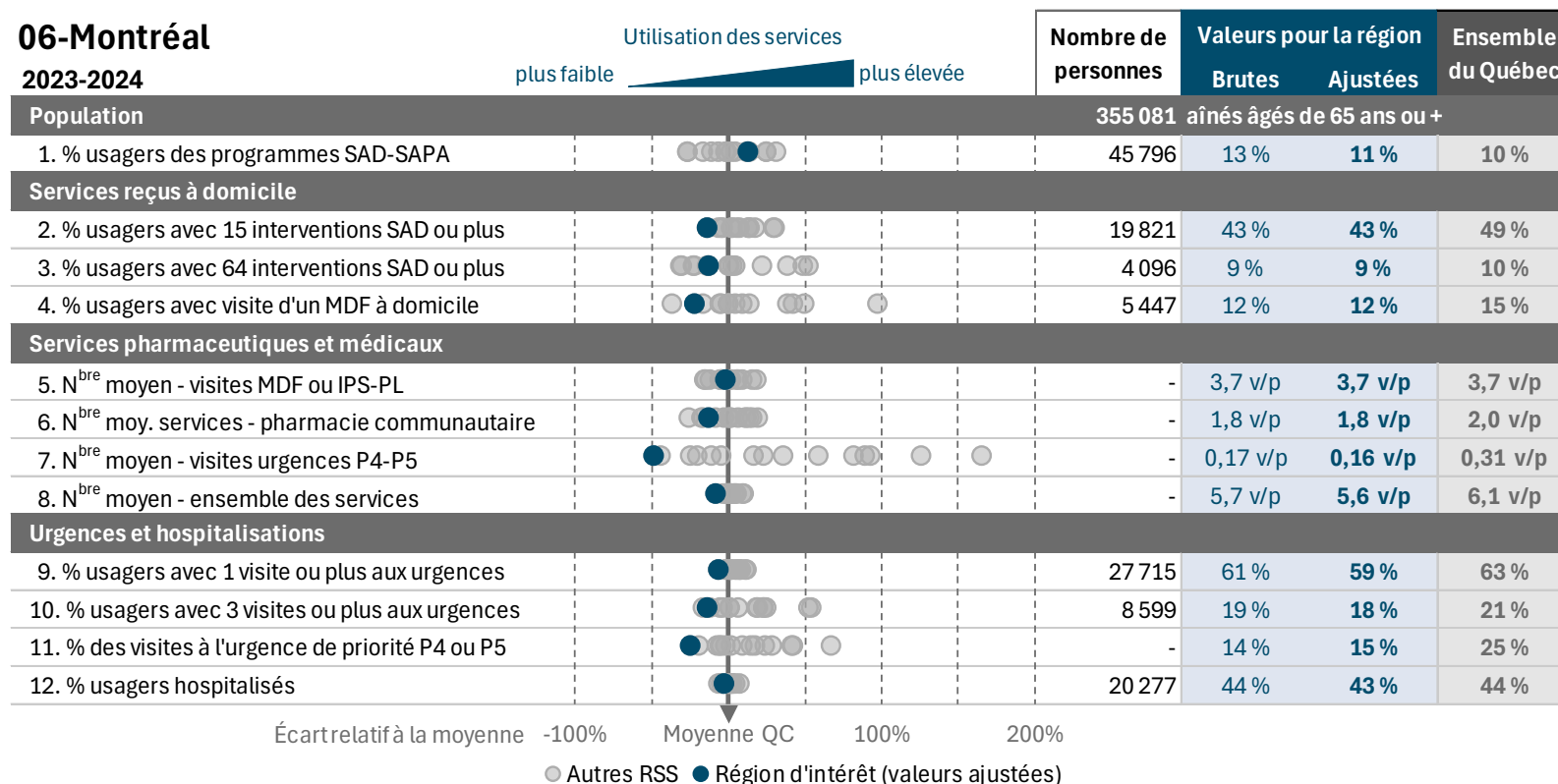
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

06-Montréal

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

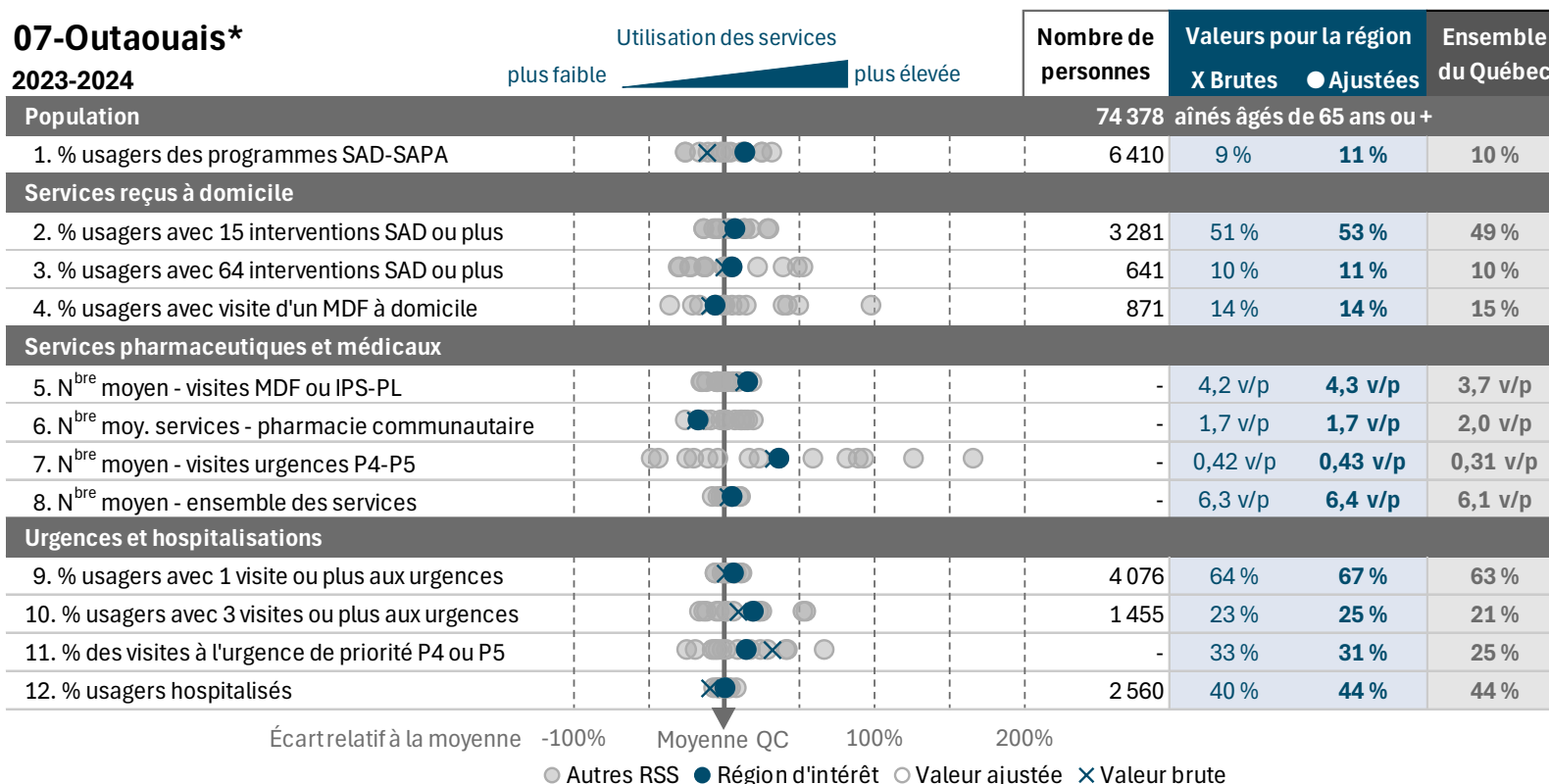
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

07-Outaouais*

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

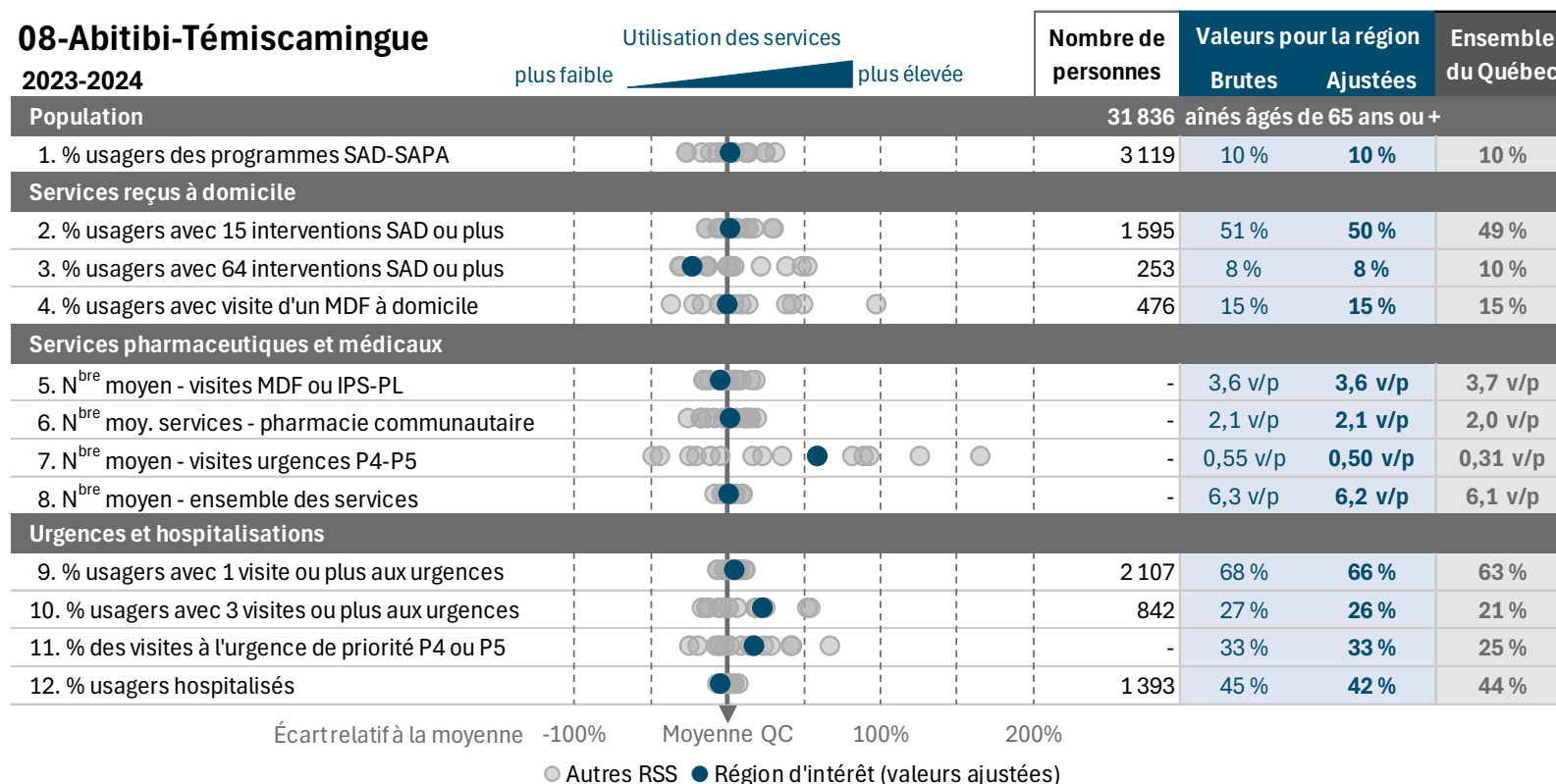
11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

***Interprétation des données de l'Outaouais :** les services dispensés en Ontario aux usagers résidant en Outaouais ne sont pas répertoriés. Ceci entraîne une sous-estimation du nombre de services reçus (en particulier pour les visites à l'urgence et les hospitalisations) et de la complexité clinique des usagers. Cette situation peut affecter l'ajustement des données, qui prend en compte la complexité clinique. Pour cette raison, les données brutes sont aussi présentées, et il convient de demeurer prudent dans l'interprétation de ces indicateurs. En particulier, nous suggérons fortement de considérer la valeur brute pour la proportion d'usagers des programmes SAD-SAPA, car la valeur ajustée est surévaluée.

08-Abitibi-Témiscamingue

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

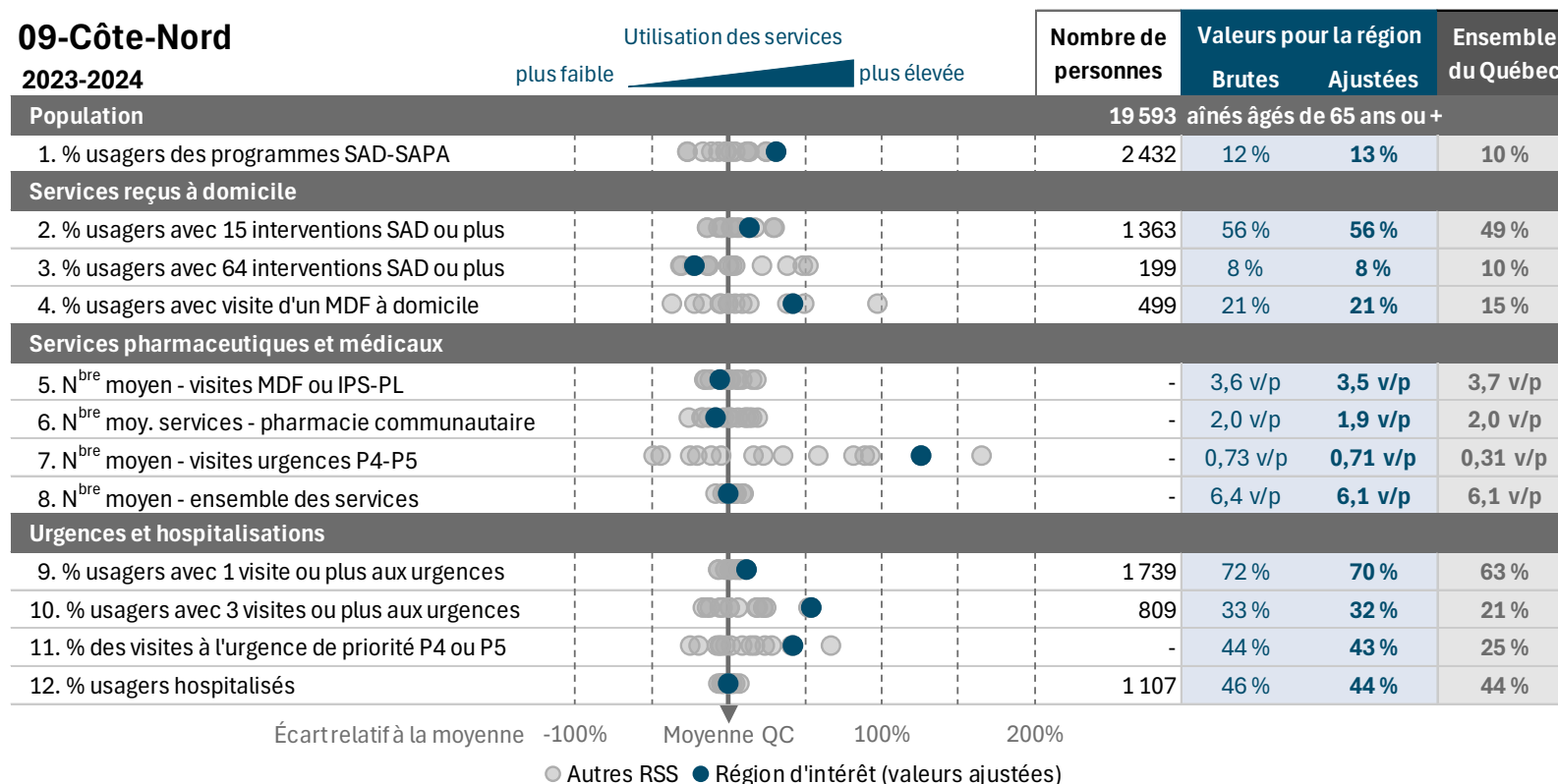
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

09-Côte-Nord

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

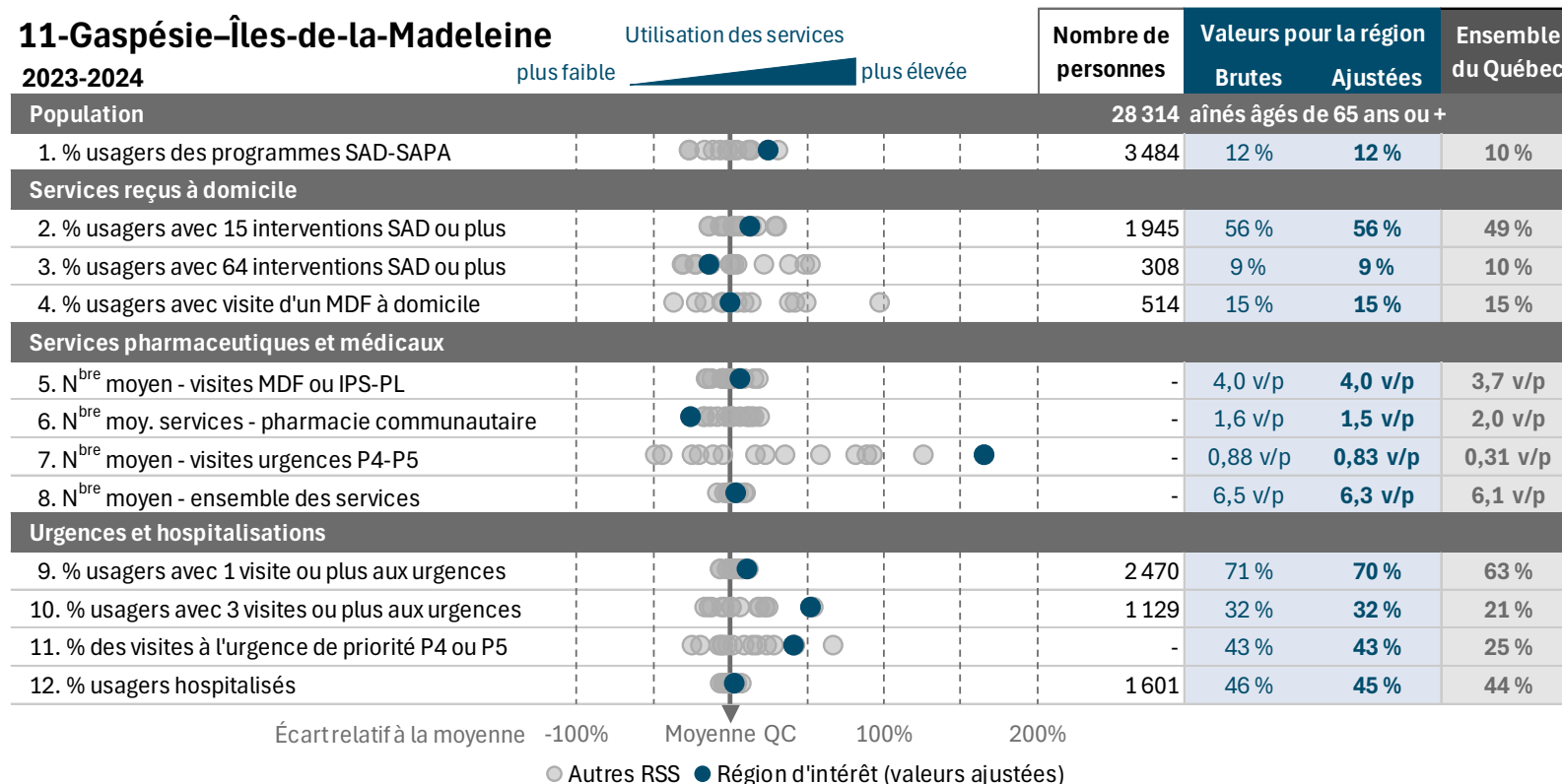
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

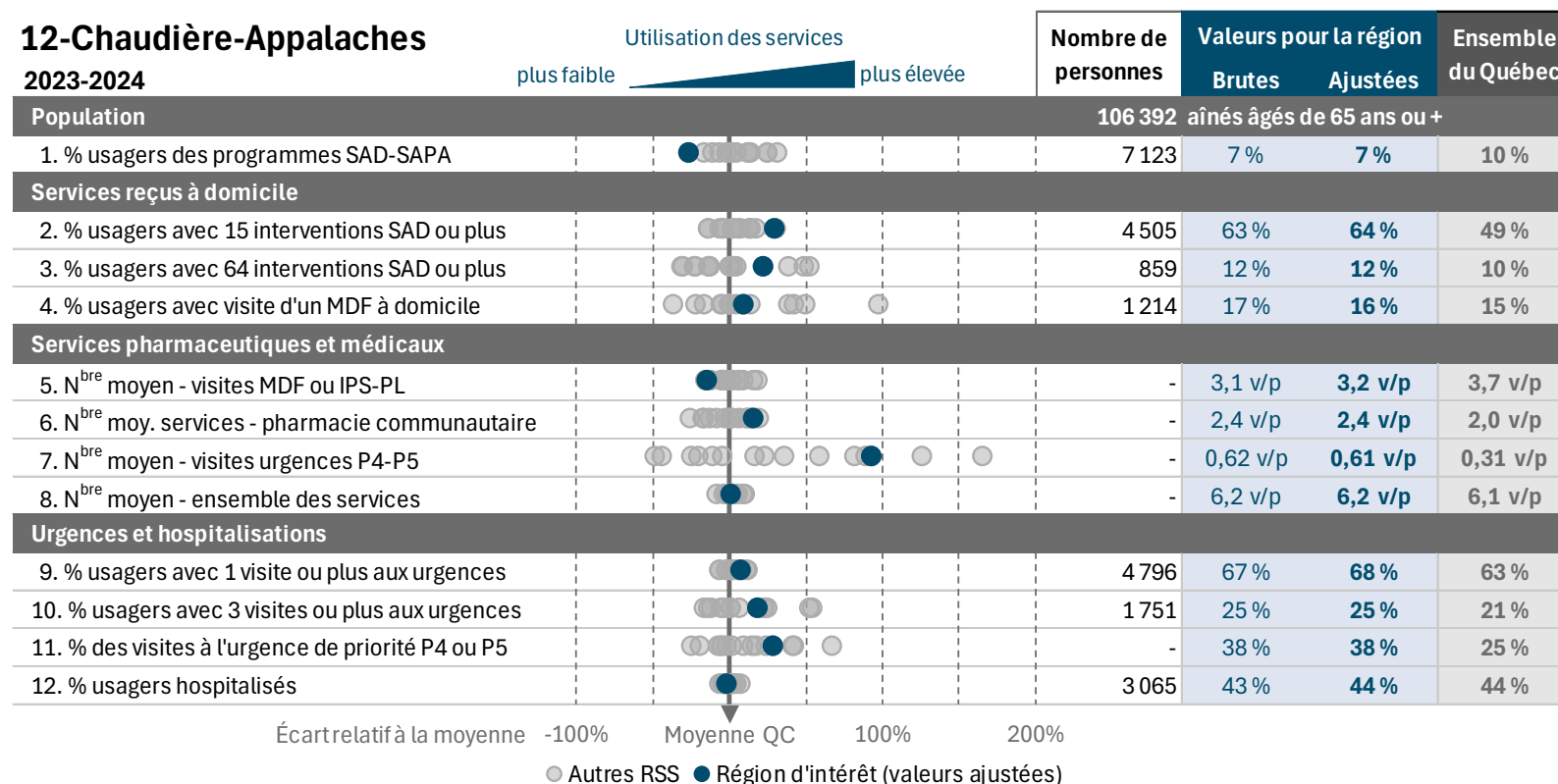
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

12-Chaudière-Appalaches

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

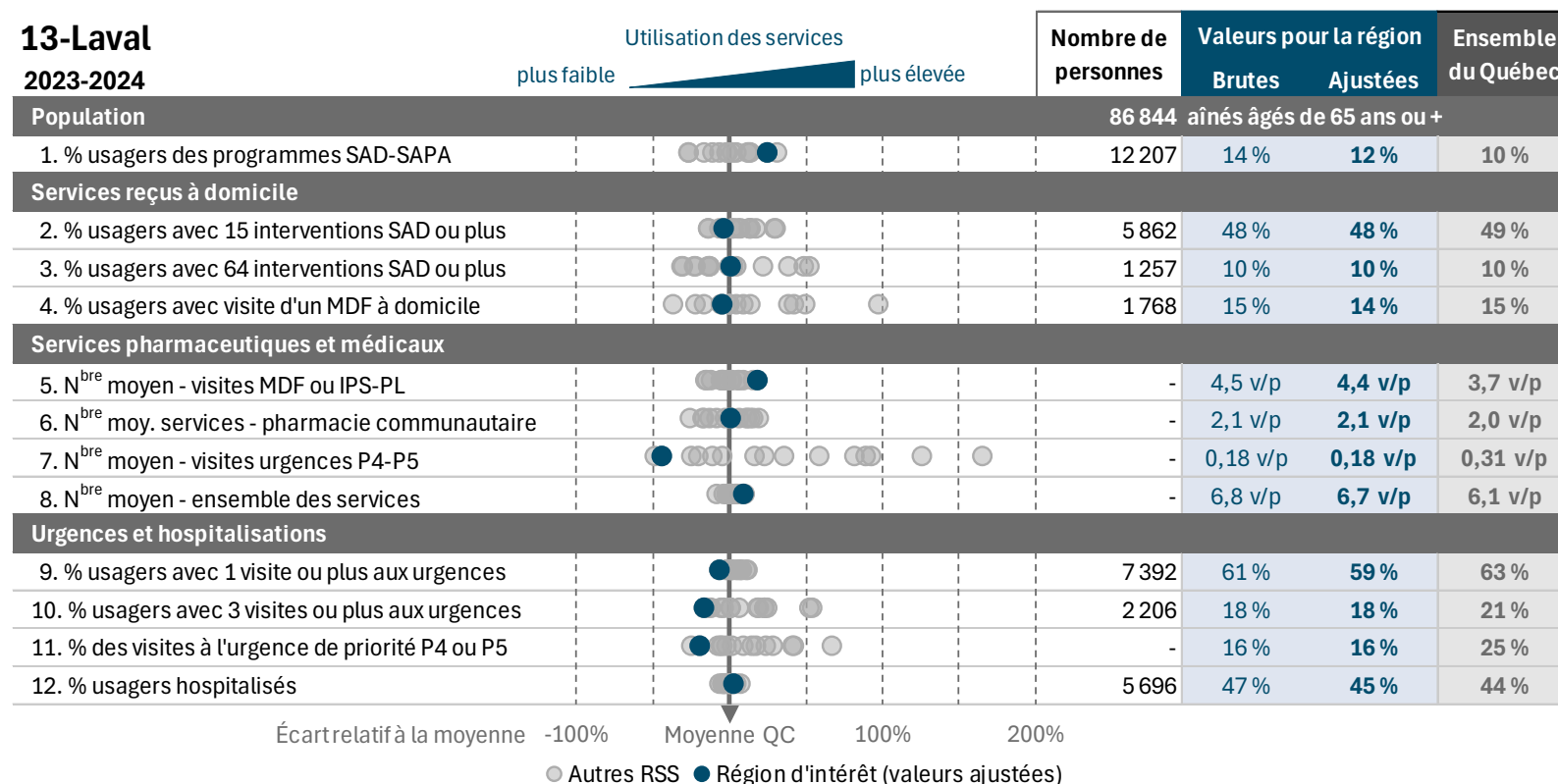
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

13-Laval

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

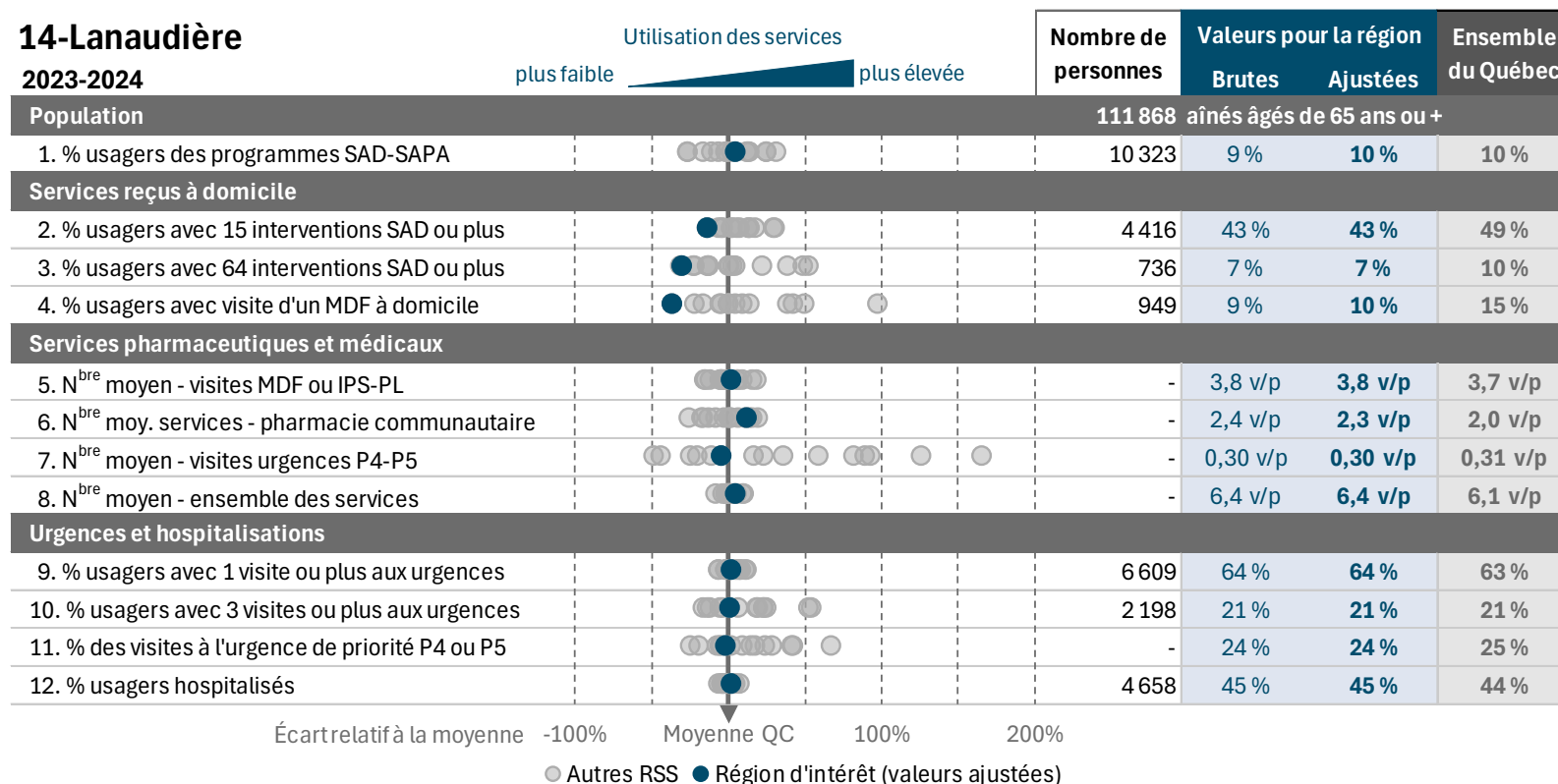
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

14-Lanaudière

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

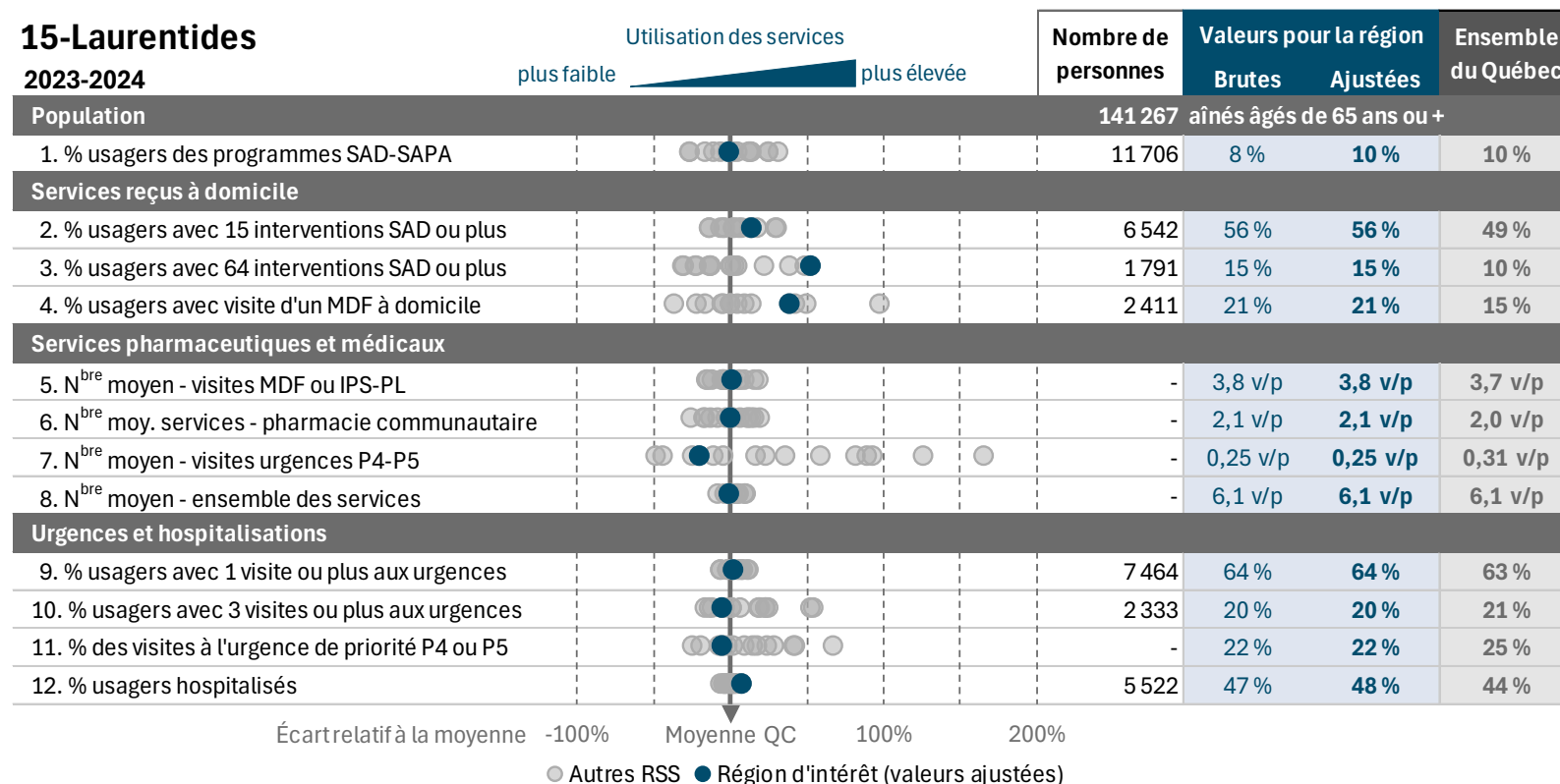
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

15-Laurentides

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

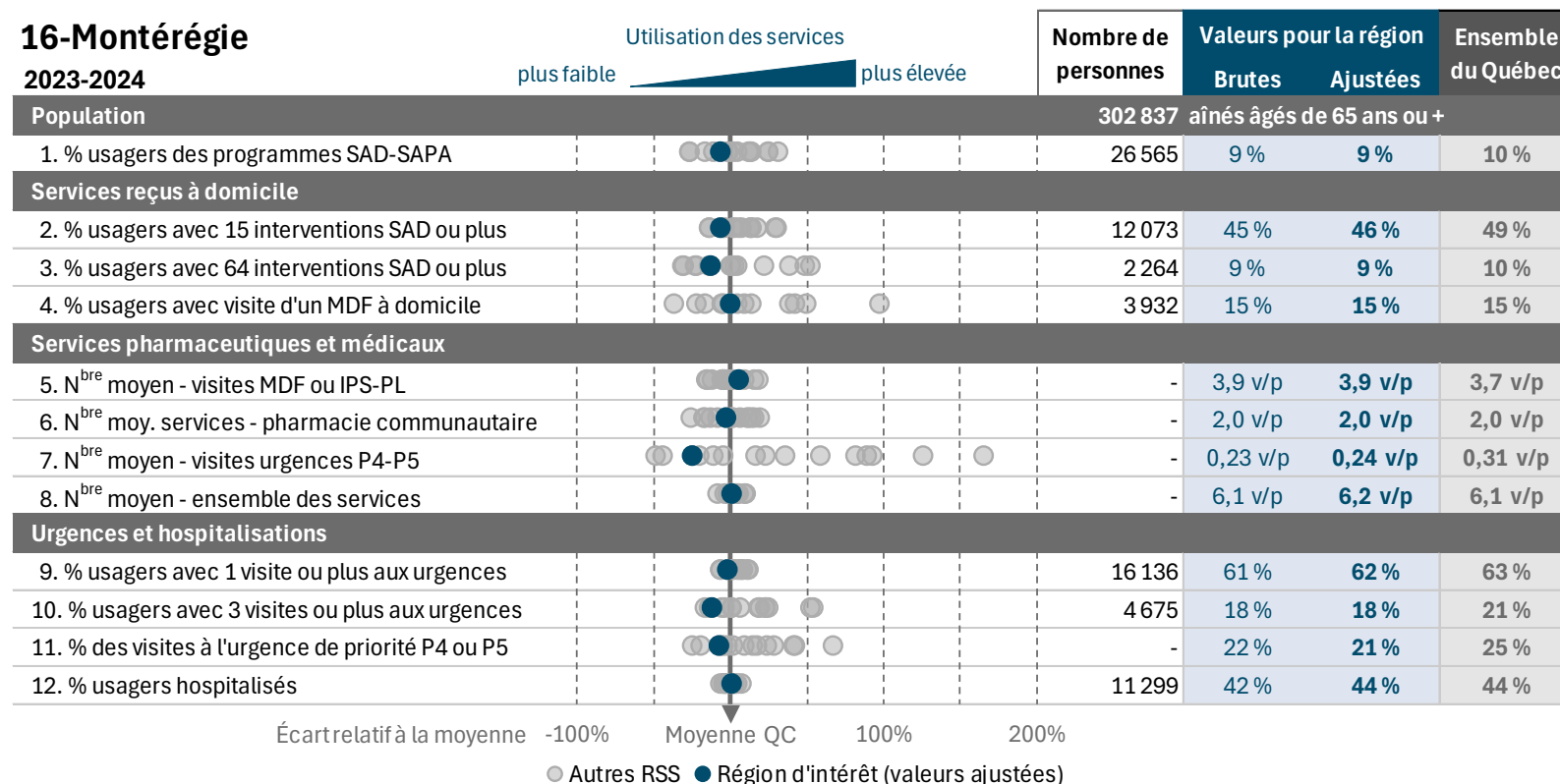
9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

16-Montérégie

2023-2024



Notes sur les indicateurs : le graphique présente les valeurs des indicateurs ajustées en fonction de l'âge, du sexe et de la complexité clinique des usagers de chaque région

1. Proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus ayant reçu des interventions professionnelles de soins à domicile (SAD) du CLSC dans le programme de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie (SAPA).

5. Visites avec un médecin de famille (MDF) ou avec un(e) IPS-PL en clinique, en GMF ou à domicile.

6. Services cliniques de 1^{re} ligne dispensés par un pharmacien communautaire. Ex. : prolonger une ordonnance, prescrire, modifier, ajuster une thérapie médicamenteuse.

7. Visites aux urgences de faible priorité (P4-P5) avec prise en charge médicale et retour au domicile (pas d'hospitalisation, de transfert, ni de décès).

8. Ensemble des services : MDF/IPS, pharmaciens communautaires et urgences P4-P5.

9-10. Proportion des usagers SAD-SAPA ayant fait 1 visite ou plus / 3 visites ou plus à l'urgence : tous les niveaux de priorité, quelle que soit l'issue de la visite.

11. Proportion de toutes les visites à l'urgence qui correspondent à des visites de priorité P4-P5 avec retour au domicile, incluant les départs sans prise en charge médicale.

v/p : visites par personne.

LIMITES

Population étudiée

Le repérage des usagers des programmes SAD-SAPA à partir des données issues des banques clinico-administratives présente certains défis. Tout d'abord, la méthodologie utilisée pour le repérage de ces usagers repose entre autres sur l'obtention d'au moins un service professionnel à domicile au cours de l'année. Ainsi, certains usagers n'ayant reçu que de l'aide à domicile sans aucun service ni aucune évaluation professionnelle n'ont pas été inclus dans la population étudiée pour l'année 2023-2024. Toutefois, ils ne représentent que 2,5 % des usagers ayant reçu des services des programmes SAPA.

Le comité d'experts en banques de données a soulevé un autre enjeu lié à l'identification d'usagers basée sur leur inscription à certains programmes ou services. En effet, il existe une certaine variation dans l'offre et l'organisation des services des programmes SAD-SAPA d'une région à l'autre, ce qui peut entraîner une différence dans la proportion d'usagers inscrits aux programmes SAD-SAPA dans chaque région et également affecter le nombre de services reçus.

De plus, puisque l'objet du projet portait sur les aînés en perte d'autonomie, le choix méthodologique a été de conserver seulement la clientèle inscrite au programme SAPA. Ainsi, les personnes bénéficiant de services professionnels à domicile uniquement dans le cadre d'autres programmes (ex. : DI-TSA, soins palliatifs) n'ont pas été incluses, à moins qu'elles aient aussi reçu des services du programme SAPA. Par ailleurs, le Panel des usagers et des proches a soulevé le fait que la population étudiée dans ce portrait n'inclut pas les personnes de moins de 65 ans présentant un vieillissement prématuré (p. ex. les personnes ayant une déficience intellectuelle). Pourtant, ces personnes peuvent avoir des besoins médicaux qui s'apparentent à ceux des aînés de 65 ans et plus. Également, les analyses effectuées pour ce portrait ont porté sur l'ensemble des usagers des programmes SAD-SAPA et ne permettent pas de dégager des résultats pour certains sous-groupes de cette population (p. ex. les sous-groupes marginalisés tels que les personnes défavorisées ou les personnes de minorités ethniques).

Calcul des indicateurs à partir des données clinico-administratives

Réponse aux besoins des usagers

Afin de répondre aux besoins exprimés du MSSS, ce portrait s'est attardé à l'utilisation des services visant la réponse aux besoins médicaux des usagers des programmes SAD-SAPA. La nature des besoins médicaux et les motifs de consultation n'ont toutefois pu être documentés à partir des banques de données clinico-administratives. Par le fait même, le taux de réponse à ces besoins n'est pas rapporté.

Répartition des services dans le temps

Une analyse de la répartition des services dans le temps et de la séquence des services utilisés n'a pas été réalisée vu les défis méthodologiques associés à ce type d'analyse. Il n'est donc pas possible de savoir si les interventions pour des services professionnels à domicile ont été effectuées de manière ponctuelle ou tout au long de l'année (conséquemment, il n'a pas été possible de déterminer la continuité des services). Par ailleurs, certains usagers ont pu être inscrits au programme SAD-SAPA en cours d'année, être hébergés en CHSLD, ou décéder en cours d'année, ce qui module la période pendant laquelle ils avaient recours aux services mesurés dans ce portrait.

Exhaustivité des données

Les données d'utilisation extraites à partir des banques clinico-administratives ne sont pas toujours exhaustives. Cet enjeu touche en particulier l'indicateur portant sur les visites d'un médecin de famille à domicile, notamment du fait qu'il n'est pas possible d'obtenir des données sur les activités des médecins salariés et que les règles de facturation ne permettent pas de répertorier l'ensemble des visites. Selon les membres du comité consultatif, il est aussi possible que certaines interventions professionnelles réalisées en SAD ne soient pas inscrites dans les banques de données. Pour la région de l'Outaouais, puisque les services offerts en Ontario ne sont pas répertoriés, les résultats sont possiblement incomplets.

De plus, un quart des usagers des programmes SAD-SAPA n'avait aucun profil ISO-SMAF documenté dans les trois dernières années. Ce résultat s'explique entre autres par le fait qu'il n'est plus obligatoire pour les intervenants de compléter l'OEMC à partir duquel ces profils sont générés. Dans les cinq dernières années, le nombre d'usagers n'ayant pas de profil ISO-SMAF est passé de 10 % à 26 %.

Types de services examinés dans ces travaux

Depuis quelques années au Québec, certains CISSS et CIUSSS ont instauré un programme de SIAD. Il est à noter que le nombre d'interventions effectuées dans le cadre des programmes de SIAD n'a pas pu être distingué du nombre d'interventions en SAD dans le présent portrait.

De plus, bien que des besoins psychosociaux puissent mener à l'utilisation de services médicaux, comme rapporté dans la littérature et par les parties prenantes, l'utilisation des services visant à répondre à des besoins psychosociaux n'a pas fait l'objet des présents travaux.

Enfin, ce portrait a ciblé les services de première ligne. Les services offerts par les médecins spécialistes en réponse aux besoins médicaux des usagers n'ont pas été abordés.

CONCLUSION

Ce portrait a permis de documenter les caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes âgées qui ont bénéficié de services professionnels dans le cadre des programmes SAD-SAPA au Québec en 2023-2024. Comparativement à la population générale de 65 ans et plus, ces usagers présentent plus de conditions de santé et sont plus âgés. Une personne âgée sur dix au Québec a reçu des services d'un programme SAD-SAPA en 2023-2024, et ce chiffre monte à plus d'une sur trois pour les 85 ans et plus.

Les indicateurs sur l'utilisation des services montrent que les variations régionales sont importantes, tant dans la prévalence des personnes qui ont reçu des services des programmes SAD-SAPA que dans la quantité d'interventions professionnelles en SAD qu'elles reçoivent. L'utilisation des services médicaux de première ligne (médecin de famille, IPS-PL, pharmacien, urgences pour les niveaux de priorité P4 ou P5) varie aussi selon les régions. Alors que, dans certaines régions, les urgences sont relativement plus utilisées qu'ailleurs, d'autres régions dénombrent davantage de consultations avec les médecins de famille ou avec les pharmaciens. Toutefois, il semble y avoir des vases communicants entre ces différents types de services puisque, lorsqu'on les additionne, les différences régionales se réduisent significativement. Le nombre moyen d'hospitalisations chez les usagers des programmes SAD-SAPA est quant à lui semblable d'une région à l'autre.

La revue de la littérature et la consultation d'un comité consultatif ont permis de mettre en lumière de nombreux facteurs qui influencent l'utilisation des services chez ces usagers et qui pourraient contribuer aux différences régionales observées. Du côté des usagers, des facteurs sociodémographiques, comme la situation sociale, culturelle ou géographique, et des facteurs cliniques, comme la condition de santé, le niveau d'autonomie fonctionnelle et les besoins non comblés, sont ressortis. Le comité consultatif précise que, lorsque l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur se détériore, les personnes proches aidantes épuisées recourent à l'urgence pour obtenir de l'aide, même si la condition médicale de la personne aurait pu être gérée à domicile. De plus, des facteurs organisationnels, comme l'accès aux services médicaux à domicile ou en dehors des heures habituelles et l'accès à des services par d'autres professionnels ou par des équipes multidisciplinaires, peuvent influencer l'utilisation des services par ces usagers. Enfin, la continuité et la coordination des services ainsi que les pratiques favorisant la communication et la collaboration interprofessionnelles ont été soulignées en tant que facteurs susceptibles de moduler la réponse aux besoins médicaux et l'utilisation des services par les usagers aînés en SAD.

Les résultats de ce portrait fournissent des données au MSSS ainsi qu'aux gestionnaires des différentes régions du Québec en soutien à leurs réflexions sur l'organisation des services. Ces indicateurs ne reflètent toutefois pas la qualité des services, ni le niveau de réponse aux besoins des usagers. Il n'est pas non plus possible d'établir de lien entre l'utilisation des services et les meilleures pratiques en SAD. Néanmoins, les fiches régionales permettent d'identifier certains sous-groupes

d'utilisateurs ou certains types de services qui pourraient faire l'objet d'initiatives d'amélioration de la qualité des services. Les facteurs qui influencent l'utilisation des services permettent aussi de réfléchir aux avenues possibles pour planifier le changement. Dans un contexte où les enjeux et défis perdurent en SAD pour offrir des services adaptés aux besoins et où des innovations représentent de potentielles solutions [INESSS, 2023a], une planification des orientations adaptée à la réalité du Québec demeure essentielle. Considérer des facteurs qui influencent l'utilisation des services et sur lesquels il est possible d'agir pourrait nourrir les réflexions visant une amélioration de la qualité des services de SAD et une utilisation responsable des ressources en santé.

RÉFÉRENCES

- Agredano RS, Masclans JG, Guix-Comellas EM, Fraile VM, Sarria-Guerrero JA, Pola MS, Fabrellas N. Older Adults With Complex Chronic Conditions Who Receive Care at Home: The Importance of Primary Care Assessment. *Journal of Gerontological Nursing* 2021;47(11):31-8.
- Baird AB, Abode AM, Holland CR, Rhodes LA, Marciniak MW. Using pharmacy technicians to maximize pharmacist intervention with home health service patients. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA* 2020;60(3S):S103-S7.
- Bick I et Dowding D. Hospitalization risk factors of older cohorts of home health care patients: A systematic review. *Home Health Care Serv Q* 2019;38(3):111-52.
- Burgos Diez C, Sequera Requero RM, Ferrer Costa J, Tarazona-Santabalbina FJ, Monzò Planella M, Cunha-perez C, Santaegugènia Gonzalez SJ. Study of a Quasi-Experimental Trial to Compare Two Models of Home Care for the Elderly in an Urban Primary Care Setting in Spain: Results of Intermediate Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(4):1-14.
- Carlson LC, Pu CT, Mark E, Gao Y, Nussbaum L, Vogeli C. Applying embedded program evaluation for care delivery transformation: An analysis of a home-based urgent care program. *Health Science Reports* 2022;5(5):e643.
- Chae S, Davoudi A, Song J, Evans L, Hobensack M, Bowles KH, et al. Predicting emergency department visits and hospitalizations for patients with heart failure in home healthcare using a time series risk model. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2023;30(10):1622-33.
- Chapman SA, Neri MT, Newcomer RJ. Training Home Care Workers Reduces Emergency Room Service Utilization. *Prof Case Manag* 2024;29(2):81-7.
- Chen HF, Landes RD, Schuldt RF, Tilford JM. Quality Performance of Rural and Urban Home Health Agencies: Implications for Rural Add-On Payment Policies. *J Rural Health* 2020;36(3):423-32.
- Chong N, Akobirshoev I, Caldwell J, Kaye HS, Mitra M. The relationship between unmet need for home and community-based services and health and community living outcomes. *Disabil Health J* 2022;15(2):101222.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Les Ordonnances collectives - Guide d'exercice. Montréal, Qc : CMQ; 2017. Disponible à : <https://cms.cmq.org/files/documents/Guides/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf>.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Bien vieillir chez soi - Tome 1: Comprendre l'écosystème. Québec, Qc : CSBE; 2023a. Disponible à : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-1-comprendre-lecosysteme.html> (consulté le 28 février 2024).

- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Bien vieillir chez soi - Tome 2: Chiffrer la performance. Québec, Qc : CSBE; 2023b. Disponible à : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-2-chiffrer-performance.html> (consulté le 28 février 2024).
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Bien vieillir chez soi - Tome 3: Poser un diagnostic pour agir. Québec, Qc : CSBE; 2023c. Disponible à : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-3-poser-diagnostic.html> (consulté le 28 février 2024).
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Bien vieillir chez soi - Tome 4: Une transformation qui s'impose. Québec, Qc : CSBE; 2024. Disponible à : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-4-transformation-simpose.html> (consulté le 28 février 2024).
- Diaz-Gomez S, Castillo-Gallego C, Cruz-Santaella A, Gomez-Gomez MDC, Ceiro MD, Gomez-Rey MC. Efficacy of the Home Continuity Care Unit in Toledo, Spain for Older Adults with Advanced Chronic Diseases: Avoidance of Hospital Visits and Reduction of Health Cost. *Home Healthcare Now* 2023;41(1):14-9.
- Dubuc N, Delli-Colli N, Bonin L, Tousignant M. Les profils Iso-SMAF: un système pour soutenir les réseaux de services intégrés. *Le système sociosanitaire au Québec Gouvernance, régulation et participation* 2007:245-62.
- Dyer SM, Suen J, Williams H, Inacio MC, Harvey G, Roder D, et al. Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review. *BMC Geriatrics* 2022;22(1):579.
- Edwards ST, Greene L, Chaudhary C, Boothroyd D, Kinosian B, Zulman DM. Outpatient Care Fragmentation and Acute Care Utilization in Veterans Affairs Home-Based Primary Care. *JAMA Network Open* 2022;5(9):e2230036.
- Fismen AS, Igland J, Teigland T, Tell GS, Ostbye T, Haltbakk J, et al. Pharmacologically treated diabetes and hospitalization among older Norwegians receiving homecare services from 2009 to 2014: a nationwide register study. *BMJ open diabetes res* 2021;9(1):03.
- Forcier MB, Gauthier M, Prévosto H, Scott É. Innovations en soins et services à domicile au Québec: barrières normatives et de gouvernance. *CIRANO*; 2023.
- Gillespie SM, Li J, Karuza J, Levy C, Dang S, Olsan T, et al. Factors Associated With Hospitalization by Veterans in Home-Based Primary Care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2021;22(5):1043-51.e1.
- Gilmour H. Unmet home care needs in Canada. *Health Rep* 2018;29(11):3-11.
- Guénette L, Maheu A, Vanier M-C, Dugré N, Rouleau L, Lalonde L. Pharmacists practising in family medicine groups: What are their activities and needs? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2020;45(1):105-14.
- Hebert PC, Morinville A, Costa A, Heckman G, Hirdes J. Regional variations of care in home care and long-term care: a retrospective cohort study. *CMAJ Open* 2019;7(2):E341-E50.

- Inoue Y, Nishi K, Mayumi T, Sasaki J. Factors in Avoidable Emergency Visits for Ambulatory Care-sensitive Conditions among Older Patients Receiving Home Care in Japan: A Retrospective Study. *Intern Med* 2022;61(2):177-83.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Qu'est-ce qu'un indicateur? (page web). Ottawa, ON : ICIS; 2025. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/acceder-aux-donnees-et-aux-rapports/mesure-de-la-performance-du-systeme-de-sante/quest-ce-quun>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.3. Ottawa, ON : ICIS; 2021.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Innovations en soutien à domicile: à la croisée des technologies et de l'humain. Bulletin de veille stratégique rédigé par Corélia Kostovic et Marie-Hélène Raymond. Québec, Qc : INESSS; 2023a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/Bulletins_veille/Bulletin_6_VF.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Ordonnance collective : Initier des mesures diagnostiques en présence de symptômes et signes suggestifs d'une infection urinaire (cystite et pyélonéphrite) et initier un traitement pharmacologique per os de première intention pour la cystite chez une personne âgée de 14 ans et plus. Québec, Qc : INESSS; 2023b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Infection_urinaire/INESSS_Infection_urinaire_OC.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Expression des volontés au regard des objectifs de soins et de la décision relative à la réanimation cardiorespiratoire. Avis rédigé par Stéphanie Côté et Sylvie Lamy. Québec, Qc : INESSS; 2024a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Objectifs_soins_Avis.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de la polypharmacie et de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées au Québec. État des pratiques rédigé par Cédric Bressan, Melissa Caron, Rodolphe Jantzen et Marie-Pierre Rousseau. Québec, Qc : INESSS; 2024b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_Polypharmacie_EP_VF.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de la maladie pulmonaire obstructive chronique au Québec de 2016 à 2022 - Résultats d'indicateurs sur le parcours de soins. Québec, Qc : INESSS; 2024c. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_MP_OC_EP.pdf.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait sommaire des indicateurs en transitions de soins et services des aînés vivant dans la communauté avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) au Québec. Québec, Qc : INESSS; 2024d. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_TNCM_Portrait_indicateurs_aines_EP.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Pratiques exemplaires pour améliorer la continuité des soins et services offerts aux aînés vivant avec un trouble neurocognitif majeur et à leurs personnes proches aidantes en contexte de transition. Guide de pratique rédigé par Marilyn Fortin, Myriam Gagné, El Kebir Ghandour et Marilyne Joyal. Québec, Qc : INESSS; 2024e. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Guide_TNCM.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Regard sur les Groupes de médecine de famille au Québec et proposition de segmentation de la population pour appuyer les démarches d'amélioration continue de la qualité selon les besoins de santé - Repères GMF. Québec, Qc : INESSS; 2022. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/GMF/INESSS_Portrait_GMF_EC.pdf.
- Jones A, Bronskill SE, Agarwal G, Seow H, Feeny D, Costa AP. The primary care and other health system use of home care patients: a retrospective cohort analysis. *CMAJ Open* 2019;7(2):E360-E70.
- Jones A, Bronskill SE, Schumacher C, Seow H, Feeny D, Costa AP. Effect of Access to After-Hours Primary Care on the Association Between Home Nursing Visits and Same-Day Emergency Department Use. *Ann Fam Med* 2020a;18(5):406-12.
- Jones A, Bronskill SE, Seow H, Feeny D, Lapointe-Shaw L, Mowbray F, Costa AP. Physician Home Visit Patterns and Hospital Use Among Older Adults with Functional Impairments. *Journal of the American Geriatrics Society* 2020b;68(9):2074-81.
- Jones A, Bronskill SE, Seow H, Junek M, Feeny D, Costa AP. Associations between continuity of primary and specialty physician care and use of hospital-based care among community-dwelling older adults with complex care needs. *PLoS ONE* 2020c;15(6):e0234205.
- Jung D, Pollack HA, Konetzka RT. Predicting Hospitalization among Medicaid Home- and Community-Based Services Users Using Machine Learning Methods. *Journal of Applied Gerontology* 2023;42(2):241-51.
- Jung D, Song S, Ma C. Where Patients Live Matter in Emergency Department Visits in Home Health Care: Rural/Urban Status and Neighborhood Socioeconomic Status. *Journal of Applied Gerontology* 2024;43(7):933-44.

- Kosaka M, Miyatake H, Arita S, Masunaga H, Ozaki A, Nishikawa Y, Beniya H. Emergency transfers of home care patients in Fukui prefecture, Japan: A retrospective observational study. *Medicine (United States)* 2020;99(29) (1-5)
- Krogseth M, Rostoft S, Benth JS, Selbaek G, Wyller TB. Frailty among older patients receiving home care services. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2021;141(4):09.
- Leblanc-Constant M et Bard C. Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation - Pour une gestion saine et performante. Québec, Qc : Secrétariat du Conseil du trésor; 2013. Disponible à : https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/glossaire_termes_usuels.pdf.
- Lee YJ, Johnston DM, Reuland M, Lyketsos CG, Samus Q, Amjad H. Reasons for Hospitalization while Receiving Dementia Care Coordination through Maximizing Independence at Home. *Journal of the American Medical Directors Association* 2022;23(9):1573-8.e2.
- Maxwell CJ, Mondor L, Hogan DB, Campitelli MA, Bronskill SE, Seitz DP, Wodchis WP. Joint impact of dementia and frailty on healthcare utilisation and outcomes: a retrospective cohort study of long-stay home care recipients. *BMJ Open* 2019;9(6):e029523.
- McKay S, Mohammed E, Roy M, Hung V, Wong M, Lum B, King EC. Is 911 The Answer? A Retrospective Review of Emergency Medical Services Use by Home Care Providers. *Health serv* 2023;16
- Mills WR, Howard S, Pitzen K, Smitherman J, Cole L, Wolfram J, et al. A Novel Home-Based Medication Management Program and Its Influence on Hospitalization Rates among Home Health Care Recipients. *Journal of the American Medical Directors Association* 2024;25(1):155-7.e1.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Tableau de bord ministériel 2023-2024 [site Web]. Québec, Qc : MSSS; 2024 (consulté le 3 juin 2024).
- Mockli N, Simon M, Denhaerynck K, Martins T, Meyer-Masseti C, Fischer R, Zuniga F. Care coordination in homecare and its relationship with quality of care: A national multicenter cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2023;145:104544.
- Morttinen-Vallius HP, Huhtala HSA, Hartikainen SA, Jamsen ERK. The Association of Long-Term Opioid Use With Health Care and Home Care Service Use Among Aged Home Care Clients. *Journal of the American Medical Directors Association* 2023;24(6):798-803.e1.
- Mowbray FI, Jones A, Schumacher C, Hirdes J, Costa AP. External validation of the detection of indicators and vulnerabilities for emergency room trips (DIVERT) scale: a retrospective cohort study. *BMC Geriatrics* 2020;20(1):413.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Santé [site Web]. Paris, France : OCDE; 2024. Disponible à : <https://www.oecd.org/fr/sante/> (consulté le 21 juin 2021).

- Osakwe ZT, Larson E, Shang J. Urinary tract infection-related hospitalization among older adults receiving home health care. *American Journal of Infection Control* 2019;47(7):786-92.e1.
- Osakwe ZT, Sosina OA, Agu N, Fleur-Calixte RS. Home Health Agency Factors Associated With Acute Care Hospitalization and Emergency Department Use. *Home Healthcare Now* 2020;38(2):92-7.
- Quigley DD, Chastain AM, Kang JA, Bronstein D, Dick AW, Stone PW, Shang J. Systematic Review of Rural and Urban Differences in Care Provided by Home Health Agencies in the United States. *Journal of the American Medical Directors Association* 2022;23(10):1653.e1-.e13.
- Reaume M, Batista R, Rhodes E, Knight B, Imsirovic H, Seale E, et al. The Impact of Language on Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Length of Stay Among Home Care Recipients. *Medical Care* 2021;59(11):1006-13.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Données sur les programmes administrés par la RAMQ (page web) [site Web]. Québec, Qc : RAMQ; 2024. Disponible à : <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMml2OGEzNDgtZjFjMS00NzVkLWlwNTktMzBhZTYwNzlkYTZmliwidCI6IjA2NGJmMGJmLTQ5NTAtNDE4OC04MDYxLTY3MWU2ODcxMjc5MCJ9>.
- Ronneikko J, Huhtala H, Finne-Soveri H, Valvanne J, Jamsen E. The role of geriatric syndromes in predicting unplanned hospitalizations: a population-based study using Minimum Data Set for Home Care. *BMC Geriatrics* 2023;23(1):696.
- Ronneikko JK, Huhtala H, Finne-Soveri H, Valvanne JN, Jamsen ER. Classifying home care clients' risk of unplanned hospitalization with the resident assessment instrument. *European Geriatric Medicine* 2022;13(5):1129-36.
- Sadarangani T, Missaelides L, Eilertsen E, Jaganathan H, Wu B. A Mixed-Methods Evaluation of a Nurse-Led Community-Based Health Home for Ethnically Diverse Older Adults With Multimorbidity in the Adult Day Health Setting. *Policy Polit Nurs Pract* 2019;20(3):131-44.
- Schmidt-Mende K, Arvinge C, Cioffi G, Gustafsson LL, Modig K, Meyer AC. Profiling chronic diseases and hospitalizations in older home care recipients: a nationwide cohort study in Sweden. *BMC Geriatrics* 2024;24(1):312.
- Schumacher C, Jones A, Costa AP. Home Care Nursing Visits and Same-Day Emergency Department Use: Which Patients Are Most at Risk? *Can J Nurs Res* 2021;53(4):376-83.
- Sun CA, Parslow C, Gray J, Koyfman I, Hladek MD, Han HR. Home-based primary care visits by nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 2022;34(6):802-12.
- Veyron JH, Friocourt P, Jeanjean O, Luquel L, Bonifas N, Denis F, Belmin J. Home care aides' observations and machine learning algorithms for the prediction of visits to emergency departments by older community-dwelling individuals receiving home care assistance: A proof of concept study. *PLoS ONE* 2019;14(8) (1-13)

- Wang J, Shen JY, Yu F, Conwell Y, Nathan K, Shah AS, et al. Medications Associated With Geriatric Syndromes (MAGS) and Hospitalization Risk in Home Health Care Patients. *Journal of the American Medical Directors Association* 2022;23(10):1627-33.e3.
- Wang J, Ying M, Temkin-Greener H, Shang J, Caprio TV, Li Y. Utilization and Functional Outcomes Among Medicare Home Health Recipients Varied Across Living Situations. *Journal of the American Geriatrics Society* 2021;69(3):704-10.
- Watanabe K, Umegaki H, Huang CH, Arakawa Martins B, Asai A, Kanda S, et al. Association between dysphagia risk and unplanned hospitalization in older patients receiving home medical care. *Geriatrics and Gerontology International* 2019;19(10):977-81.
- West LM, Williams JB, Faulkenberg KD. The Impact of Pharmacist-Based Services Across the Spectrum of Outpatient Heart Failure Therapy. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine* 2019;21(10) (1-21)
- Witt UF, Nibe SM, Ole H, Lebech CS. A novel approach for predicting acute hospitalizations among elderly recipients of home care? A model development study. *International Journal of Medical Informatics* 2022;160:104715.
- Woodall T, Russell A, Tak C, McLean W. Addressing Healthcare Utilization and Costs for Older Adults with Limited Mobility through a Multidisciplinary Home-Based Primary Care Program. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2023;36(4):550-6.

ANNEXE A

Méthodologie détaillée

Méthode d'extraction et d'analyse des données clinico-administratives (pour répondre aux questions d'évaluation 1 et 2)

Source des données

Conformément à l'entente portant sur la communication de renseignements nécessaires à la réalisation de projets d'évaluation (Loi sur l'INESSS – entente tripartite entre le MSSS, l'INESSS et la RAMQ), l'INESSS a accès aux banques de données de la RAMQ et du MSSS.

Tableau A-1 Banques utilisées pour définir et caractériser la cohorte ainsi que l'utilisation des services visant à répondre aux besoins médicaux des aînés recevant des services de SAD

Fichier ou Banque de données	Information extraite
FIPA : fichier d'inscription des personnes assurées.	Repérage et information relative à la population du Québec inscrite à la RAMQ : âge, sexe, région de résidence, inscription au régime public d'assurance médicament (RPAM)
I-CLSC : système d'information sur la clientèle et les services des CSSS-mission CLSC	Repérage des usagers recevant des services SAPA, dénombrement des services de soins professionnels reçus à domicile (SAD)
RSIPA : réseau de services intégrés pour les personnes adultes	Évaluations ISO-SMAF (date de l'évaluation et degré d'atteinte à l'autonomie fonctionnelle)
SMOD : banque de données des services médicaux rémunérés à l'acte	Visites des médecins de famille rémunérés à l'acte en clinique et à domicile. Diagnostics exploités pour établir les profils de santé Grouper
GMF-GRL : fichier d'inscription auprès des médecins de famille	Consultations des médecins de famille rémunérés à honoraires fixes et des IPS-PL
SMED : banque de données des services pharmaceutiques	Services offerts en pharmacie communautaire, facturés à la RAMQ (hors assurance privée).
BDCU : banque de données communes des urgences	Visites aux urgences Diagnostics exploités pour établir les profils de santé Grouper
MED-ECHO : fichier numérique sur la maintenance et l'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière	Hospitalisations Diagnostics exploités pour établir les profils de santé Grouper

Repérage des usagers des programmes SAD-SAPA dans les banques de données clinico-administratives

Les critères d'inclusion permettant de sélectionner les aînés bénéficiaires du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées ayant reçu des services professionnels de soins à domicile (usagers des programmes SAD-SAPA) sont présentés dans le tableau ci-dessous.

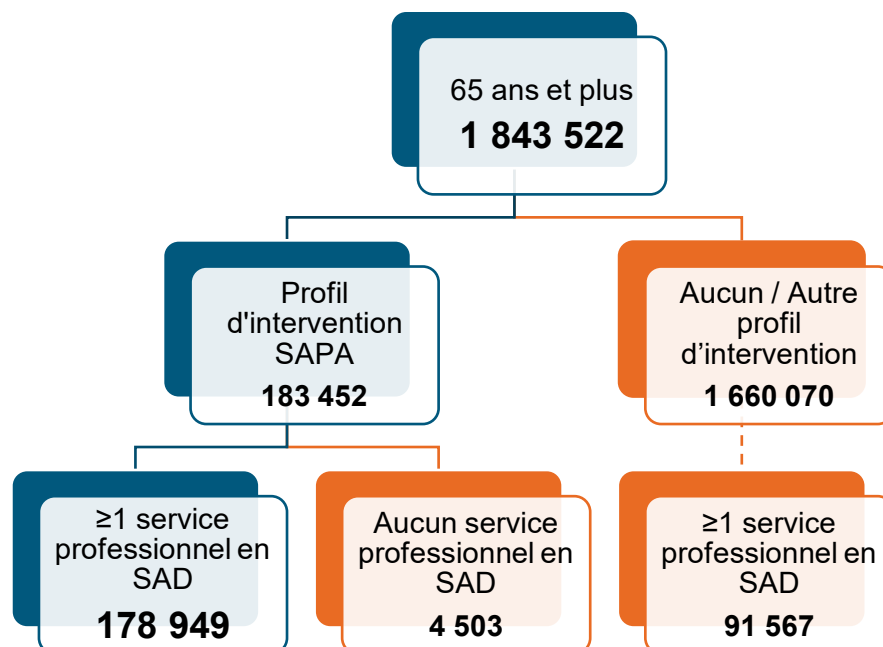
Tableau A-2 Stratégie de repérage dans les banques de données clinico-administratives de la population aînée en perte d'autonomie recevant des services à domicile

Banque	Critère de repérage
FIPA	Personne assurée au Québec : inscrite au moins 1 jour à la RAMQ au cours de l'année 2023-2024 Personne âgée de 65 ans ou plus au 1er avril 2023
I-CLSC	SAPA : a reçu au moins une intervention dans le profil SAPA (710) (quel que soit le lieu de dispensation et le centre d'activité) au cours de l'année. SAD : a reçu au moins une intervention professionnelle à domicile au cours de l'année, à savoir une intervention dans un des sous-centres d'activité suivants : Soins infirmiers à domicile (CA 6173) Inhalothérapie à domicile (CA 6351) Services psychosociaux à domicile (CA 6561) Nutrition à domicile (CA 7111) Ergothérapie à domicile (CA 7161) Physiothérapie à domicile (CA 7162)

Comme illustré dans le diagramme présenté dans la [figure A-1](#), près de 179 000 usagers des programmes SAD-SAPA ont été repérés dans les banques de données en 2023-2024.

Il est important de noter que les usagers bénéficiaires d'autres programmes qui ont reçu des soins professionnels à domicile, mais qui n'ont reçu aucun service en lien avec le profil d'intervention SAPA, ne font pas partie de la population à l'étude (n = 91 567). De la même manière, la clientèle avec un profil d'intervention SAPA mais qui n'a reçu aucun service professionnel en SAD, même si elle a pu recevoir des services d'aide à domicile, ne fait pas partie de la population à l'étude (n = 4 503).

Figure A-1 Diagramme illustrant les différents critères utilisés afin de repérer les usagers des programmes SAD-SAPA dans les banques de données clinico-administratives



Description des indicateurs d'utilisation des services visant à répondre aux besoins médicaux

Cette section détaille la méthodologie de calcul des indicateurs d'utilisation de différents services visant à répondre aux besoins médicaux des aînés en perte d'autonomie qui reçoivent du SAD. Ils mesurent tous l'utilisation de services au cours de l'année 2023-2024.

1. Répartition des usagers selon le nombre d'interventions professionnelles du CLSC reçues à domicile

Les informations relatives aux interventions professionnelles en soutien à domicile sont tirées de la banque de données I-CLSC. Toutes les interventions professionnelles en SAD reçues du CLSC ont été dénombrées, dans les 6 sous-centres d'activités décrits dans la section repérage (soins infirmiers, inhalothérapie, services psychosociaux, nutrition, ergothérapie, physiothérapie), et ce, quel que soit le profil d'intervention associé. En effet, un usager des programmes SAD-SAPA peut avoir reçu des interventions SAD associées à un autre profil que SAPA (ex : soins palliatifs, postopératoire, autres services de santé physique...). Par ailleurs, il est fréquent qu'une même personne reçoive plusieurs interventions au cours de la même journée. C'est pourquoi toutes les interventions ont été dénombrées même si elles ont eu lieu le même jour.

Le nombre de services professionnels reçu en SAD a ensuite été segmenté en trois catégories selon le nombre de services reçus et par percentile d'utilisateurs représentés, selon la même segmentation (50/40/10) que celle utilisée dans le rapport du commissaire à la santé et au bien-être [2023b] :

- faible : comprend la moitié de la cohorte (50 %) qui a reçu le moins grand nombre d'interventions au cours de l'année (entre 1 et 14 en 2023-2024);
- intermédiaire : comprend 40 % des personnes de la cohorte qui ont reçu entre 15 et 63 interventions en SAD au cours de l'année en 2023-2024;
- élevé : comprend 10 % des personnes de la cohorte ayant reçu le plus grand nombre d'interventions en SAD au cours de l'année (64 ou plus en 2023-2024).

2. Proportion des utilisateurs qui ont reçu au moins une visite d'un médecin de famille à domicile

L'identification des visites de médecins de famille à domicile a été faite en collaboration avec les experts de la RAMQ, et sont répertoriées selon la même méthodologie que celle utilisée pour la publication de statistiques sur leur site web [RAMQ, 2024]. Deux variables de regroupement d'actes permettent d'identifier les actes des médecins de famille facturés pour des visites à domicile dans le fichier de facturation des médecins (SMOD). En 2023-2024, ces regroupements correspondent à 13 actes distincts pour les visites de médecins de famille à domicile ([tableau A-3](#)).

Il est important de rappeler que cet indicateur ne répertorie pas l'ensemble des visites à domicile, car elles ne donnent pas toujours lieu/droit à une facturation spécifique. Certains examens plus génériques, identifiables seulement si l'élément de contexte 'visite au domicile du patient' est renseigné, n'ont pas pu être recensés, car cette information n'était pas disponible dans nos données. Toutefois, ce renseignement est facultatif et ne donne pas droit à un supplément, ce qui soulève des enjeux quant à la complétude de cette information. Par ailleurs, les visites à domicile faites par les médecins salariés (rémunération à honoraires fixes ou tarif horaire) ne sont pas répertoriées.

Tableau A-3 Liste des actes à domicile facturés par les médecins de famille en 2023-2024

Acte #	Description
Consultation, examen et visite / Visites à domicile /	
15781	Patient non vulnérable / Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie / Premier patient
15782	Patient non vulnérable / Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie / Patient additionnel [...]
15783	Patient vulnérable / Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie / Premier patient
15784	Patient vulnérable / Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie / Patient additionnel [...]
[...] Modalités spécifiques relatives au mode de rémunération mixte [...] / Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs/ [...]	
15900	Visite de suivi exigeant un examen auprès d'un patient non complexe
15901	Visite de suivi exigeant un examen, patient non complexe additionnel, [...]
15903	Supplément pour déplacement par période de cinq (5) minutes consécutives
15904	Évaluation médicale globale d'un patient complexe
15905	Visite de suivi exigeant un examen auprès d'un patient complexe
15906	Visite de suivi exigeant un examen requis en urgence auprès d'un patient complexe
15907	Visite de suivi exigeant un examen, patient complexe additionnel, [...]
15908	Visite d'évaluation d'un patient complexe en vue de donner une opinion
15911	Supplément pour déplacement par période de cinq (5) minutes consécutives

Note : les actes listés dans ce tableau sont issus des regroupements d'actes '372-Examen à domicile' ou '123-Examen à domicile - Omnipraticien' retrouvés dans banque de données des services médicaux rémunérés à l'acte (SMOD), pour la période 2023-2024.

3. Nombre moyen annuel de consultations médicales avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL (à domicile ou en clinique)

Les consultations médicales avec un médecin de famille ou un(e) IPS-PL ont été recensées à partir des deux banques de données suivantes :

SMOD : Banque de données des services médicaux rémunérés à l'acte. Les actes suivants ont été considérés dans le calcul des consultations :

- facturés et réalisés par un médecin de famille selon l'information renseignée dans le code de spécialité, de l'entente, et de rôle du médecin (médecin responsable de l'acte). Cette limite permet d'exclure les actes réalisés par un médecin spécialiste;
- associés aux activités en GMF (Codes d'établissement : 54X, 55X, 57X), en CLSC/cliniques (codes d'établissement : 9X2, 8X5), UMF/GMF-U (code d'établissement 4X1) ou en cabinets privés (code d'établissement non renseigné);
- ne correspondent pas à un forfait : 11 groupes d'actes ont été exclus car ils ne correspondent pas à une visite effective (voir le [tableau A-4](#)).

Note : Les différents actes posés par un même médecin, à la même date, sont comptés comme une seule visite. Les visites à domicile sont incluses dans le dénombrement des visites par cette méthode.

Tableau A-4 Liste des groupes d'actes correspondant à des forfaits, qui ont été exclus du décompte des consultations médicales

Forfaits	Code
Forfaits de responsabilité clientèle vulnérables	170
Forfait pour chirurgie complexe	180
Forfait de garde	181
Forfait de prise en charge et de suivi (gmf)	183
Forfaits et actes médico-admin. relatifs à interv. clin. suite à une demande d'aide méd. à mourir	187
Forfait biochimie médicale	195
Forfait microbiologie-infectiologie	196
Forfait en anesthésiologie - centre de douleur chronique	197
Forfait en médecine d'urgence	198
Forfait - communications entre professionnels de la santé	199
Forfait durée anesthésique	854

GMF/GRL (registre des consultations) une partie des consultations faites par les médecins de famille ou par les IPS-PL salariés sont inscrites dans le registre de consultations. Elles ont été ajoutées au décompte des consultations médicales.

4. Nombre moyen annuel de services de première ligne offerts par les pharmaciens communautaires

Les services pharmaceutiques sont retrouvés dans le fichier SMED, correspondent aux services remboursés aux pharmaciens communautaires par la RAMQ, selon la loi sur l'assurance maladie ou via l'administration du régime public d'assurance médicaments. Les services des pharmaciens en GMF ne sont pas répertoriés dans les banques de données et ne sont donc pas mesurés.

Les services, listés dans le [tableau A-5](#), correspondent aux services cliniques ou médicaux de première ligne réalisés par les pharmaciens communautaires, par exemple: prescription d'un médicament, modification d'une thérapie médicamenteuse, prolongation d'ordonnance, etc. À noter que le service de vaccination en pharmacie n'a pas été inclus dans le décompte. Environ 38 000 services de vaccination ont été offerts par les pharmaciens communautaires aux usagers SAD-SAPA en 2023-2024, ce qui représente environ 10 % de l'ensemble des services cliniques de première ligne qui ont été dénombrés.

Les activités traditionnellement réservées aux pharmaciens communautaires, tels l'exécution d'une ordonnance, la distribution de fournitures ou une préparation de médicament n'ont donc pas été incluses dans l'indicateur. Certains des services recensés sont remboursés selon la loi sur l'assurance maladie, et sont facturés à la RAMQ quel que soit l'assurance médicament de l'utilisateur. Pour les autres services, couverts par le régime général d'assurance médicament, l'information n'est disponible que pour les personnes inscrites au régime public d'assurance médicament (RPAM). L'impact sur les données présentées est toutefois très limité car 90 % des 65 ans et plus et 95 % des usagers SAD-SAPA étaient inscrits au RPAM en 2023-2024.

Note : comme pour les visites avec un médecin de famille ou un(e) IPS, un seul service par jour et par personne est dénombré.

Tableau A-5 Liste des codes de services retenus pour le recensement des services cliniques de première ligne offerts par les pharmaciens communautaires

Code de service	Libellé du code de service
Services couverts selon la loi sur l'assurance maladie (pour tous)	
V	Service de l'évaluation du besoin de la prescription d'un médicament
04	Contraception orale d'urgence (COU)
W2	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques
W	Service de la prise en charge de l'ajustement pour l'atteinte de cibles thérapeutiques (anticoagulothérapie)
W1	Service de la prise en charge en soutien à la déprescription
SP	Service de prise en charge en soins palliatifs
DC	Consultation d'un pharmacien (par un professionnel prescripteur)
Services couverts par l'assurance médicament (privée ou public)	
3	Opinion pharmaceutique
Z	Service d'évaluation aux fins de prolonger une ordonnance et sa prolongation
AD	Modification d'une thérapie médicamenteuse
RA	Substitution thérapeutique d'un médicament
PH	Service de prise en charge après une hospitalisation

5. Nombre moyen annuel de visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5 avec retour au domicile

Cet indicateur a été calculé à partir des données contenues dans la banque de données commune des urgences (BDCU). Il vise à recenser des visites médicales faites aux urgences qui sont susceptibles de pouvoir être prises en charge en médecine familiale en première ligne. En effet, l'utilisateur est retourné à son domicile (il n'a pas été hospitalisé ou transféré, et il n'est pas décédé) après avoir vu un médecin à l'urgence pour une situation jugée peu ou non prioritaire au triage (P4 ou P5). Les visites des usagers qui ont été réorientés vers une autre ressource, ou qui ont quitté les urgences avant d'avoir été pris en charge, n'ont donc pas été considérées dans cet indicateur.

6. Nombre moyen annuel de services médicaux et pharmaceutiques reçus en première ligne

Les services comptabilisés dans les trois indicateurs précédents ont été additionnés, à savoir les consultations avec un médecin de famille ou avec un(e) IPS-PL, les services cliniques de première ligne offerts par les pharmaciens communautaires et les visites médicales de priorité P4 ou P5 aux urgences.

7. Proportion d'usagers des programmes SAD-SAPA selon le nombre total de visites qu'ils ont faites aux urgences

Cet indicateur a été calculé à partir des données contenues dans la banque de données commune des urgences (BDCU). Il vise à recenser l'ensemble des visites aux urgences, quels que soient le niveau de priorité, la prise en charge médicale ou non, et l'issue de la visite. Seules les visites qui, selon l'information sur l'autonomie au triage, correspondent à un usager amené pour constater son décès n'ont pas été comptées. Les visites faites dans la même journée ont été considérées comme des visites distinctes. Par la suite, les usagers ont été regroupés selon le nombre total de visites qu'ils ont fait au cours de l'année.

8. Proportion de visites aux urgences peu prioritaires (P4 ou P5) avec retour au domicile (sans hospitalisation, transfert ou décès)

Cet indicateur a été calculé à partir des données contenues dans la banque de données commune des urgences (BDCU). Il vise à évaluer la proportion des visites peu prioritaires faites par les usagers des programmes SAD-SAPA, et qui, pour certaines, auraient pu être évitées.

Au numérateur, les visites de priorité P4 ou P5 qui ont été recensées selon les critères suivant :

- priorité au triage : P4 ou P5;
- orientation de l'usager à son départ : retour à domicile, avec ou sans prise en charge. Les visites qui ont mené à l'hospitalisation, le transfert ou au constat de décès de l'usager n'ont pas été incluses.

Ces visites sont rapportées sur l'ensemble des visites faites aux urgences à savoir :

- priorité au triage : P1 à P5 (les visites sans priorité renseignée ont été exclues);
- orientation de l'usager à son départ : toutes (incluant hospitalisation, transfert et décès).

Les visites qui, selon l'information sur l'autonomie au triage, correspondent à un usager amené pour constater son décès, n'ont pas été comptées.

9. Proportion d'usagers des programmes SAD-SAPA hospitalisés au moins une fois au cours de l'année

Cet indicateur a été calculé à partir des données contenues dans la banque de données des hospitalisations, MED-ECHO. Il vise à recenser les usagers admis dans les centres hospitaliers pour des soins de courte durée (excluant les chirurgies d'un jour). Les hospitalisations ont été sélectionnées selon les critères suivants :

- groupes d'installation : centres hospitaliers de courte durée ou centre hospitalier universitaire. Les centres hospitaliers de soins psychiatriques, de soins de convalescents, réadaptation et longue durée sont exclus.
- types de soin : soins physiques et psychiatriques de courte durée. Les chirurgies d'un jour et les soins post-mortem sont exclus.

Description des variables de croisement de la population cible

Les variables suivantes ont été utilisées afin de caractériser les usagers SAD-SAPA et leur utilisation des services.

Âge. L'âge est calculé au 1^{er} avril de chaque année financière et est présenté en trois catégories : 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus.

Sexe. Les résultats sont ventilés selon le sexe renseigné dans le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA).

Nombre de conditions de santé. Ce nombre est calculé à l'aide de la méthode de regroupement de la population Grouper, développée par l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS, 2021]. Cette méthode répertorie pour chaque personne la présence d'une ou plusieurs conditions de santé parmi 226 affections différentes, à partir des diagnostics inscrits au cours des trois dernières années dans les banques de données clinico-administratives. Après priorisation clinique, le nombre d'affections restantes est déterminé. Elles sont ensuite regroupées en 3 catégories : 0-4 affections, 5-9 affections, 10 affections ou plus ou en soins palliatifs. Afin de faciliter la compréhension, le terme « conditions » de santé a été préféré dans ce rapport. Il remplace le terme « affection » utilisé dans la méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS.

Nombre d'interventions en SAD. Le nombre de services professionnels reçu en SAD a été segmenté en 3 catégories selon le nombre de services reçus et par percentile d'usagers représentés :

- faible : comprends la moitié de la cohorte (50 %) qui a reçu le moins grand nombre d'interventions au cours de l'année (entre 1-14 en 2023-2024);
- intermédiaire : comprends 40 % des personnes de la cohorte qui ont reçu entre 15-63 interventions en SAD au cours de l'année en 2023-2024;
- élevé : 10 % des personnes de la cohorte ayant reçu le plus grand nombre d'interventions en SAD au cours de l'année (64 ou plus en 2023-2024).

Atteintes à l'autonomie fonctionnelle (Profils ISO-SMAF). Les profils ISO-SMAF ont été développés à des fins cliniques et de gestion [Dubuc *et al.*, 2007]. Ils correspondent à des groupes homogènes de personnes qui présentent des caractéristiques semblables et qui requièrent des services similaires à des coûts similaires selon le milieu de vie considéré. Cet outil a été adopté par le MSSS et est intégré dans l'Outil d'Évaluation Multi Clientèle (OEMC) pour l'évaluation des adultes en perte d'autonomie temporaire ou permanente. L'information relative à ces évaluations est renseignée dans la banque de données RSIPA. La classification en 14 profils ISO-SMAF peut être à son tour regroupée en 4 catégories pour favoriser la visualisation et l'interprétation clinique :

- atteintes limitées surtout aux activités de la vie domestiques (AVD) : profils Iso-SMAF 1, 2 et 3;
- atteintes motrices prédominantes : profils Iso-SMAF 4, 6 et 9;
- atteintes mentales prédominantes : profils Iso-SMAF 5, 7, 8 et 10;
- atteintes mixtes et graves : profils Iso-SMAF 11 12, 13 et 14.

À ces 4 catégories, s'ajoutent les personnes qui n'ont aucune évaluation renseignée dans les 4 dernières années (incluant l'année d'étude).

Ajustement des données pour la comparaison des indicateurs par région

Région de résidence. La région sociosanitaire de résidence est identifiée selon l'adresse de la personne au 1^{er} avril de l'année financière. En raison du très faible nombre de personnes de la cohorte résidant dans les régions nordiques (moins de 300), les données pour ces régions sont incluses dans les résultats provinciaux, mais ne sont pas présentées par région (10- Nord-du-Québec, 17-Nunavik et 18-Terres-Cries-de-la-Baie-James).

Ajustement des données. Afin de pouvoir comparer adéquatement les régions entre elles, les données ont été ajustées selon les trois catégories d'âge, le sexe et les trois catégories de complexité clinique, toutes décrites ci-haut. Bien qu'il aurait été pertinent d'inclure le temps effectif de suivi (temps passé à domicile) comme variable d'ajustement, cela n'a pas été possible en raison de l'absence d'information sur les dates de début et de fin des services en SAD ainsi que sur les dates d'entrée en CHSLD.

Consultation d'un comité d'experts en banques de données

Le mandat de ce comité était de contribuer à assurer la qualité de l'analyse de données en révisant la méthodologie et en fournissant de l'expertise ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Le comité était composé de sept experts :

- trois chercheuses avec une expertise en exploitation des banques de données clinico-administratives;
- trois membres de la RAMQ : deux expertes en rémunération des professionnels et un expert en statistiques et analyse des données;

- une pharmacienne en GMF avec une expertise dans la facturation des services par les pharmaciens.

Une rencontre a été organisée en mode virtuel. Les aspects méthodologiques suivants ont été présentés aux membres : 1) repérage de la population étudiée dans les banques clinico-administratives, 2) variables de caractérisation et 3) définition et calculs des indicateurs. Les membres du comité ont été invités à commenter les choix méthodologiques et à apporter des précisions afin de bonifier la qualité du travail et garantir des résultats pertinents et robustes. Les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des participants.

Une analyse des commentaires des membres a été effectuée par une professionnelle scientifique et certains ajustements à la méthodologie ont été effectués.

MÉTHODE DE SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE (pour répondre à la question d'évaluation 3)

Stratégies de repérage de l'information scientifique

Le repérage de la littérature a été mené par une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet.

Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews et CINAHL Complete ont été interrogées en juillet 2024 en tenant compte des concepts suivants : soutien à domicile, services médicaux de première ligne, utilisation des soins de santé et personnes âgées. La source spécialisée en services sociaux Érudit a également été consultée.

Les résultats ont été limités aux documents publiés en anglais ou en français de 2014 à 2024. Élaborée d'abord dans MEDLINE, la stratégie a été par la suite adaptée dans chacune des banques de données consultées.

La stratégie élaborée pour chacune des banques de données bibliographiques consultées se trouve au [tableau A-6](#) ci-dessous.

Tableau A-6 Stratégies de repérage dans les banques de données bibliographiques

MEDLINE (Ovid)	
Segment : ALL 1946 to July 16, 2024	
Date de la recherche : 17 juillet 2024	
Limites : 2014-; anglais et français	
#	Requêtes
1	exp *Home Care Services/ OR House Calls/
2	Emergency Service, Hospital/ OR Hospitalization/ OR Patient Readmission/
3	Aged/ OR "Aged, 80 and over"/ OR (aged OR ageing OR aging OR elder* OR frail* OR geriatric* OR old* OR senior*).ti, bt, kf.
4	((admission* OR admit* OR emergency OR emergencies OR ED OR health care resource* OR hospital* OR readmission* OR readmit* OR rehospital* OR revisit* OR (subsequent ADJ3 "use") OR unplanned) ADJ5 (associat* OR avoid* OR decreas* OR factor* OR impact OR improv* OR predict* OR prevent* OR reason* OR reduc* OR risk*)).ti, bt, ab, kf.
5	1 AND 2 AND (3 OR 4)
6	(at-home OR in-home OR home-based OR homecare OR own home).ti, bt.
7	(home ADJ3 (care OR context OR health* OR program* OR rehab* OR service* OR support* OR therapy OR therapies OR treat* OR visit*)).ti, bt.
8	((home OR house call*) ADJ3 (doctor* OR general practitioner* OR geriatric* OR GP OR health worker* OR interprofessional* OR inter-professional* OR nurse* OR pharmacist* OR physician* OR physiotherap* OR therapist*)).ti, bt.
9	(house call* ADJ3 (service* OR program*)).ti, bt.
10	((doctor* OR general practitioner* OR geriatric* OR GP OR health worker* OR interprofessional* OR inter-professional* OR nurse* OR PA OR pharmacist* OR physician* OR physiotherap* OR therapist*) ADJ3 led).ti, bt.
11	OR/6-10
12	4 AND 11
13	((community ADJ3 (care OR health OR healthcare OR service*)) OR (primary ADJ3 (care OR health OR healthcare))).ti, bt.
14	3 AND 4 AND 13
15	(outpatient* ADJ3 (care OR context OR health* OR nurse* OR program* OR rehab* OR service* OR support* OR therapy OR therapies OR treat* OR visit*)).ti, bt.
16	3 AND 4 AND 15
17	5 OR 12 OR 14 OR 16
18	(adolescen* OR baby OR babies OR child* OR infant* OR matern* OR neonatal OR newborn* OR obstetric* OR paediatric* OR pediatric* OR post-natal* OR postnatal* OR pregnan* OR preterm* OR teen* OR youth*).ti, bt, kf, hw.
19	(aged OR ageing OR aging OR elder* OR frail* OR geriatric* OR old* OR senior*).ti, bt, kf, hw
20	18 AND 19
21	18 NOT 20
22	17 NOT 21
23	(mental* OR psychiatric* OR psycho* OR schizophren*).ti, bt, kf, hw.
24	(cancer* OR death OR die OR dying OR end-of-life "last days of life" OR mortalit* OR palliat*).ti, bt, kf, hw.
25	(aged care facilit* OR care home* OR nursing home*).ti, bt, kf, hw.
26	OR/23-25
27	22 NOT 26
28	exp Clinical Study/ OR Comment/ OR Editorial/ OR Letter/ OR Overall/
29	((case OR clinical OR intervention OR medical OR open OR phase*) ADJ3 (stud* OR trial*)) OR case report* OR comment* OR editor* OR interview OR letter* OR replies OR reply).ti.
30	OR/28-29
31	27 NOT 30

Embase (Ovid)	
Segment : 1974 to 2024 July 09	
Date de la recherche : 10 juillet 2024	
Limites : 2014-; anglais et français	
#	Requêtes
1	exp *Home Care/ OR Home Visit/
2	Hospital Emergency Service/ OR Hospitalization/ OR Hospital Readmission/
3	Aged/ OR Frail Elderly/ OR Very Elderly/ OR (aged OR ageing OR aging OR elder* OR frail* OR geriatri* OR old* OR senior*).ti,bt,kf.
4	((admission* OR admit* OR emergency OR emergencies OR ED OR health care resource* OR hospital* OR readmission* OR readmit* OR rehospital* OR revisit* OR (subsequent ADJ3 "use") OR unplanned) ADJ5 (associat* OR avoid* OR decreas* OR factor* OR impact OR improv* OR predict* OR prevent* OR reason* OR reduc* OR risk*)).ti,bt,ab,kf.
5	1 AND 2 AND (3 OR 4)
6	(at-home OR in-home OR home-based OR homecare OR own home).ti,bt.
7	(home ADJ3 (care OR context OR health* OR program* OR rehab* OR service* OR support* OR therapy OR therapies OR treat* OR visit*)).ti,bt.
8	((home OR house call*) ADJ3 (doctor* OR general practitioner* OR geriatr* OR GP OR health worker* OR interprofessional* OR inter-professional* OR nurse* OR pharmacist* OR physician* OR physiotherap* OR therapist*)).ti,bt.
9	(house call* ADJ3 (service* OR program*)).ti,bt.
10	((doctor* OR general practitioner* OR geriatr* OR GP OR health worker* OR interprofessional* OR inter-professional* OR nurse* OR PA OR pharmacist* OR physician* OR physiotherap* OR therapist*) ADJ3 led).ti,bt.
11	OR/6-10
12	4 AND 11
13	((community ADJ3 (care OR health OR healthcare OR service*)) OR (primary ADJ3 (care OR health OR healthcare))).ti,bt.
14	3 AND 4 AND 13
15	(outpatient* ADJ3 (care OR context OR health* OR nurse* OR program* OR rehab* OR service* OR support* OR therapy OR therapies OR treat* OR visit*)).ti,bt.
16	3 AND 4 AND 15
17	5 OR 12 OR 14 OR 16
18	(adolescen* OR baby OR babies OR child* OR infant* OR matern* OR neonatal OR newborn* OR obstetric* OR paediatr* OR pediater* OR post-natal* OR postnatal* OR pregnan* OR preterm* OR teen* OR youth*).ti,bt,kf,hw.
19	(aged OR ageing OR aging OR elder* OR frail* OR geriatri* OR old* OR senior*).ti,bt,kf,hw
20	18 AND 19
21	18 NOT 20
22	17 NOT 21
23	(mental* OR psychiatr* OR psycho* OR schizophren*).ti,bt,kf,hw.
24	(cancer* OR death OR die OR dying OR end-of-life "last days of life" OR mortalit* OR palliat*).ti,bt,kf.,hw.
25	(aged care facilit* OR care home* OR nursing home*).ti,bt,kf,hw.
26	OR/23-25
27	22 NOT 26
28	Clinical Study/ OR Editorial/ OR Interview/ OR Lecture Note/ OR Letter/ OR News/
29	((case OR clinical OR intervention OR medical OR open OR phase*) ADJ3 (stud* OR trial*)) OR case report* OR comment* OR editor* OR interview OR letter* OR replies OR reply).ti.
30	OR/28-29
31	27 NOT 30
32	limit 31 to embase
33	limit 31 to exclude medline journals
34	32 OR 33

EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid)	
Segment : 2005 to July 3, 2024	
Date du repérage : 10 juillet 2024	
Limites : 2014-; anglais et français	
#	Requêtes
1	((admission* OR admit* OR emergency OR emergencies OR ED OR health care resource* OR hospital* OR readmission* OR readmit* OR rehospital* OR revisit* OR (subsequent ADJ3 "use") OR unplanned) ADJ5 (associat* OR avoid* OR decreas* OR factor* OR impact OR improv* OR predict* OR prevent* OR reason* OR reduc* OR risk*)).mp.
2	(at-home OR in-home OR home-based OR homecare OR own home).ti.
3	(home ADJ3 (care OR context OR health* OR program* OR rehab* OR service* OR support* OR therapy OR therapies OR treat* OR visit*)).ti.
4	((home OR house call*) ADJ3 (doctor* OR general practitioner* OR geriatr* OR GP OR health worker* OR interprofessional* OR inter-professional* OR nurse* OR pharmacist* OR physician* OR physiotherap* OR therapist*)).ti.
5	(house call* ADJ3 (service* OR program*)).ti.
6	((doctor* OR general practitioner* OR geriatr* OR GP OR health worker* OR interprofessional* OR inter-professional* OR nurse* OR PA OR pharmacist* OR physician* OR physiotherap* OR therapist*) ADJ3 led).ti.
7	((community ADJ3 (care OR health OR healthcare OR service*)) OR (primary ADJ3 (care OR health OR healthcare))).ti.
8	(outpatient* ADJ3 (care OR context OR health* OR nurse* OR program* OR rehab* OR service* OR support* OR therapy OR therapies OR treat* OR visit*)).ti.
9	OR/2-8
10	1 AND 9
11	(adolescen* OR baby OR babies OR child* OR infant* OR matern* OR neonatal OR newborn* OR obstetric* OR paediatr* OR pediater* OR post-natal* OR postnatal* OR pregnan* OR preterm* OR teen* OR youth*).mp.
12	(mental* OR psychiatr* OR psycho* OR schizophren*).mp.
13	(cancer* OR death OR die OR dying OR end-of-life "last days of life" OR mortalit* OR palliat*).mp.
14	(aged care facilit* OR care home* OR nursing home*).mp.
15	OR/11-14
16	10 NOT 15

CINAHL Complete (EBSCO)	
Date du repérage : 19 juillet 2024	
Limites : 2014-; anglais et français	
S1	TX ((admission* OR admit* OR emergency OR emergencies OR "health care resource*" OR hospital* OR readmission* OR readmit* OR rehospital* OR revisit* OR (subsequent N3 "use") OR unplanned) N5 (associat* OR avoid* OR decreas* OR factor* OR impact OR improv* OR predict* OR prevent* OR reason* OR reduc* OR risk*))
S2	TI (at-home OR in-home OR home-based OR homecare OR "own home")
S3	TI (home N3 (care OR context OR health* OR program* OR rehab* OR service* OR support* OR therapy OR therapies OR treat* OR visit*))
S4	TI ((home OR "house call*") N3 (doctor* OR "general practitioner*" OR geriatr* OR GP OR "health worker*" OR interprofessional* OR inter-professional* OR nurse* OR pharmacist* OR physician* OR physiotherap* OR therapist*))
S5	TI ("house call*" ADJ3 (service* OR program*))
S6	TI ((doctor* OR "general practitioner*" OR geriatr* OR GP OR "health worker*" OR interprofessional* OR inter-professional* OR nurse* OR PA OR pharmacist* OR physician* OR physiotherap* OR therapist*) N3 led)
S7	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6

S8	S1 AND S7
S9	TI ((community N3 (care OR health OR healthcare OR service*)) OR (primary N3 (care OR health OR healthcare)))
S10	TI (outpatient* N3 (care OR context OR health* OR nurse* OR program* OR rehab* OR service* OR support* OR therapy OR therapies OR treat* OR visit*))
S11	S9 OR S10
S12	TI (aged OR ageing OR aging OR elder* OR frail* OR geriatri* OR old* OR senior*) OR (aged OR ageing OR aging OR elder* OR frail* OR geriatri* OR old* OR senior*) OR MW (aged OR ageing OR aging OR elder* OR frail* OR geriatri* OR old* OR senior*) OR (aged OR ageing OR aging OR elder* OR frail* OR geriatri* OR old* OR senior*) OR SU (aged OR ageing OR aging OR elder* OR frail* OR geriatri* OR old* OR senior*) OR (aged OR ageing OR aging OR elder* OR frail* OR geriatri* OR old* OR senior*)
S13	S1 AND S11 AND S12
S14	S8 OR S13
S15	TI (adolescen* OR baby OR babies OR child* OR infant* OR matern* OR neonatal OR newborn* OR obstetric* OR paediatr* OR pediater* OR post-natal* OR postnatal* OR pregnan* OR preterm* OR teen* OR youth*) OR MW (adolescen* OR baby OR babies OR child* OR infant* OR matern* OR neonatal OR newborn* OR obstetric* OR paediatr* OR pediater* OR post-natal* OR postnatal* OR pregnan* OR preterm* OR teen* OR youth*) OR SU (adolescen* OR baby OR babies OR child* OR infant* OR matern* OR neonatal OR newborn* OR obstetric* OR paediatr* OR pediater* OR post-natal* OR postnatal* OR pregnan* OR preterm* OR teen* OR youth*)
S16	TI (mental* OR psychiatr* OR psycho* OR schizophren*) OR MW (mental* OR psychiatr* OR psycho* OR schizophren*) OR SU (mental* OR psychiatr* OR psycho* OR schizophren*)
S17	TI (cancer* OR death OR die OR dying OR end-of-life "last days of life" OR mortalit* OR palliat*) OR MW (cancer* OR death OR die OR dying OR end-of-life "last days of life" OR mortalit* OR palliat*) OR SU (cancer* OR death OR die OR dying OR end-of-life "last days of life" OR mortalit* OR palliat*)
S18	TI ("aged care facilit*" OR "care home*" OR "nursing home*") OR MW ("aged care facilit*" OR "care home*" OR "nursing home*") OR SU ("aged care facilit*" OR "care home*" OR "nursing home*")
S19	S15 OR S16 OR S17 OR S18
S20	S14 NOT S19
S21	TI (((case OR clinical OR intervention OR medical OR open OR phase*) N3 (stud* OR trial*)) OR "case report*" OR comment* OR conference OR editor* OR interview OR letter* OR replies OR reply)
S22	S20 NOT S21

Sélection des publications

Les publications retenues devaient porter sur l'utilisation des services médicaux par les personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des services professionnels de soutien à domicile (voir le [tableau A-7](#) ci-dessous pour les détails des critères d'inclusion et d'exclusion).

Tableau A-7 Critères d'inclusion et d'exclusion des études scientifiques

Critères d'inclusion — Études scientifiques	
POPULATION	Personnes âgées de 65 ans et plus qui ont reçu ou qui reçoivent des services professionnels du SAD à long terme
INTERVENTION/EXPOSITION	Facteurs (individuels et organisationnels) qui peuvent influencer l'utilisation des services médicaux
COMPARATEUR	Non-applicable
RÉSULTATS	Utilisation des services visant à répondre aux besoins médicaux : services de soutien à domicile, services médicaux et pharmaceutiques de première ligne, urgence et hospitalisation
CONTEXTE DE PRATIQUE	Services de soutien à domicile
TYPES DE PUBLICATION	- Études primaires - Revue de littérature
ANNÉES DE PUBLICATION	2019-2024*
PAYS	Pays membres de l'OCDE

* Le repérage de la littérature a été réalisé pour les documents publiés entre 2014 et 2024. Toutefois, vu le nombre considérable de documents repérés, il fut décidé de restreindre la sélection aux documents publiés au cours des cinq dernières années (2019-2024).

Critères d'exclusion — Études scientifiques	
POPULATION	Personnes de moins de 65 ans
INTERVENTION/EXPOSITION	Systèmes de paiement de soins non applicables au Québec
COMPARATEUR	Non-applicable
RÉSULTATS	- Appels aux services d'urgence - Durée de séjour à l'hôpital - Réadmissions à l'hôpital - Coûts
CONTEXTE DE PRATIQUE	- Services de deuxième ligne tels que les cliniques de la mémoire ou les services ambulatoires SCPD - Services d'hospitalisation à domicile - Services post-hospitaliers - Services de télésurveillance à domicile

Critères d'exclusion — Études scientifiques	
TYPES DE PUBLICATION	▪ Livres ou chapitres de livres ▪ Thèses ou mémoires ▪ Abrégé ou compte rendu de conférence ▪ Éditoriaux ou lettre à l'éditeur ou commentaires ▪ Protocoles d'études ou de revues ▪ Rapports / publications gouvernementales ▪ Guides de pratique clinique
ANNÉES DE PUBLICATION	▪ Documents publiés avant 2019
PAYS	▪ Pays non membres de l'OCDE*

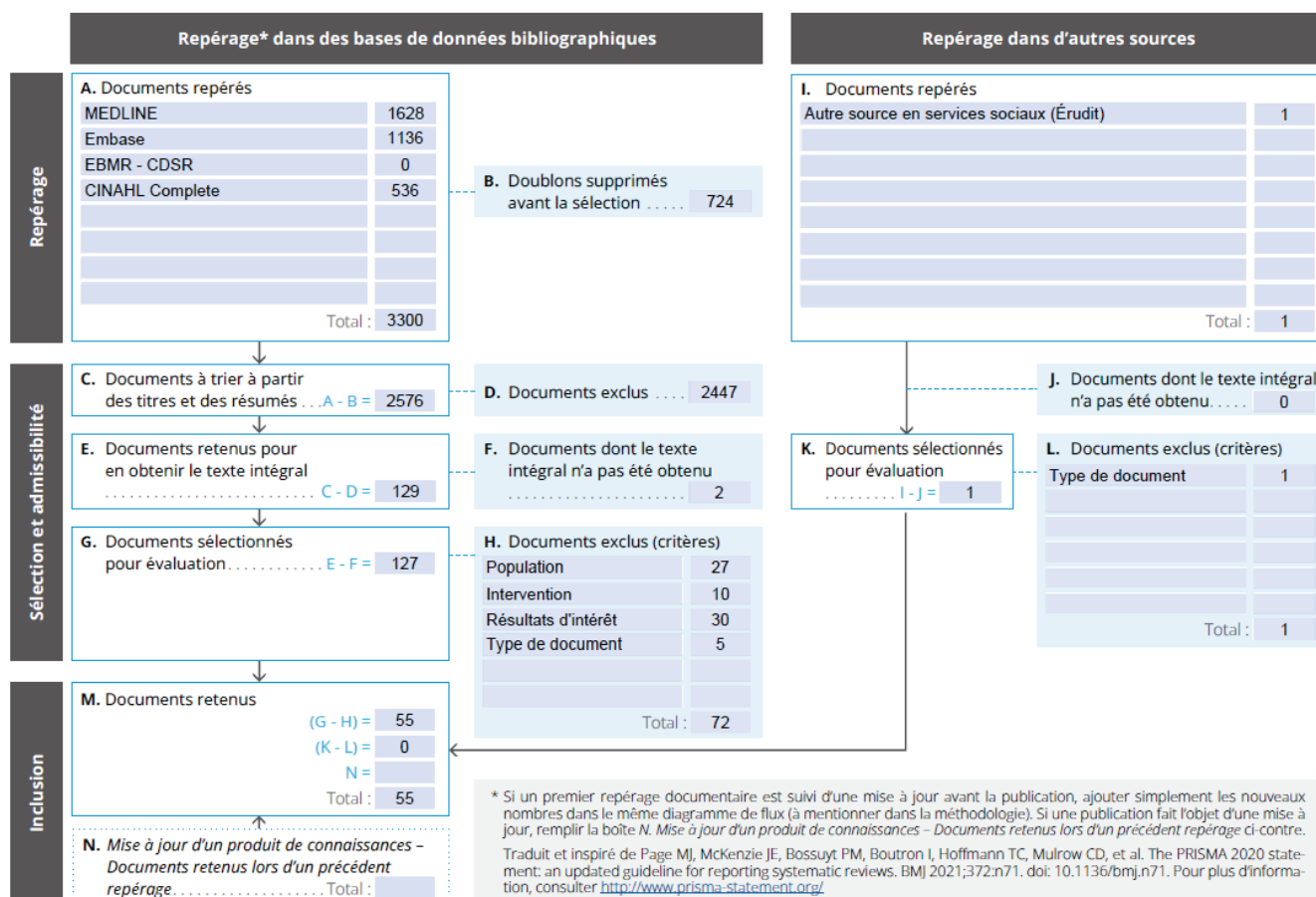
* Seuls les documents provenant des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont été inclus puisque ces pays adhèrent à des principes similaires visant l'amélioration de l'accès, de l'efficacité et de la qualité des soins de santé [OCDE, 2024].

La sélection des documents a été réalisée en trois temps :

- 1) Phase pilote** : Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été prétestés sur 3 % des titres et des résumés des documents repérés, avec un taux d'accord de 94 %. Les désaccords ont été discutés en équipe de projet jusqu'à l'obtention d'un consensus. Ces discussions ont permis de raffiner les critères d'inclusion et d'exclusion.
- 2) Sélection à partir des titres et des résumés** : Les documents restants ont été répartis entre les deux professionnelles scientifiques qui ont fait une sélection de façon indépendante. En cas de doute concernant l'inclusion ou l'exclusion d'un document, la seconde professionnelle était consultée. Chacune des professionnelles a ensuite validé la sélection effectuée par l'autre professionnelle sur un échantillon aléatoire de 7 % des documents (autant parmi les documents inclus qu'exclus). Un taux d'accord de 92 % a été obtenu. Les désaccords ont été discutés en équipe de projet jusqu'à l'obtention d'un consensus.
- 3) Sélection à partir de la lecture complète** : La sélection à partir de la lecture complète des documents a été réalisée par une professionnelle scientifique. L'autre professionnelle scientifique de l'équipe de projet a validé, de façon indépendante, 10 % des documents repérés (autant des publications incluses qu'exclues). Le taux d'accord était de 85 %. Les désaccords ont été discutés en équipe de projet jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Les détails du processus de sélection des documents ont été consignés sous forme de diagramme de flux, conformément aux recommandations du *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* [Page et al., 2022].

Figure A-2 Diagramme de flux de repérage et de sélection des documents de la littérature



Extraction des données

Pour les études primaires retenues, les informations suivantes ont été extraites dans un fichier Excel : auteurs, année de publication, pays, type d'étude, population, taille de l'échantillon et facteurs influençant l'utilisation des services.

Pour les revues de littérature retenues, les informations suivantes ont été extraites dans un fichier Excel : auteurs, année de publication, période couverte par la revue de littérature, pays où les études incluses ont été menées, population, nombre d'études pertinentes pour l'analyse, type d'études incluses (p.ex., observationnelles, études contrôlées randomisées etc.), facteurs influençant l'utilisation des services.

Les études ont été regroupées en fonction du type de services utilisés (p. ex. visites médicales, visites à l'urgence, hospitalisation, etc.). Pour les études observationnelles dont l'objectif de recherche était d'examiner l'association entre certains facteurs et l'utilisation des services, seuls les facteurs significativement associés ont été extraits et classés comme facteurs associés à une augmentation de l'utilisation des services ou

facteurs associés à une moindre utilisation des services. Pour les études observationnelles ou d'intervention examinant l'effet d'un programme ou d'une intervention ou d'une composante organisationnelle sur l'utilisation des services, l'effet du programme ou de l'intervention ou la composante organisationnelle a été extrait, qu'il soit significatif ou sans influence.

La grille d'extraction a été testée au préalable sur six documents par une professionnelle scientifique et cette extraction a été validée par une autre professionnelle. Pour les documents restants, les données ont été extraites par une professionnelle scientifique.

Analyse des données

Les facteurs d'influence ont été synthétisés dans des tableaux indiquant le type de facteur (individuel ou environnemental) et la direction d'influence (facteur augmentant ou réduisant l'utilisation des services, ou sans influence). Une synthèse narrative a été rédigée pour mettre en lumière les principaux facteurs d'influence qui peuvent aider à mieux comprendre les résultats d'indicateurs présentés dans le portrait

Méthode de synthèse des consultations des parties prenantes

Comité consultatif

Le mandat du comité consultatif est d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce en fournissant des informations contextuelles et expérientielles, de l'expertise ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

Le comité consultatif était composé de 14 experts provenant de plusieurs régions du Québec :

- une chercheuse;
- trois médecins de famille (œuvrant à l'urgence, en SAD, en GMF et Hôpital);
- une pharmacienne;
- cinq infirmières (deux infirmières cliniciennes œuvrant en SAD, une conseillère clinique en soins infirmiers d'un programme de SAD, une conseillère en soins infirmiers – trajectoire RPA, une infirmière clinicienne à la gestion de l'épisode de soins à l'urgence);
- deux cheffes d'administration de programmes SAD;
- une directrice d'un programme de SAD;
- une représentante du MSSS.

Deux rencontres ont été organisées en mode virtuel. Les résultats suivants ont été présentés aux membres : 1) résultats calculés à partir des banques de données clinico-administratives pour chaque indicateur, 2) un résumé des données issues de la littérature, soit les principaux facteurs pouvant influencer l'utilisation des services

médicaux par les personnes âgées qui reçoivent du SAD. Les membres du comité ont été invités à contribuer à l'interprétation des résultats des indicateurs en fonction de leur connaissance du réseau de la santé et des services sociaux québécois et des besoins des usagers SAD-SAPA. Ils ont aussi nourri les réflexions sur les facteurs au Québec qui peuvent influencer l'utilisation des services médicaux par les usagers des programmes SAD-SAPA. Les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des participants.

Une analyse des perspectives des membres a été effectuée par deux professionnelles scientifiques et un compte rendu a été rédigé. Une synthèse narrative a été effectuée par une professionnelle scientifique afin de résumer la perspective des membres concernant chaque indicateur présenté dans le rapport ainsi que les facteurs pouvant influencer l'utilisation des services médicaux par les aînés qui reçoivent du SAD. L'information ainsi synthétisée a été validée par la seconde professionnelle scientifique ayant aussi participé aux échanges tenus avec les parties prenantes.

Panel des usagers et des proches de la DESA

Le Panel des usagers et des proches de la DESA est un comité permanent à l'INESSS. Les membres du Panel sont des personnes qui ont reçu des services sociaux ou de réadaptation, dans le réseau public québécois, ou qui ont accompagné un proche de façon significative dans ce type de services. Le mandat du Panel pour ce projet était d'alimenter les réflexions sur les préoccupations ou enjeux qui peuvent toucher les personnes âgées qui reçoivent du SAD et leurs proches. Par leur réflexion sur des éléments plus larges que ceux liés à une condition spécifique, ils offrent une analyse critique et constructive pour soutenir l'amélioration des services à partir de la perspective de la personne qui les reçoit. Ils représentent une diversité de perspectives, de savoirs expérimentiels et de réalités sociales et culturelles.

Le Panel a été rencontré une fois afin de recueillir la perspective des membres sur des enjeux touchant l'utilisation des services en réponse aux besoins médicaux des personnes âgées qui reçoivent des services de SAD. La rencontre a été enregistrée avec l'accord des participants.

Une analyse des perspectives des membres a été effectuée par une professionnelle scientifique et un compte rendu a été rédigé. Une synthèse narrative a été effectuée par une professionnelle scientifique afin de résumer la perspective des membres. L'information ainsi synthétisée a été validée par la seconde professionnelle scientifique ayant aussi participé aux échanges tenus avec le Panel.

Processus de validation et d'assurance qualité

La validation du contenu de cet état des pratiques a été réalisée par les directions responsables de sa production à l'INESSS, soit la DESA, la Direction du BDCA et la Direction médicale à l'évaluation et au soutien à l'amélioration des pratiques de première ligne – services de proximité.

Le rapport a été soumis à des lectrices externes reconnues pour leur expertise de recherche dans le domaine des services de première ligne. Elles ont été invitées à commenter la clarté, la rigueur scientifique et l'accessibilité de l'information. L'ensemble des commentaires formulés a été considéré par l'équipe de projet et des modifications ont été apportées, lorsque nécessaire.

Les résultats ont aussi été présentés au comité délibératif permanent de la direction des services sociaux et de la santé mentale de l'INESSS afin de recueillir son appréciation des travaux. Les membres du comité ont été invités à alimenter les réflexions sur la portée des résultats pour le réseau de la santé et des services sociaux et relativement aux autres travaux de l'INESSS portant sur des sujets connexes.

Les résultats ont également été présentés à un comité de suivi. Ce comité était composé de représentants de Santé Québec, d'ordres professionnels et d'une fédération professionnelle. Les membres ont été rencontrés afin d'échanger sur l'acceptabilité et l'utilité des principaux résultats en soutien à une démarche réflexive d'amélioration de la qualité des soins et services. Ils ont aussi été invités à alimenter la réflexion entourant la diffusion des travaux.

Confidentialité et considérations éthiques

Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées étaient tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux a pris connaissance du code d'éthique et s'est engagé à le respecter.

Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toute personne appelée à collaborer sur ce dossier a dû déclarer les intérêts personnels qui la placent dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils soient commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnel ou autre. Les personnes étaient également invitées à déclarer les différentes activités professionnelles ou les rôles qui les placent dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Tous les collaborateurs ont rempli un formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les déclarations complétées par les collaborateurs au dossier ont été évaluées par l'équipe de projet afin de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. L'ensemble des situations déclarées sont divulguées dans les pages liminaires du rapport par souci de transparence.

ANNEXE B

Résultats détaillés

Utilisation des services qui visent à répondre aux besoins médicaux des usagers des programmes SAD-SAPA

Tableau B-1 Résultats d'utilisation des services

	Population (65 ans et +)		Usagers des programmes SAD-SAPA	
Nombre total de personnes	1 843 522		178 949	
	Nombre	Proportion ou moyenne	Nombre	Proportion ou moyenne
Répartition des usagers SAD-SAPA selon le nombre d'interventions professionnelles reçues dans l'année :				
• Faible (1-14)	s/o	s/o	91 313	51 %
• Moyen (15-63)	s/o	s/o	69 699	39 %
• Élevé (64 ou plus)	s/o	s/o	17 937	10 %
Personnes ayant reçu au moins une visite d'un médecin de famille à domicile au cours de l'année	40 679	2 %	26 784	15 %
Consultations auprès d'un médecin de famille ou d'un(e) IPS-PL au cours de l'année	4 631 726	2,5 v/p	665 205	3,7 v/p
Services cliniques de première ligne offerts par un pharmacien communautaire au cours de l'année	2 099 782	1,1 v/p	366 494	2,0 v/p
Visites médicales à l'urgence de priorité P4 ou P5 au cours de l'année	289 151	0,16 v/p	55 962	0,31 v/p
Nombre total de services reçus en première ligne au cours de l'année	7 020 659	3,8 v/p	1 087 661	6,1 v/p

	Population (65 ans et +)		Usagers des programmes SAD-SAPA	
Visites aux urgences au cours de l'année :				
• 3 visites ou plus	108 366	6 %	37 299	21 %
• 2 visites	116 964	6 %	27 925	16 %
• 1 visite	294 857	16 %	47 363	26 %
• 0 visite	1 323 335	72 %	66 362	37 %
Proportion de visites aux urgences peu prioritaires (P4 ou P5)	s/o	38 %	s/o	25 %
Personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année	228 458	12 %	78 684	44 %

Abréviation : s/o : sans objet, v/p : visites par personne

Facteurs qui peuvent influencer l'utilisation des services par les aînés qui reçoivent du SAD

Tableau B-2 Facteurs qui peuvent influencer les visites médicales et les visites par des intervenants du SAD selon la revue de littérature

Facteurs repérés dans la littérature	Visites médicales par un médecin ou par un(e) IPS-PL En général	À domicile	Visites par des intervenants du SAD
Facteurs individuels			
Vivre en région rurale			(-) Quigley <i>et al.</i> , 2022
Prendre plus de 9 médicaments	(+) Jones <i>et al.</i> , 2019		
Utiliser des opioïdes à long terme	(+) Mörttinen-Vallius <i>et al.</i> , 2023	(+) Mörttinen-Vallius <i>et al.</i> , 2023	
Avoir des déficits fonctionnels importants		(+) Jones <i>et al.</i> , 2019	
Recevoir des soins infirmiers ou des services d'aide à domicile	(+) Jones <i>et al.</i> , 2019	(+) Jones <i>et al.</i> , 2019	
Facteurs organisationnels			
Modèle de soins à domicile où le personnel reçoit de la formation additionnelle sur la prise en charge de maladies chroniques, la fragilité et les soins palliatifs. L'utilisateur peut aussi appeler en dehors de heures usuelles et un médecin peut se déplacer pour une visite à domicile		(+) Burgos Diez <i>et al.</i> , 2022	
Équipe multidisciplinaire à domicile qui inclut un pharmacien	(+) Woodal <i>et al.</i> , 2023		
Équipe multidisciplinaire avec paramédecine communautaire à domicile, et téléconsultation avec le médecin à distance	(+) Ulintz <i>et al.</i> , 2023		
Rémunération des médecins : paiement à l'acte	(+) Jones <i>et al.</i> , 2019		

Facteurs repérés dans la littérature	Visites médicales par un médecin ou par un(e) IPS-PL		Visites par des intervenants du SAD
	En général	À domicile	
Autres facteurs			
Pandémie COVID-19	(-) Kling <i>et al.</i> , 2023		
(+) Facteurs associés à une augmentation des visites médicales			
(-) Facteurs associés à une réduction des visites médicales			

Tableau B-3 Facteurs qui peuvent influencer les visites à l'urgence et les hospitalisations selon la revue de littérature

Facteurs repérés dans la littérature	Visites à l'urgence	Hospitalisations
Facteurs individuels		
Âge avancé		(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Gillespie <i>et al.</i> , 2021 (+) Lee <i>et al.</i> , 2022 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Sexe		
Féminin	(+) Chong <i>et al.</i> , 2022	(+, -) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Lee <i>et al.</i> , 2022 (+) Osakwe <i>et al.</i> , 2019
Masculin		(+) Schmidt-Mende <i>et al.</i> , 2024
Minorité ethnique	(+) Chong <i>et al.</i> , 2022	(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Chong <i>et al.</i> , 2022 (+) Jung <i>et al.</i> , 2023 (-) Osakwe <i>et al.</i> , 2019
Situation sociale :		
Vivre seul à domicile	(+) Chong <i>et al.</i> , 2022	(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Kosaka <i>et al.</i> , 2020 (-) Osakwe <i>et al.</i> , 2019
Vivre avec d'autres personnes à domicile	(+) Wang <i>et al.</i> , 2021	(+) Wang <i>et al.</i> , 2021
Vivre en ressource intermédiaire	(-) Wang <i>et al.</i> , 2021	(+) Bick <i>et al.</i> , 2019

Facteurs repérés dans la littérature	Visites à l'urgence	Hospitalisations
		(-) Wang <i>et al.</i> , 2021
Être isolé socialement	(+) Inoue <i>et al.</i> , 2022 (+) Veyron <i>et al.</i> , 2019	
Peu de ressources communautaires		(+) Chae <i>et al.</i> , 2023
Recevoir de l'aide de la part d'une personne proche aidante		(+, -) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+, -) Osakwe <i>et al.</i> , 2019
Avoir une personne proche aidante qui a une démence ou un trouble de santé mentale	(+) Inoue <i>et al.</i> , 2022	
Vivre dans un quartier défavorisé	(+) Jung <i>et al.</i> , 2024	(+) Bick <i>et al.</i> , 2019
Avoir des limitations financières	(+) Inoue <i>et al.</i> , 2022	
Situation géographique :		
Vivre en région rurale	(+) Chen <i>et al.</i> , 2020 (+) Jung <i>et al.</i> , 2024 (+) Quigley <i>et al.</i> , 2022	(+) Chen <i>et al.</i> , 2020 (+, -) Quigley <i>et al.</i> , 2022
Vivre en région urbaine	(+) Chong <i>et al.</i> , 2022	(+, -) Bick <i>et al.</i> , 2019
État de santé		
Mauvais état de santé, ou état de santé instable	(+) McKay <i>et al.</i> , 2023	(+, -) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Hébert <i>et al.</i> , 2019 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Fragilité		(+) Gillespie <i>et al.</i> , 2021 (+) Krogseth <i>et al.</i> , 2021 (+) Maxwell <i>et al.</i> , 2019
Nombre élevé de comorbidités ou plaintes physiques		(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Witt <i>et al.</i> , 2022

Facteurs repérés dans la littérature	Visites à l'urgence	Hospitalisations
Douleur	(+) Veyron <i>et al.</i> , 2019	(+) Chae <i>et al.</i> , 2023 (-) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Conditions de santé :		
Cancer	(-) Osakwe <i>et al.</i> , 2020	(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (-) Fismen <i>et al.</i> , 2021 (+) Gillespie <i>et al.</i> , 2021
Diabète	(-) Osakwe <i>et al.</i> , 2020	(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Chae <i>et al.</i> , 2023 (+) Gillespie <i>et al.</i> , 2021
Dysphagie		(+) Watanabe <i>et al.</i> , 2019
Incontinence fécale hebdomadaire		(+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Incontinence urinaire		(+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Histoire d'incontinence urinaire (pour personnes avec infection urinaire)		(-) Osakwe <i>et al.</i> , 2019
Infections urinaires		(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Septicémie		(+) Fismen <i>et al.</i> , 2021
Lésions de la peau		(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Chae <i>et al.</i> , 2023 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Maladies cardiovasculaires (p. ex. insuffisance cardiaque, maladie coronarienne, accident vasculaire cérébral)		(+) Agredano <i>et al.</i> , 2021 (+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Chae <i>et al.</i> , 2023 (+) Fismen <i>et al.</i> , 2021 (+) Gillespie <i>et al.</i> , 2021 (+) Lee <i>et al.</i> , 2022 (+) Osakwe <i>et al.</i> , 2020 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Troubles musculosquelettiques (p. ex. arthrose)		(-) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023

Facteurs repérés dans la littérature	Visites à l'urgence	Hospitalisations
Fracture		(-) Fismen <i>et al.</i> , 2021 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Maladies rénales (p. ex. insuffisance rénale)		(+) Agredano <i>et al.</i> , 2021 (+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Fismen <i>et al.</i> , 2021 (+) Jung <i>et al.</i> , 2023 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Maladies respiratoires (p. ex. maladie pulmonaire obstructive chronique, pneumonie, dyspnée)	(+) Osakwe <i>et al.</i> , 2020 (+) Veyron <i>et al.</i> , 2019	(+) Agredano <i>et al.</i> , 2021 (+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Fismen <i>et al.</i> , 2021 (+) Gillespie <i>et al.</i> , 2021 (+) Hébert <i>et al.</i> , 2019 (+) Jung <i>et al.</i> , 2023 (+) Osakwe <i>et al.</i> , 2020 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Troubles neurologiques (p. ex. Parkinson, accident vasculaire cérébral)		(+) Osakwe <i>et al.</i> , 2020 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Troubles cognitifs (p. ex. maladie d'Alzheimer ou démence)	(-) Reaume <i>et al.</i> , 2021	(+, -) Bick <i>et al.</i> , 2019 (-) Maxwell <i>et al.</i> , 2019 (-) Krogseth <i>et al.</i> , 2021 (+) Lee <i>et al.</i> , 2022 (+) Osakwe <i>et al.</i> , 2020 (-) Reaume <i>et al.</i> , 2021 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Troubles de santé mentale (p. ex. dépression, schizophrénie)	(-) Osakwe <i>et al.</i> , 2020	(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Gillespie <i>et al.</i> , 2021 (+) Jung <i>et al.</i> , 2023 (+,-) Osakwe <i>et al.</i> , 2020 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Traitements :		
Complications à la suite d'un traitement	(+) Inoue <i>et al.</i> , 2022	
Cathéter urinaire	(+) Schumacher <i>et al.</i> , 2021	(+) Osakwe <i>et al.</i> , 2019
Traitement par perfusion		(+) Bick <i>et al.</i> , 2019

Facteurs repérés dans la littérature	Visites à l'urgence	Hospitalisations
Traitement pour infection urinaire		(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Osakwe <i>et al.</i> , 2019
Oxygénothérapie		(+) Bick <i>et al.</i> , 2019
Utilisation d'aides techniques		(+) Jung <i>et al.</i> , 2023
Effets secondaires de la médication	(+) Inoue <i>et al.</i> , 2022	
Erreurs de gestion de la médication par l'utilisateur	(+) Inoue <i>et al.</i> , 2022	
Prise de médicaments psychotropes (chez les personnes à haut risque d'hospitalisation)		(+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Prise d'insuline et/ou de médicaments non insuliniques pour la glycémie		(+) Fismen <i>et al.</i> , 2021
Utilisation de plusieurs médicaments		(+) Bick <i>et al.</i> , 2019
Utilisation de médicaments potentiellement inappropriés		(+) Bick <i>et al.</i> , 2019
Utilisation de médicaments associés aux syndromes gériatriques chez les personnes avec plus de dix diagnostics		(+) Wang <i>et al.</i> , 2022
Niveau d'autonomie fonctionnelle :		
Déficits fonctionnels		(+, -) Bick <i>et al.</i> , 2019 (-) Chae <i>et al.</i> , 2023
Diminution récente de l'autonomie fonctionnelle		(+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Avoir besoin d'aide pour les soins personnels	(+) Chong <i>et al.</i> , 2022	(+) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Chong <i>et al.</i> , 2022 (+) Gillespie <i>et al.</i> , 2021 (+, -) Osakwe <i>et al.</i> , 2019

Facteurs repérés dans la littérature	Visites à l'urgence	Hospitalisations
Avoir besoin d'aide pour la gestion de la médication		(+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023 (+) Bick <i>et al.</i> , 2019
Incapacités sur le plan de la communication ou des interactions sociales	(+) Veyron <i>et al.</i> , 2019	(+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Difficultés ou incapacités à la marche		(+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Capacité à se déplacer dans la maison ou à préparer un repas	(-) Veyron <i>et al.</i> , 2019	
Être confiné au domicile ou au lit		(+) Gillespie <i>et al.</i> , 2021
Chutes	(+) Veyron <i>et al.</i> , 2019	(+) Agredano <i>et al.</i> , 2021 (+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Peur de chuter		(+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023
Besoins non comblés :		
Besoin non comblé d'assistance pour les AVQ, pour des aides techniques ou pour l'adaptation du domicile	(+) Chong <i>et al.</i> , 2022	(+) Chong <i>et al.</i> , 2022
Besoins de transport non comblés		(+) Chong <i>et al.</i> , 2022
Services qui ne rencontrent pas les besoins et objectifs de l'utilisateur	(+) Chong <i>et al.</i> , 2022	(+) Chong <i>et al.</i> , 2022
Services reçus par l'utilisateur :		
Hospitalisation ou visite à l'urgence récente		(+, -) Bick <i>et al.</i> , 2019 (-) Osakwe <i>et al.</i> , 2019
Durée de séjour plus longue lors d'une hospitalisation antérieure		(+) Jung <i>et al.</i> , 2023

Facteurs repérés dans la littérature	Visites à l'urgence	Hospitalisations
Nombre, intensité ou fréquence des services de santé à domicile		(+, -) Bick <i>et al.</i> , 2019 (+) Chae <i>et al.</i> , 2023 (+) Schmidt-Mende <i>et al.</i> , 2024 (+) Witt <i>et al.</i> , 2022
Services d'aide à domicile (assistance personnelle)		(-) Jung <i>et al.</i> , 2023 (+) Witt <i>et al.</i> , 2022
Soins infirmiers à domicile		(+) Osakwe <i>et al.</i> , 2020
Soins infirmiers à domicile le jour même	(+) Jones <i>et al.</i> , 2020a (+) Schumacher <i>et al.</i> , 2021	
Services récents en réadaptation		(-) Bick <i>et al.</i> , 2019
Type de professionnel du SAD qui appelle le 911 lors d'une urgence	(x) McKay <i>et al.</i> , 2023	
Personne autre qu'un professionnel de la santé du SAD qui appelle le 911 lors d'une urgence	(+) Kosaka <i>et al.</i> , 2020	
Peu de temps écoulé depuis l'admission au programme de SAD		(+) Chae <i>et al.</i> , 2023
Visites de SAD manquées		(+) Chae <i>et al.</i> , 2023
Planification préalable des soins	(-) Inoue <i>et al.</i> , 2022	
Usager retarde le recours aux soins de santé	(+) Inoue <i>et al.</i> , 2022	
Respect par l'utilisateur ou ses proches des recommandations formulées par l'intervenant		(-) Pauget <i>et al.</i> , 2022
Score élevé à l'échelle DIVERT	(+) Mowbray <i>et al.</i> , 2020	(+) Rönneikkö <i>et al.</i> , 2023

Facteurs repérés dans la littérature	Visites à l'urgence	Hospitalisations
Facteurs organisationnels		
Liés à l'accès aux services		
Accès à des visites médicales à domicile	(-) Jones <i>et al.</i> , 2020b	(-) Jones <i>et al.</i> , 2020b
Accès à des visites médicales après 17h00	(-) Jones <i>et al.</i> , 2020a	
Manque d'accès à des tests d'imagerie	(+) Inoue <i>et al.</i> , 2022	
Programme de soins aigus à domicile par des intervenants en pratiques avancées	(x) Carlson <i>et al.</i> , 2022	(x) Carlson <i>et al.</i> , 2022
Accès à des soins à domicile offerts par des IPS	(-) Sun <i>et al.</i> , 2022	(-) Sun <i>et al.</i> , 2022
Visites à domicile par un pharmacien		(X) West <i>et al.</i> , 2019
Équipe multidisciplinaire dédiée aux personnes avec maladies chroniques avancées à domicile	(-) Diaz-Gomez <i>et al.</i> , 2023	(-) Diaz-Gomez <i>et al.</i> , 2023
Équipe multidisciplinaire avec formation additionnelle sur maladies chroniques, fragilité et soins palliatifs + ligne téléphonique en dehors des heures usuelles + visite du médecin sans rendez-vous à domicile	(-) Burgos Diez <i>et al.</i> , 2022	(-) Burgos Diez <i>et al.</i> , 2022
Équipe multidisciplinaire avec pharmacien à domicile	(-) Woodal <i>et al.</i> , 2023	(-) Gillespie <i>et al.</i> , 2021 (-) Woodal <i>et al.</i> , 2023
Bilan comparatif des médicaments par un technicien en pharmacie supervisé par un pharmacien et liaison avec l'équipe SAD		(-) Baird <i>et al.</i> , 2020
Programme de gestion de la médication à domicile : bilan comparatif des médicaments, synchronisation des prescriptions entre pharmacies, suivis par l'infirmière et ligne téléphonique 24/7 permettant de rejoindre une infirmière		(-) Mills <i>et al.</i> , 2024

Facteurs repérés dans la littérature	Visites à l'urgence	Hospitalisations
Équipe multidisciplinaire avec paramédecine communautaire à domicile, et téléconsultation avec le médecin à distance	(x) Ulintz <i>et al.</i> , 2023	(x) Ulintz <i>et al.</i> , 2023
Formation supplémentaire aux auxiliaires de santé et services sociaux sur les soins à domicile	(x) Chapman <i>et al.</i> , 2024	(x) Chapman <i>et al.</i> , 2024
Liés à la continuité des services		
Application mobile pour soutenir la communication entre médecins et autres professionnels en partageant des informations cliniques sur l'utilisateur		(-) Yoshimoto <i>et al.</i> , 2022
Continuité relationnelle avec le médecin traitant ou les médecins spécialistes	(-) Dyer <i>et al.</i> , 2022 (-) Jones <i>et al.</i> , 2020c	(-) Dyer <i>et al.</i> , 2022 (-) Jones <i>et al.</i> , 2020c
Fragmentation des soins de première ligne	(+) Edwards <i>et al.</i> , 2022	(+) Edwards <i>et al.</i> , 2022
Équipe multidisciplinaire pour personnes ayant des maladies chroniques, incluant une « infirmière navigatrice » pour favoriser la coordination des services	(-) Sadarangani <i>et al.</i> , 2019	(x) Sadarangani <i>et al.</i> , 2019
Perception des usagers quant aux problèmes de coordination entre les intervenants du SAD	(x) Möckli <i>et al.</i> , 2023	(+) Möckli <i>et al.</i> , 2023
Perception des intervenants quant au niveau de coordination interprofessionnelle dans l'équipe SAD	(x) Möckli <i>et al.</i> , 2023	(x) Möckli <i>et al.</i> , 2023

Facteurs repérés dans la littérature	Visites à l'urgence	Hospitalisations
Autres facteurs		
Présence de politique(s) au SAD pour promouvoir les meilleures pratiques pour les cathéters urinaires		(-) Harrison <i>et al.</i> , 2022
Session d'éducation pour le proche aidant d'une personne avec une insuffisance cardiaque et remise d'équipement diagnostic peu coûteux		(X) Padula <i>et al.</i> , 2020
Mode de paiement des services d'aide à domicile : budget géré par l'usager plutôt que l'établissement		(x) Yuan <i>et al.</i> , 2019
Service de SAD qui dessert un plus petit nombre d'utilisateurs par jour ou ayant peu de membres au sein de l'équipe interdisciplinaire		(-) Gillespie <i>et al.</i> , 2021
Pandémie COVID-19	(x) Kling <i>et al.</i> , 2023	(x) Kling <i>et al.</i> , 2023

(+) Facteurs associés à une augmentation des visites à l'urgence ou des hospitalisations

(-) Facteurs associés à une réduction des visites à l'urgence ou des hospitalisations

(x) Facteurs sans influence significative sur les visites à l'urgence ou les hospitalisations

DIVERT: *Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips*

Aucun facteur d'influence n'a été repéré pour les visites ou services de première ligne offerts par des pharmaciens communautaires

**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

