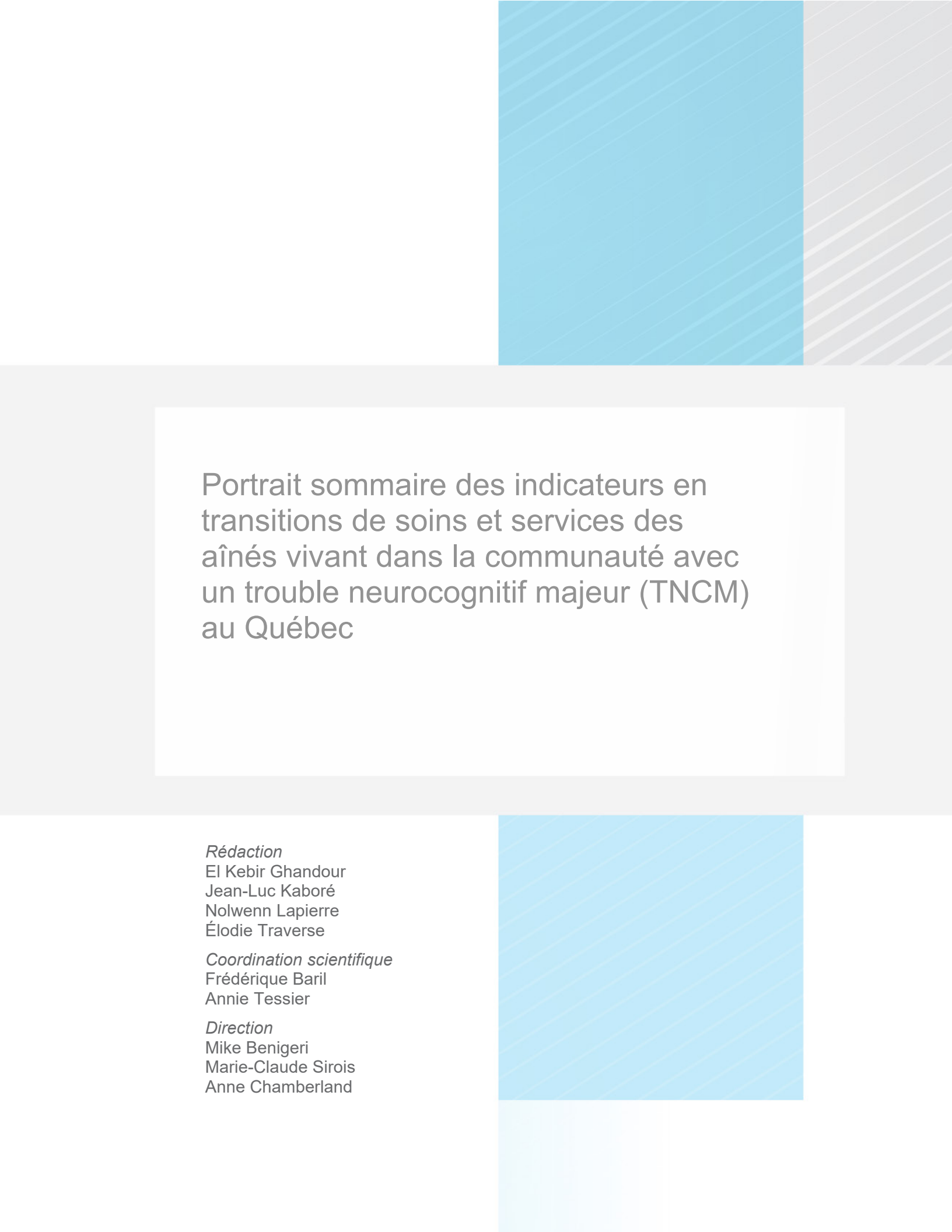


ÉTAT DES PRATIQUES

Portrait sommaire des indicateurs en transitions de soins et services des aînés vivant dans la communauté avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) au Québec

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 sommaire des indicateurs en transitions de soins et services des aînés vivant dans la communauté avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) au Québec

Rédaction

El Kebir Ghandour
Jean-Luc Kaboré
Nolwenn Lapierre
Élodie Traverse

Coordination scientifique

Frédérique Baril
Annie Tessier

Direction

Mike Benigeri
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 auteurs principaux

El Kebir Ghandour, Ph. D.
Jean-Luc Kaboré, Ph. D.
Nolwenn Lapierre, Ph. D.
Élodie Traverse, Ph. D.

Coordonnatrices scientifiques

Frédérique Baril, M. Sc.
Annie Tessier, Ph. D.

Adjointe à la direction

Anne Chamberland, M.S.S.

Directeur et directrice

Mike Benigeri, Ph. D.
Marie-Claude Sirois, M. Sc., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.
Bin Chen, techn. docum.

Bureau des données clinico-administratives

Sandra Bernier, D.E.C
Mélissa Caron, Ph. D.
Mamadou Diop, M. Sc.

Soutien administratif

Julie Dionne
Marie-Michelle Mongeau

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique
Geneviève Laurier, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
ISBN 978-2-550-96803-0 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2024

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 ou figures 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 sommaire des indicateurs en transitions de soins et services des aînés vivant dans la communauté avec un trouble neurocognitif majeur (TNCM) au Québec. État des pratiques rédigé par El Kebir Ghandour, Jean-Luc Kaboré, Nolwenn Lapierre, Élodie Traverse. Québec, Qc : INESSS; 2023. 97 p.

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

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

M^{me} Maggie Cabot, adjointe au directeur Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue

M^{me} Mireille Cliche, travailleuse sociale, Ressource territoriale du Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs, Direction du programme SAPA - Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

M. Yves Couturier, professeur titulaire, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke

M^{me} Julie Denis, chargée de projet Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RIUSSS) du territoire de l'Université Laval, Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Geneviève Ducharme, adjointe à la directrice, Direction du programme SAPA – Hébergement, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Anik Généreux, personne proche aidante

M^{me} Véronique Magnan, pharmacienne propriétaire, Pharmacie Véronique Magnan

D^{re} Michele Morin, médecin interniste-gériatre, CISSS de Chaudière-Appalaches; professeure agrégée, Faculté de médecine, Université Laval

M^{me} Véronique Poulin, chargée de formation pratique, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; infirmière en pratique avancée en gériatrie, Équipe de consultation en gériatrie, Secteur urgence, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme (DSAD-SSG-DTSA), CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

M^{me} Sonia Singamalum, infirmière, chargée de projet - évaluation; gériatre répondant, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

M^{me} Francine Tétreault, personne proche aidante

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} Nouha Ben Gaied, directrice recherche et développement, qualité des services, Fédération québécoise des sociétés Alzheimer

M^{me} Victoria Massamba, conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

M^{me} Nathalie Savaria, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat, Offre de service en soutien à domicile de la Direction du programme SAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Isabelle Vedel, médecin, professeure agrégée, Département de médecine de famille de l'Université McGill; membre de l'équipe de Recherche en organisation des services sur l'Alzheimer (ROSA)

Déclaration d'intérêts

Les auteurs de ce rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de cet avis.

Des membres du comité consultatif et autres contributeurs ont déclaré les conflits d'intérêts suivants :

M^{me} Nouha Ben Gaied est cochercheuse dans plusieurs projets de recherche en lien avec les troubles neurocognitifs majeurs, financés par le Fonds de recherche du Québec (FRQ) ou les Instituts de recherche de santé du Canada (IRSC). Elle est cochercheuse dans deux projets de Living labs TNCM, financés par le Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS). Elle agit à titre de consultante pour les compagnies pharmaceutiques Eisai, Roche et Biogen. Elle siège au comité aviseur du Plan Alzheimer et au comité aviseur de la démarche intégrée OPUS-AP/PEPS d'utilisation optimale des médicaments en hébergement de longue durée.

M^{me} Mireille Cliche participe à des projets de recherche et réalise des conférences portant sur le thème du projet.

M. Yves Couturier a reçu diverses subventions de recherche portant sur le sujet du présent document. Il est membre du comité consultatif du MSSS sur le Plan Alzheimer. Il est directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne.

D^{re} Michèle Morin est chercheuse clinicienne régulière au Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches et chercheuse collaboratrice au sein de VITAM - Centre de recherche en santé durable. Elle est cochercheuse dans divers projets de recherche bénéficiant de subventions d'organismes comme le FRQS ou les IRSC. Elle est formatrice au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, et dispense annuellement quelques activités de développement professionnel à des intervenants en santé et services sociaux pour lesquelles elle reçoit une rétribution. Elle donne également quelques conférences grand public d'éducation à la santé. Ces activités sont généralement bénévoles, mais certaines sont rémunérées.

M^{me} Sonia Nadeau participe à des projets de recherche portant sur le thème du projet.

M^{me} Sonia Singamalum fait partie d'une équipe de recherche sur les transitions et d'une équipe de recherche sur le vieillissement ayant reçu du financement de deux organismes publics. Elle a conçu une formation rémunérée sur les transitions et a présenté une conférence sur le sujet aux partenaires du Plan Alzheimer GMF (Réseau Aide-Mémoire) en janvier 2021.

D^{re} Isabelle Vedel a élaboré des indicateurs et algorithmes sur les TNCM en partenariat avec l'INSPQ. Elle est chercheuse associée à l'INSPQ, collaboratrice avec l'*International Credential Evaluation Service* (ICES) et co-directrice de l'équipe ROSA. Elle a reçu plusieurs financements pour développer les méthodes et mesurer les transitions et les trajectoires de santé des personnes vivant avec un TNCM. Elle est aussi membre du comité ministériel de suivi du Plan Alzheimer au Québec. Elle a fait des publications sur ce thème, dont des portraits.

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.....	V
SIGLES ET ACRONYMES	IX
INTRODUCTION	1
1 OBJECTIF	4
2 QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	5
3 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE	6
3.1 Données clinico-administratives.....	6
3.2 Données issues de la littérature	9
3.3 Données issues des consultations	9
3.4 Analyse de l'ensemble des données	9
4 RÉSULTATS	10
4.1 Personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM	10
Résumé	10
4.1.1 Incidence et prévalence.....	11
4.1.2 Caractéristiques sociodémographiques	15
4.1.3 Prescription médicamenteuse	16
4.2 Transitions au sein de la première ligne.....	19
Résumé	19
4.2.1 Services de médecine de famille.....	19
4.2.2 Services en mission CLSC	22
4.3 Transitions entre le centre hospitalier et la première ligne.....	32
Résumé	32
4.3.1 Urgence	33
4.3.2 Hospitalisations	42
DISCUSSION.....	55
CONCLUSION	59
RÉFÉRENCES	60
ANNEXE A.....	67
Méthodologie détaillée.....	67
ANNEXE B.....	76
Littérature grise : sites internet consultés	76
ANNEXE C.....	77
Résultats des indicateurs pour 2021	77
Résultats des indicateurs par année pour l'ensemble du Québec.....	81
ANNEXE D.....	83
Fiches régionales.....	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Liste des indicateurs	7
-----------	-----------------------------	---

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Acteurs et milieux impliqués dans les transitions de soins et services chez les aînés vivant avec un TNCM au Québec.....	2
Figure 2	Taux d'incidence* des diagnostics de TNCM chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, 2016-2021	11
Figure 3	Taux de prévalence* des diagnostics de TNCM chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, 2016-2021	12
Figure 4	Taux d'incidence* des diagnostics de TNCM chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, selon les RSS, 2021	12
Figure 5	Taux de prévalence* des diagnostics de TNCM chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, selon les RSS, 2021	13
Figure 6	Répartition du nombre de personnes vivant avec un diagnostic de TNCM chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, 2021	15
Figure 7	Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ayant au moins 10 médicaments prescrits, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021	16
Figure 8	Proportion* de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ayant au moins 10 médicaments prescrits, selon les RSS, 2021....	17
Figure 9	Proportion de personnes ayant reçu au moins un service en mission CLSC, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021	23
Figure 10	Proportion de personnes ayant reçu au moins un service en mission CLSC, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon les RSS, 2021	24
Figure 11	Proportion de personnes ayant reçu au moins un service professionnel en mission CLSC chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021	26
Figure 12	Proportion de personnes ayant reçu au moins un service professionnel en mission CLSC chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon les RSS, 2021	27
Figure 13	Proportion de personnes ayant reçu au moins une évaluation en mission CLSC, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021	29
Figure 14	Proportion* de personnes ayant eu au moins une évaluation en mission CLSC, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon les RSS, 2021	30

Figure 15	Proportion* de personnes ayant fait au moins deux visites à l'urgence, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, 2016-2021	33
Figure 16	Proportion de personnes ayant fait au moins deux visites à l'urgence, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021	34
Figure 17	Proportion* de personnes ayant fait au moins deux visites à l'urgence, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon les RSS, 2021	34
Figure 18	Proportion* des visites à l'urgence dont la priorité est P4 ou P5, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, 2016-2021	36
Figure 19	Proportion des visites à l'urgence dont la priorité est P4 ou P5, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021	37
Figure 20	Proportion* des visites à l'urgence dont la priorité est P4 ou P5, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon les RSS, 2021	37
Figure 21	Proportion* des visites à l'urgence des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours après la visite à l'urgence, 2016-2021	39
Figure 22	Parmi les visites à l'urgence des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, catégorisées selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, proportion pour laquelle il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours après la visite à l'urgence, 2021	40
Figure 23	Proportion* des visites à l'urgence des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours après la visite à l'urgence, selon les RSS, 2021	40
Figure 24	Proportion* de personnes ayant eu au moins une hospitalisation de courte durée, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, 2016-2021	42
Figure 25	Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ayant eu au moins une hospitalisation de courte durée, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin de famille, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021	43
Figure 26	Proportion* de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ayant eu au moins une hospitalisation de courte durée, selon les RSS, 2021	43
Figure 27	Proportion* des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu une visite médicale auprès d'un médecin ou d'une IPS-PL du GMF, dans les 14 jours après le congé hospitalier, 2016-2021	45

Figure 28	Parmi les hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, catégorisées selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin de famille, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, proportion pour laquelle il y a eu un suivi médical dans les 14 jours après le congé hospitalier, 2021	46
Figure 29	Proportion* des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu une visite médicale auprès d'un médecin ou d'une IPS-PL, dans les 14 jours après le congé hospitalier, selon les RSS, 2021.....	46
Figure 30	Proportion* des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours suivant le congé hospitalier, 2016-2021	49
Figure 31	Parmi les hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, catégorisées selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin de famille, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, proportion pour laquelle il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours suivant le congé hospitalier, 2021	49
Figure 32	Proportion* des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours suivant le congé hospitalier, selon les RSS, 2021.....	50
Figure 33	Parmi les hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, catégorisées selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin de famille, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, proportion pour laquelle il y a eu une réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé hospitalier, 2021	52
Figure 34	Proportion* des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu une réadmission hospitalière dans les 30 jours suivant le congé hospitalier, selon les RSS, 2021	53

RÉSUMÉ

Introduction

Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) se caractérisent cliniquement par des déclin acquis, évolutifs et persistants des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment prononcés pour entraîner une perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Leur étiologie est multiple et le risque de développer un TNCM s'accroît rapidement avec l'âge.

En raison des besoins chroniques, multiples, complexes et évolutifs des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM, les soins et services qui leur sont destinés représentent une large part des ressources du système de la santé et des services sociaux et de celles de la communauté. Ces personnes cumulent également un nombre élevé de transitions de soins et services, définies comme les déplacements physiques d'un usager entre des milieux de soins, les changements entre les niveaux d'aide requise dans un même milieu ou encore le transfert de responsabilité entre les professionnels de la santé, lorsque l'état de santé ou les besoins en soins et services de l'usager changent. Ces transitions représentent des zones de fragilité dans le continuum de soins et services, qui peuvent notamment entraver le maintien à domicile pour les aînés concernés. Les soins et services en contexte de transition correspondent à un ensemble d'actions mis en œuvre pour assurer la continuité des soins et services.

Il est essentiel de mieux connaître la population des aînés du Québec vivant avec un diagnostic de TNCM et vivant dans la communauté, c'est-à-dire hors des milieux d'hébergement de longue durée¹, ainsi que de comprendre les transitions de soins et services que ces personnes expérimentent. Ce mandat s'inscrit dans l'objectif de l'INESSS d'outiller les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires, afin qu'ils réalisent des activités d'amélioration continue à partir des résultats d'indicateurs sur les soins et services. Toujours dans cette optique, un guide de pratique en transition de soins et services est en cours de rédaction par l'INESSS. Grâce à ces deux produits de connaissance, les équipes concernées seront mieux à même d'analyser les résultats en fonction de leur connaissance du « terrain », de partager une vision commune des forces et des besoins d'amélioration des soins et services offerts et, ultimement, de les bonifier au profit des usagers et de leurs personnes proches aidantes.

¹ L'appellation « milieux d'hébergement de longue durée » (MHL) fait référence aux cinq types de milieu d'hébergement, tels que définis dans la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée, soit : les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF), les maisons des aînés (MDA) et les maisons alternatives (MA) [MSSS, 2022].

Méthodologie

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

- L'analyse des données clinico-administratives

Les 15 indicateurs présentés sont ceux qui ont été construits dans le cadre du projet Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services+ (CoMPAS+). Ce projet pilote vise à implanter des activités de pratique réflexive destinées aux usagers et à leurs personnes proches aidantes, aux cliniciens, aux gestionnaires et aux intervenants œuvrant dans diverses organisations du territoire, en vue d'améliorer les soins et services en contexte de transition pour les personnes vivant avec un TNCM. Le présent portrait porte sur ces indicateurs, ventilés par année pour l'ensemble du Québec, par région et selon certaines variables sociodémographiques.

- Une revue sommaire de la littérature

La stratégie de recherche, les critères et le processus de sélection et d'analyse des données ont été définis préalablement pour documenter les pratiques exemplaires en matière de transition de soins et services chez les aînés vivant dans la communauté, et ainsi soutenir l'interprétation des résultats obtenus selon les indicateurs.

- Des consultations d'experts

Les consultations ont pris la forme d'entrevues individuelles pour quatre informateurs clés et d'une consultation auprès d'un comité consultatif composé de chercheurs, de gestionnaires, de professionnels du réseau et de personnes proches aidantes (PPA). Les résultats des indicateurs leur ont été présentés afin qu'ils les contextualisent, en discutent les limites et en nourrissent l'interprétation selon leurs expertises respectives.

Résultats

Les résultats des 15 indicateurs présentent :

- un portrait descriptif sommaire de la population ciblée;
- les transitions de soins et services de cette population au sein de la première ligne;
- les transitions de soins et services de cette population entre le centre hospitalier et la première ligne.

Population de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Au cours de l'année 2021, 20 500 personnes ont nouvellement reçu un diagnostic de TNCM parmi la population de 65 ans et plus vivant dans la communauté, ce qui correspond à un taux d'incidence de 1,3 %. Ce taux est stable depuis six ans. Toujours en 2021, près de 92 000 personnes de 65 ans et plus vivaient déjà avec un diagnostic de TNCM, soit 5,5 % de cette population. Le TNCM est proportionnellement plus fréquent chez les femmes, les personnes de plus de 75 ans et celles vivant dans des milieux plus

vulnérables socialement. Parmi les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, 62 % cumulent plus de cinq conditions de santé, et 60 % se sont fait prescrire 10 médicaments différents ou plus dans l'année.

Transitions au sein de la première ligne

En 2021, 8 % des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille. L'accès à un médecin de famille est indispensable dans le parcours de soins et services de ces personnes aux besoins complexes. D'ailleurs, on note que chez les personnes de ce groupe d'âge vivant avec ce diagnostic et ayant un médecin de famille en GMF, 97 % des visites en première ligne sont effectuées au GMF d'inscription. Les services en mission CLSC sont également des piliers dans le parcours de soins de ces personnes. En 2021, c'est près des trois quarts (74 %) de celles de 65 ans et plus vivant avec ce diagnostic qui en ont reçus. On note que dans cette même année, 70 % de cette population a eu recours à au moins un service en mission CLSC prodigué par un professionnel pour des besoins plus spécifiques. Enfin, on observe que 58 % des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont eu une évaluation ou réévaluation au cours de l'année par le CLSC.

Transitions entre le centre hospitalier et la première ligne

Dans l'année 2021, 51 % des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ont visité l'urgence, dont 27 % à deux reprises ou plus. La proportion des visites à l'urgence classées peu ou non urgentes (P4 ou P5)² est de 43 %. Dans certaines situations, un suivi en mission CLSC peut être requis à la suite d'une visite à l'urgence afin d'assurer une transition adéquate. En 2021, c'est plus d'une visite à l'urgence sur quatre (28 % - toutes priorités confondues) effectuée par des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM qui a été suivie d'un service professionnel en mission CLSC dans les trois jours suivant le congé.

En 2021, le tiers des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ont été hospitalisées pour des soins de courte durée au moins une fois. De plus, l'analyse des données démontre que 15 % des hospitalisations de courte durée ont été suivies d'une réadmission hospitalière dans les 30 jours. Le retour au domicile à la suite d'une hospitalisation de courte durée représentant une période de fragilité, un suivi auprès d'un médecin ou du CLSC est souhaitable pour cette population. En 2021, 19 % des hospitalisations de courte durée ont été suivies d'une visite médicale avec un omnipraticien ou une IPS-PL dans les 14 jours suivant le congé. Cette proportion s'élève à 41 % dans le cas des hospitalisations de courte durée ayant un suivi en mission CLSC dans les trois jours suivant le congé.

² Le potentiel de réorientation d'un usager n'est pas exclusivement lié à sa cote de triage, mais devrait également tenir compte de la raison de la visite et du portrait clinique global de son état de santé [Bullard *et al.*, 2017].

Autres constats

Les vagues de propagation de la COVID-19 ont engendré des fluctuations au regard de l'accessibilité des ressources de santé et de services sociaux ainsi que des changements dans les habitudes d'utilisation de celles-ci. Les effets de la pandémie sont non négligeables, et certains indicateurs suivent parfois des tendances opposées. Par exemple, il y a eu une augmentation des suivis après une hospitalisation de courte durée et une diminution des proportions de visites à l'urgence.

Pour tous les indicateurs, des analyses comparatives ont été réalisées entre les régions du Québec. Celles-ci révèlent parfois des variations importantes, principalement entre les régions urbaines et les régions plus rurales. Ces variations s'expliquent en partie par des différences dans les modes d'organisation des soins et services et dans l'accès aux services de santé et services sociaux.

Finalement, le croisement de ces indicateurs avec les caractéristiques socio-démographiques des usagers montre que les personnes plus âgées provenant de milieux plus vulnérables socialement et ayant un plus grand nombre de conditions de santé obtiennent des résultats moins favorables pour plusieurs des indicateurs calculés.

Conclusion

Pour répondre à leurs besoins, les aînés vivant avec un diagnostic de TNCM dans la communauté ont recours à divers services dispensés par plusieurs organisations. Ils sont appelés à vivre de fréquentes transitions dans leur parcours de soins et services : changement de lieu physique pour les recevoir (CLSC, hôpital, GMF, etc.), changement de niveau d'aide requis au sein d'un même milieu, ou transfert de responsabilité entre les professionnels de la santé requis. Ces transitions représentent des zones de fragilité en termes de coordination et de continuité des soins et services, auxquelles il est important de prêter une attention particulière.

Les résultats des indicateurs de transition sont ici présentés afin de soutenir les démarches d'amélioration continue au regard des transitions de soins et services chez les aînés vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM. Ces données doivent être analysées et interprétées à partir des connaissances et de l'expertise des parties prenantes locales. Le présent document expose également des pistes de réflexion sur les pratiques visant à mieux répondre aux besoins de ces aînés, à prévenir les hospitalisations évitables, à éviter la dégradation de leur condition et à favoriser leur maintien à domicile le plus longtemps possible.

SUMMARY

A brief overview of indicators for care and service transitions of community-dwelling seniors with major neurocognitive disorder (MNCD) in Quebec

Introduction

Major neurocognitive disorders (MNCDS) are clinically characterized by acquired, progressive and persistent declines in abilities in one or more cognitive domains, sufficiently pronounced to lead to a loss of autonomy in daily living activities. MNCD etiology is multifaceted and the risk of developing such a disorder increases rapidly with age.

Given that people living with diagnosed MNCD have chronic, multiple, complex and evolving needs, the care and services they receive consume a large portion of the resources of the health and social services system and the community. These people also experience numerous transitions in terms of the care and services they receive. These transitions are defined as the physical relocation of a user between care settings, a change in the level of assistance required within the same setting, or a transfer of responsibility to a different health professional in order to accommodate changes in a user's state of health or needs for care and services. As vulnerable areas in the care and services continuum, these transitions can notably interfere with home support for affected seniors. Transition care and services comprise a set of actions that are implemented to ensure the continuity of care and services.

It is vital to have a better understanding of community-dwelling Quebec seniors who have been diagnosed with MNCD, i.e., those who are not residents of long-term residential facilities.³ We also need a better understanding of the care and service transitions they experience. This mandate is in line with INESSS's goal of providing stakeholders in the health and social services network and their partners with the tools they require to carry out continuous improvement activities based on care and service indicator results. With this in mind, INESSS is currently drafting a practice guide for care and service transitions. These two knowledge products will enable teams to use their "field" knowledge to better analyze results, share a common vision of the strengths of the care and services offered and ways to make them better, and ultimately, enhance them for the benefit of users and their informal caregivers.

³ The term "long-term residential facility" refers to the five types of accommodation, as defined in the *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée* [residential and long-term care and services policy], i.e.: residential and long-term care centres (RLCCs), intermediate resources (IRs), family-type resources (FTRs), senior housing (SH) and alternative housing (AH) [MSSS, 2022].

Methodology

Three sources of information were used to draw up this overview.

- An analysis of clinical-administrative data

The 15 indicators used are the same ones that were constructed as part of the Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services+ (CoMPAS+) (Collective for Best Practices and Improvement of Care and Services+) project. This pilot project was designed to implement reflective practice activities for users and their caregivers, clinicians, managers and stakeholders working in various organizations in the province, with a view to improving transition care and services for people living with MNCD. This overview focuses on these indicators, which are broken down by year for Quebec as a whole, by region and according to certain socio-demographic variables.

- A summary review of the literature

The research strategy, criteria and data selection and analysis process were defined in advance to document best practices in transition care and services among community-dwelling seniors and support the interpretation of the results provided by the indicators.

- Expert consultations

Consultations took the form of individual interviews with four key informants and a consultation with an advisory committee composed of researchers, managers, network professionals and informal caregivers. They were provided with the indicator outcomes so that they could contextualize these results, discuss their limits and inform their interpretations in line with their respective expertise.

Results

The 15 indicators provided the following results:

- a summary description of the targeted population;
- front-line care and service transitions for this population;
- care and service transitions for this population between hospitals and the front line.

Community-dwelling people aged 65 and over living with diagnosed MNCD

In 2021, 20,500 people aged 65 and over and living in the community were newly diagnosed with MNCD, giving an incidence rate of 1.3%. This rate had been stable for six years. Also in 2021, nearly 92,000 people aged 65 and over – i.e., 5.5% of this population – were already living with diagnosed MNCD. This disorder is proportionally more common in women, people over 75 and those living in more socially vulnerable environments. Among community-dwelling people aged 65 and over who had been diagnosed with MNCD, 62% had more than five health conditions, and 60% were prescribed 10 or more different medications during the year.

Front-line transitions

In 2021, 8% of people aged 65 and over living with diagnosed MNCD were not registered with a family doctor. These are people with complex needs, and access to a family doctor is an essential part of the care and service pathway. Moreover, it was noted that in the case of people in this age group diagnosed with MNCD and having a Family Medical Group (FMG) family doctor, 97% of front-line visits were made to the registered FMG. Local community service centre (CLSC) mission services also played a key role in the care pathway for these people. In 2021, nearly three-quarters (74%) of people aged 65 and over living with this diagnosis received services from a CLSC. We also noted in 2021 that 70% of this population used at least one CLSC mission service provided by a professional for more specific needs. Finally, we observed that 58% of community-dwelling people aged 65 and over with diagnosed MNCD were assessed or reassessed during the year by the CLSC.

Transitions between hospitals and the front line

In 2021, 51% of people aged 65 and over living with diagnosed MNCD went to the emergency department, including 27% who did so two or more times. Of these emergency visits, 43% were categorized as low or non-urgent (P4 or P5).⁴ In some situations, CLSC mission monitoring may be necessary after an emergency department visit to ensure that the transition is appropriate. In 2021, more than one in four emergency visits (28% combining all priorities) made by people with diagnosed MNCD were followed by a professional CLSC mission service within three days of discharge.

In 2021, a third of people aged 65 and over with diagnosed MNCD were hospitalized for acute care at least once. Moreover, data analysis revealed that 15% of short-term hospitalizations were followed by hospital readmissions within 30 days. Because the return home after a short-term hospitalization represents a period of vulnerability, it is advisable for this population to be monitored by a doctor or the CLSC during the transition. In 2021, 19% of short-term hospitalizations were followed by a medical visit with a general practitioner or a front-line specialized nurse practitioner (FLSNP) within 14 days of discharge. This proportion rose to 41% for short-term hospitalizations that were followed by a CLSC mission within three days of discharge.

Other findings

The various waves of the spread of COVID-19 produced fluctuations in the accessibility of health and social service resources and changes in how they were used. The pandemic had a significant impact, as reflected by the fact that certain indicators sometimes followed opposite trends. For example, there were more follow-ups after a short-term hospitalization and fewer emergency department visits.

⁴ A user's potential for redirection is not exclusively related to his or her triage ranking; it should also take into account the reason for the visit and the overall clinical picture of the user's health status [Bullard *et al.*, 2017].

Comparative analyses for all indicators were carried out between the regions of Quebec. These analyses sometimes revealed significant variations, mainly between urban and more rural regions. Such variations can be partially explained by differences in care and service organization methods and differences in access to health and social services.

Finally, when these indicators were cross-referenced with the users' socio-demographic characteristics, it became clear that the results for older people from more socially vulnerable environments and with a greater number of health conditions were less favourable vis-à-vis several of the calculated indicators.

Conclusion

Community-dwelling seniors living with diagnosed MNCD are using various services provided by a number of organizations to meet their needs. Their care and service pathway necessitates frequent transitions, such as changes in the physical delivery location (CLSC, hospital, FMG); changes in the level of assistance needed within the same environment; or transfers of responsibility between required healthcare professionals. These transitions are areas of vulnerability in terms of coordination and continuity of care and services, and it is important to pay particular attention to them.

The results of the transition indicators are provided here as support for ongoing improvement initiatives regarding care and service transitions for community-dwelling seniors who have been diagnosed with MNCD. This data needs to be analyzed and interpreted using the knowledge and expertise of local stakeholders. This document also provides avenues for reflection on practices intended to better address these seniors' needs, prevent avoidable hospitalizations and deterioration of their condition and facilitate living at home for as long as it is possible.

SIGLES ET ACRONYMES

ASPC	Agence de santé publique Canada
BDCA	Banque de données clinico-administratives
BDCU	Banque de données communes des urgences
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CoMPAS+	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services de proximité+
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
FIP	Fichier d'inscription des professionnels
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-GRL	Fichier d'inscription auprès des médecins de famille
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS-PL	Infirmier praticien spécialisé – première ligne
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPA	Personne proche aidante
PREM	Mesure de l'expérience rapportée par le patient
PROM	Mesure de résultats rapportée par le patient
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
ROSA	Recherche en organisation des services sur l'Alzheimer
RPAM	Régime public d'assurance-médicaments
RSS	Région sociosanitaire
SAD	Services de soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SCPD	Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence
SIAD	Services de soutien intensif à domicile
SMED	Fichier des services pharmaceutiques
SMOD	Fichier des services médicaux des médecins rémunérés à l'acte
SNT	Sites non traditionnels de soins
TNC	Trouble neurocognitif
TNCM	Trouble neurocognitif majeur

INTRODUCTION

Problématique

Les troubles neurocognitifs (TNC) se caractérisent cliniquement par des déficits cognitifs significatifs, acquis et persistants, dont l'étiologie est multiple [MSSS, 2016]. Parmi les diagnostics, la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente. Elle représente entre 60 % et 80 % de l'ensemble des diagnostics [OMS, 2023; American Psychiatric Association, 2016]. Les TNC ont un caractère évolutif, allant du trouble neurocognitif léger, avec un déficit cognitif de sévérité moindre, au trouble neurocognitif majeur (TNCM), antérieurement appelé « démence ». Le TNCM est caractérisé par un déclin des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment prononcé pour entraîner une perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne [American Psychiatric Association, 2016]. Le risque de TNCM s'accroît rapidement avec l'âge, particulièrement à partir de 80 ans [INSPQ, 2021; ASPC, 2017].

En raison des besoins chroniques, multiples, complexes et évolutifs des personnes vivant avec un TNCM, notamment en lien avec leur perte d'autonomie, les soins et services qui leur sont destinés sollicitent une large part des ressources du système de la santé et des services sociaux et de celles de la communauté [Lees Haggerty *et al.*, 2020; O'Brien *et al.*, 2019; Tropea *et al.*, 2017; Guilcher *et al.*, 2016; Société Alzheimer Canada, 2016]. Les personnes vivant avec un TNCM font également l'expérience d'un nombre plus élevé de transitions de soins et services par année que les usagers sans TNCM [INSPQ, 2023a; MSSS, 2021a; Hirschman et Hodgson, 2018; Coleman et Min, 2015; Daiello *et al.*, 2014; Aaltonen *et al.*, 2012; Callahan *et al.*, 2012].

Dans le cadre de ce portrait, le terme « transitions » fait référence aux déplacements physiques des usagers entre des milieux de soins, aux changements entre les niveaux d'aide requis dans un même milieu ou encore au transfert de responsabilités entre les professionnels de la santé, lorsque l'état de santé ou les besoins en soins et services des usagers et de leurs proches aidants (PPA) changent [Coleman, 2003]. Les transitions peuvent avoir lieu à tout moment du parcours de l'utilisateur. Les soins et services en contexte de transition correspondent à un ensemble d'actions mises en œuvre pour assurer la coordination et la continuité des soins et services [Coleman, 2003].

Le caractère non linéaire des transitions, tel qu'il est souligné par le MSSS, complexifie grandement la coordination entre les différents milieux impliqués dans les parcours de soins et services [MSSS, 2021a]. Or, assurer la continuité des soins et services est essentiel pour la qualité de l'offre de soins et services destinés aux aînés en perte d'autonomie, notamment ceux vivant avec un TNCM [ASPC, 2017]. De façon générale, les transitions de soins et services représentent des zones de fragilité dans le continuum de soins et services [INESSS, 2019]. Une rupture de la continuité des soins peut entraîner des difficultés de retour ou de maintien à domicile, alors que ce dernier demeure le premier choix chez les aînés [MSSS, 2023a]. La [figure 1](#) illustre les principaux acteurs et milieux impliqués dans des transitions qui assurent la continuité des soins et services pour les aînés vivant avec un TNCM au Québec.

Figure 1 Acteurs et milieux impliqués dans les transitions de soins et services chez les aînés vivant avec un TNCM au Québec

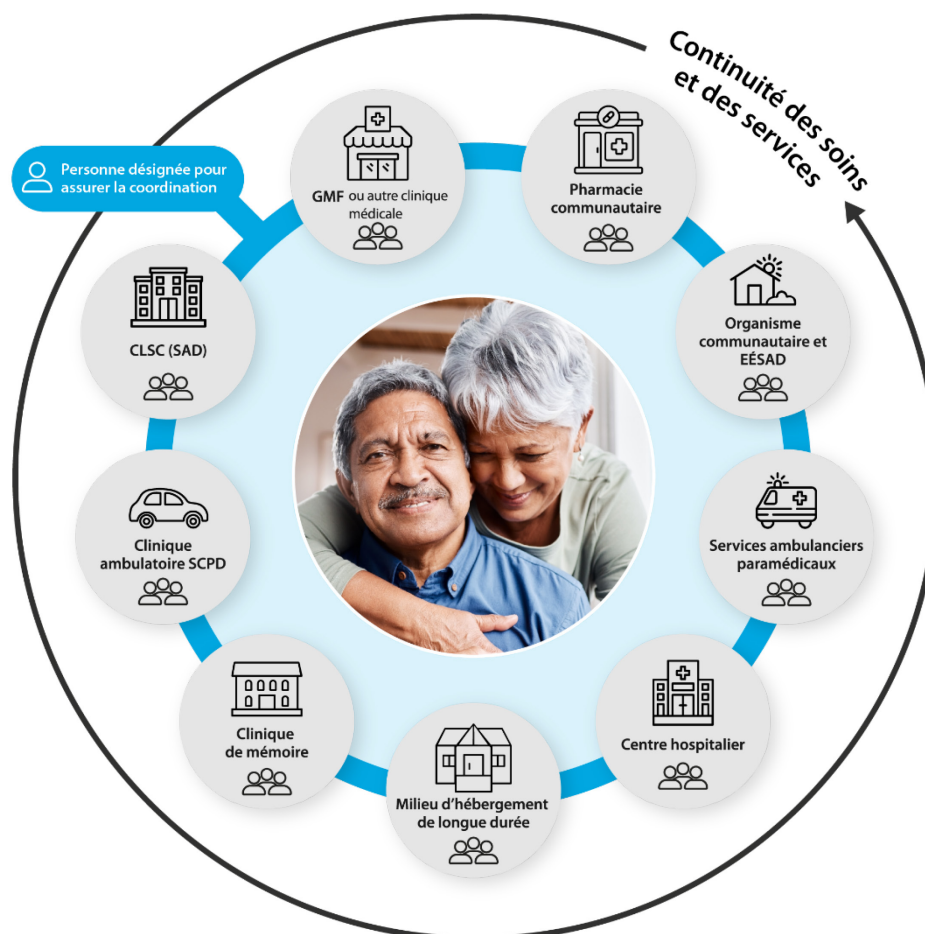


Figure tirée du Guide de pratique en transition de soins et de services pour les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur [INESSS, 2024]

Contexte de réalisation du portrait provincial

L'implantation de la phase 3 du plan ministériel sur les TNCM, amorcée en 2021, encadre un ensemble de travaux qui visent à renforcer l'offre de services de première ligne et à porter une attention particulière aux transitions de soins et services dans le parcours des usagers [MSSS, 2021a].

C'est dans ce contexte que l'INESSS a été mandaté par le MSSS pour élaborer un prototype du programme Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services de proximité+ (CoMPAS+), afin d'améliorer les transitions de soins et services pour les personnes qui vivent avec un TNCM. Ce prototype a été coconstruit avec le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches. Il s'appuie sur des ateliers de pratique réflexive qui mettent en relation des savoirs d'usagers, de PPA, de cliniciens, de gestionnaires et d'intervenants œuvrant dans diverses organisations d'un territoire donné (projet CoMPAS+ TNCM) [Pomey *et al.*, 2020].

Dans le cadre de ces ateliers, l'INESSS partage les résultats sur des indicateurs permettant de mieux connaître la clientèle et les transitions de soins et services qu'elle peut vivre au sein du territoire local concerné. Le présent portrait vise à rendre accessibles les résultats des indicateurs pour l'ensemble du Québec. Étant donné que ces ateliers visent l'amélioration des pratiques destinées aux personnes qui demeurent dans la communauté, les personnes vivant en CHSLD et maisons des aînés n'ont pas été considérées pour ce portrait.

Notons, par ailleurs, que l'équipe de recherche en organisation des services sur l'Alzheimer (ROSA) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les quatre chargés de projet des RUISSS, ont créé des portraits régionaux, afin de soutenir les acteurs concernés dans l'analyse et la planification des soins et services pour les personnes vivant avec un TNCM. Ces portraits régionaux ainsi que les données présentées dans ce rapport sont complémentaires. D'autres travaux communs auront lieu afin de poursuivre la construction d'indicateurs pertinents en TNCM.

Finalement, toujours dans l'optique de favoriser les activités d'amélioration continue de la qualité, un guide de pratique est également en cours de rédaction par l'INESSS [INESSS, 2024]. On y énonce des recommandations en matière de transition de soins et services pour les aînés vivant dans la communauté avec un TNCM. Ce guide pourra être utilisé lors des ateliers CoMPAS+ et de toutes autres démarches réflexives visant l'amélioration continue des pratiques.

1 OBJECTIF

Le portrait sommaire des aînés vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM et de leurs transitions de soins et services a pour objectif d'outiller les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires dans leurs démarches visant à améliorer les transitions de soins et services de cette clientèle, en présentant des résultats d'indicateurs pour l'ensemble du Québec.

2 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Les questions d'évaluation suivantes ont été formulées pour l'élaboration de ce portrait.

Question 1 (Q1) : Quel est le portrait sommaire des aînés vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, ainsi que de leur utilisation des soins et services et des transitions qu'ils expérimentent entre ces derniers?

Question 2 (Q2) : Quelles sont les hypothèses d'explication pratique des données sur les transitions de soins et services recueillies?

Question 3 (Q3) : Quelles sont les pistes de réflexion qui guideraient une amélioration continue de la qualité des transitions de soins et services dédiés aux personnes aînées vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, au Québec?

3 MÉTHODOLOGIE SOMMAIRE

Ce portrait a été établi à partir de quatre sources d'information, soit : 1) les données clinico-administratives, 2) la littérature scientifique et grise, 3) l'expertise d'un comité consultatif et 4) la consultation d'informateurs clés.

La méthodologie détaillée est présentée à l'[annexe A](#).

3.1 Données clinico-administratives

Une étude rétrospective sur les personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM a été réalisée à partir des données des banques clinico-administratives, issues de banques de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La période à l'étude va de l'année financière 2016-2017 à l'année financière 2021-2022.

L'analyse de ces données a permis de produire un portrait sommaire des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, au Québec, ainsi que de leur utilisation des soins et services et des transitions qu'ils expérimentent entre ces derniers (Q1). Ce portrait a été réalisé au moyen de l'exploitation et de la valorisation des données clinico-administratives susmentionnées, auxquelles l'INESSS a accès grâce à une entente tripartite avec le MSSS et la RAMQ.

Les indicateurs retenus avaient été initialement proposés dans le cadre de l'élaboration du prototype CoMPAS+ TNCM. Un panel regroupant 14 experts provenant des milieux de soins et services et du milieu de la recherche avait alors sélectionné des indicateurs ayant le potentiel de stimuler les initiatives d'amélioration continue de la qualité des soins en contexte de transition [Ghandour *et al.*, 2020]. Des consultations subséquentes ont permis de bonifier la liste des indicateurs présentés dans ce portrait (voir la section [Données de consultation](#)).

Contrairement aux indicateurs utilisés dans le contexte du projet CoMPAS+ TNCM, qui sont calculés uniquement pour les personnes suivies en groupe de médecine de famille (GMF), le présent rapport inclut toute la population âgée de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, inscrite ou non auprès d'un médecin de famille. Bien que les mesures de résultats rapportées par le patient (PROM) et les mesures de l'expérience rapportées par le patient (PREM) soient des données d'intérêt dans le cadre de démarches d'amélioration continue, elles n'ont pas pu être prises en compte en raison de la nature des données clinico-administratives.

Les principales étapes réalisées sont décrites ci-dessous, tandis que le détail de la méthodologie est présenté à l'[annexe A](#) :

- extraction des données à partir des banques de la RAMQ et du MSSS, calcul des indicateurs et validation des résultats par des professionnels scientifiques en gestion et analyse des données clinico-administratives;

- ventilation des résultats d'indicateurs par année et par région sociosanitaire (RSS) et ajustement pour l'âge et le sexe;
- croisement des résultats d'indicateurs avec plusieurs variables, lorsque cela est jugé pertinent : sexe, âge, inscription auprès d'un médecin de famille, indice de vulnérabilité sociale du milieu de vie⁵ et nombre de conditions de santé;
- représentation graphique des croisements par sexe, âge, inscription auprès d'un médecin de famille, indice de vulnérabilité sociale du milieu de vie et nombre de conditions de santé, qui se base sur les données brutes (avec décimales). Les proportions inscrites dans les figures sont arrondies en nombre entier;
- création de fiches par région permettant des initiatives de réflexion locales visant l'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles.

La liste des indicateurs se trouve dans le [tableau 1](#). Ceux-ci sont calculés par année financière.

Tableau 1 Liste des indicateurs

Type d'indicateurs	Nom	Description
Description de la population ciblée		
Contexte	Incidence	Proportion des personnes vivant nouvellement avec un diagnostic de TNCM parmi les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté qui n'ont jamais eu de diagnostic de TNCM
	Prévalence	Proportion de personnes vivant avec un diagnostic de TNCM parmi l'ensemble des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté
Prescriptions	Prescription de 10 médicaments ou plus	Proportion des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant reçu dans l'année la prescription d'au moins 10 médicaments différents remboursés par le régime public d'assurance-médicaments (RPAM) de la RAMQ
Transitions au sein de la première ligne		
Services de médecine de famille	Continuité relationnelle de lieu	Proportion des visites médicales en première ligne faites auprès d'un médecin omnipraticien ou d'une IPS-PL qui ont eu lieu dans le GMF du médecin de famille, chez les personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM
	Continuité relationnelle personnelle	Proportion des visites médicales en première ligne faites auprès du médecin de famille, chez les personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM

⁵ L'indice de vulnérabilité sociale du milieu de vie est une mesure de la fragilité du réseau social, de la famille et de l'isolement dans la communauté.

Type d'indicateurs	Nom	Description
Services en mission CLSC	Tout service	Proportion des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant eu au moins un service en mission CLSC, incluant les services professionnels et les évaluations, quels que soient le lieu, la nature du service ou le type d'intervenant impliqué
	Services professionnels	Proportion des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant eu au moins un service professionnel en mission CLSC, incluant les services psychosociaux, les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'inhalothérapie et la nutrition
	Évaluations	Proportion des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant eu au moins une évaluation en mission CLSC, réalisée avec l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), d'autres examens ou réévaluations physiques ou psychosociaux
Transitions entre le centre hospitalier et la première ligne		
Urgence	Visites à l'urgence sans égard à leur niveau de priorité	Proportion des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant fait au moins deux visites à l'urgence dans l'année
	Proportion des visites à l'urgence dont la priorité est moins ou non urgente	Parmi les visites à l'urgence faites par les personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM, proportion des visites dont la priorité au triage est P4 (moins urgente) ou P5 (non urgente)
	Suivi par un service professionnel en mission CLSC après une visite à l'urgence	Proportion des visites à l'urgence des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours suivant la sortie
Hospitalisations	Hospitalisations de courte durée	Proportion des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant eu au moins une hospitalisation de courte durée dans l'année
	Suivi médical après une hospitalisation de courte durée	Proportion des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu une visite auprès d'un médecin omnipraticien ou d'une IPS-PL, dans les 14 jours suivant le congé hospitalier
	Suivi par un service professionnel en mission CLSC après une hospitalisation de courte durée	Proportion des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours suivant le congé hospitalier
	Réadmission hospitalière	Proportion des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu une réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé hospitalier

3.2 Données issues de la littérature

La recherche documentaire a été réalisée par deux professionnels scientifiques de l'équipe projet, avec le soutien d'une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) de l'INESSS, pour documenter les pratiques exemplaires en matière de transition de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM.

La stratégie de recherche, les critères de sélection, le processus de sélection et d'analyse des données issues des publications retenues sont présentés aux annexes [A](#) et [B](#).

3.3 Données issues des consultations

Les résultats obtenus pour chaque indicateur de ce portrait ont été présentés à quatre informateurs clés et à un comité consultatif formé de 11 experts provenant de plusieurs régions du Québec et regroupant des PPA, des chercheurs, des cliniciens, des gestionnaires et d'autres professionnels du réseau de la santé et des organismes de la communauté. Ces experts 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 méthode d'analyse des données issues de ces consultations est présentée à l'[annexe A](#).

3.4 Analyse de l'ensemble des données

Les indicateurs issus des données clinico-administratives ont été intégrés aux données issues de la littérature et aux consultations. La triangulation de l'ensemble de ces données a permis d'explorer des hypothèses d'explication pratique des résultats de chaque indicateur (Q2). Par ailleurs, cette réflexion a permis de nourrir l'interprétation des résultats observés au Québec, pour formuler des pistes de réflexion visant à guider l'amélioration continue de la qualité des transitions de soins et services des personnes âgées vivant avec un diagnostic de TNCM dans la communauté (Q3).

La prévention, la déclaration et la gestion des conflits d'intérêts et de rôles ont été effectuées en accord avec les règles d'éthique de l'INESSS. Ainsi, les participants aux consultations ont déclaré toute situation propice au développement de conflits d'intérêts et de rôles. Aucune situation de conflit n'a été relevée par rapport à l'objet de l'évaluation ou au mandat confié.

4 RÉSULTATS

Les résultats liés aux 15 indicateurs ([Tableau 1](#)) ont permis de dégager :

- un portrait descriptif sommaire de la population ciblée;
- les transitions de soins et services de cette population au sein de la première ligne;
- les transitions de soins et services de cette population entre le centre hospitalier et la première ligne.

Pour chacun de ces indicateurs, seuls les résultats les plus pertinents sont présentés ici. L'ensemble des résultats détaillés pour chacun des indicateurs calculés sont présentés à l'[annexe C](#).

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 de 65 ans et plus y vivant avec un diagnostic de TNCM. Cependant, les données de ces trois régions sont incluses dans le calcul des indicateurs pour l'ensemble du Québec. Notons que des fiches régionales sont disponibles à l'[annexe D](#), dans la perspective de fournir des données utiles aux démarches d'amélioration continue des transitions de soins et services pour cette clientèle. Il n'a toutefois pas été possible de faire ces fiches pour les trois RSS mentionnées précédemment.

4.1 Personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Résumé

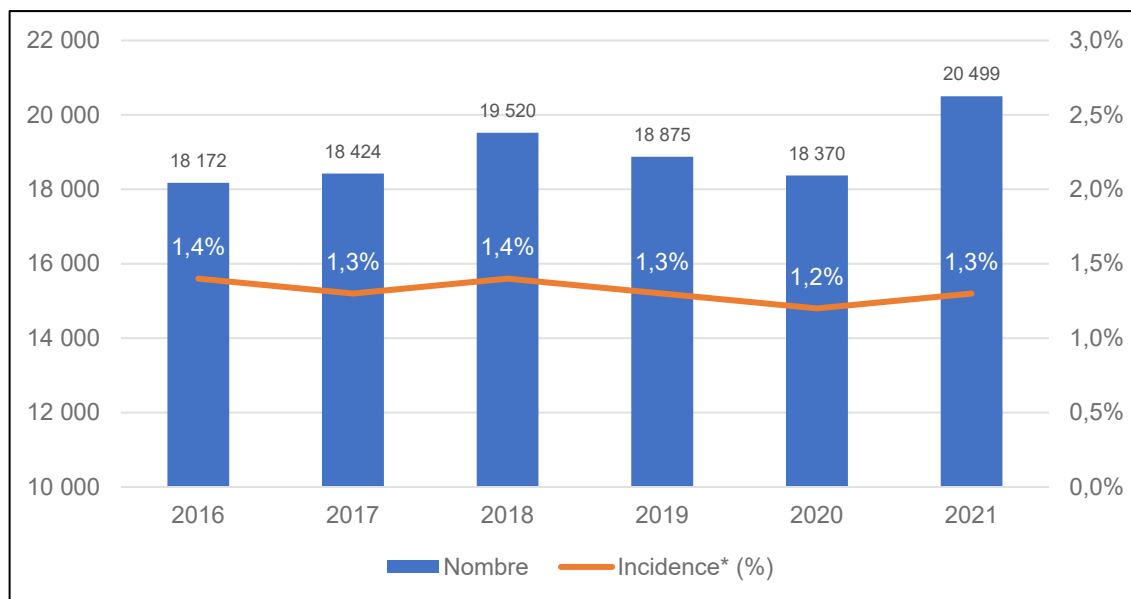
Au cours de l'année 2021, 20 500 personnes ont été nouvellement diagnostiquées avec un TNCM parmi la population de 65 ans et plus vivant dans la communauté, ce qui correspond à un taux d'incidence de 1,3 %. Ce taux est stable depuis six ans. Pour la même année, on comptabilise près de 92 000 personnes de 65 ans et plus vivant avec ce diagnostic, soit 5,5 % de cette population. Les TNCM sont proportionnellement plus fréquents chez les femmes, les personnes de plus de 75 ans et celles vivant dans des milieux plus vulnérables socialement. Parmi les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, 62 % cumulent plus de cinq conditions de santé, et 60 % se sont fait prescrire 10 médicaments ou plus dans l'année.

4.1.1 Incidence et prévalence

En 2021 au Québec, le taux d'incidence des diagnostics de TNCM, ajusté selon l'âge et le sexe, était de 1,3 %. Ce taux correspond à la proportion de personnes ayant nouvellement eu un diagnostic de TNCM parmi celles de 65 ans et plus vivant dans la communauté qui n'ont jamais reçu de diagnostic de TNCM ([Figure 2](#), [Annexe C](#)). La proportion de personnes nouvellement diagnostiquées est demeurée relativement stable depuis 2016, malgré une augmentation progressive du nombre de nouveaux cas ([Figure 2](#), Incidence).

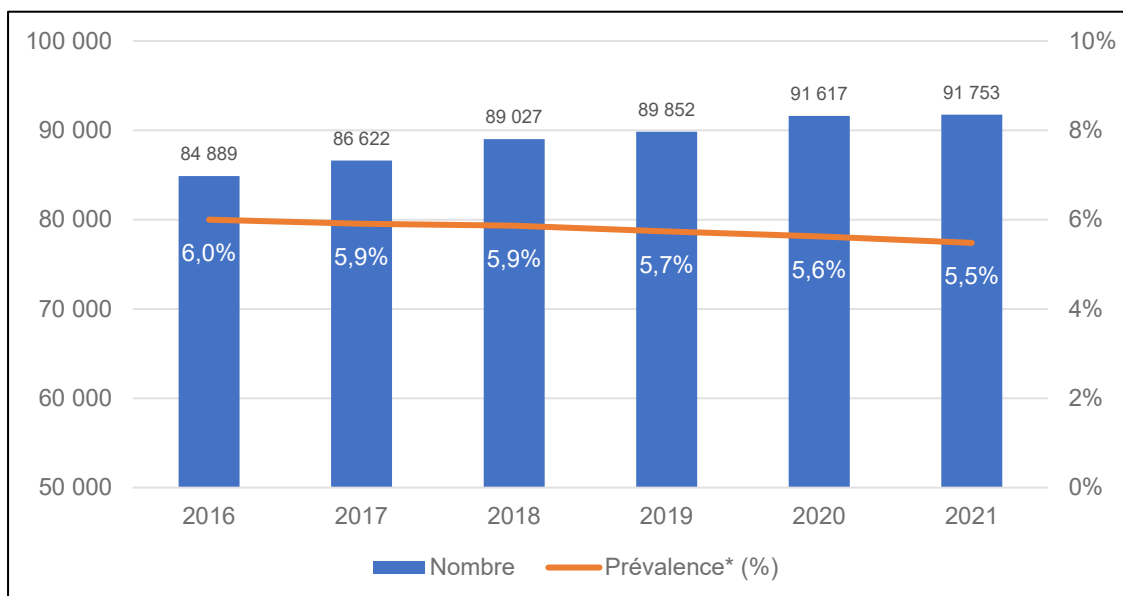
Parmi l'ensemble de la population québécoise âgée de 65 ans et plus vivant dans la communauté, 5,5 % des personnes avaient un diagnostic de TNCM en 2021 ([Figure 3](#), Prévalence, [Annexe C](#)). La proportion de personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM a légèrement diminué depuis 2016, tandis que leur nombre est en hausse ([Figure 3](#)). Des variations entre les RSS sont observables pour l'incidence ([Figure 4](#)) et la prévalence ([Figure 5](#)) des diagnostics de TNCM.

Figure 2 Taux d'incidence* des diagnostics de TNCM chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, 2016-2021



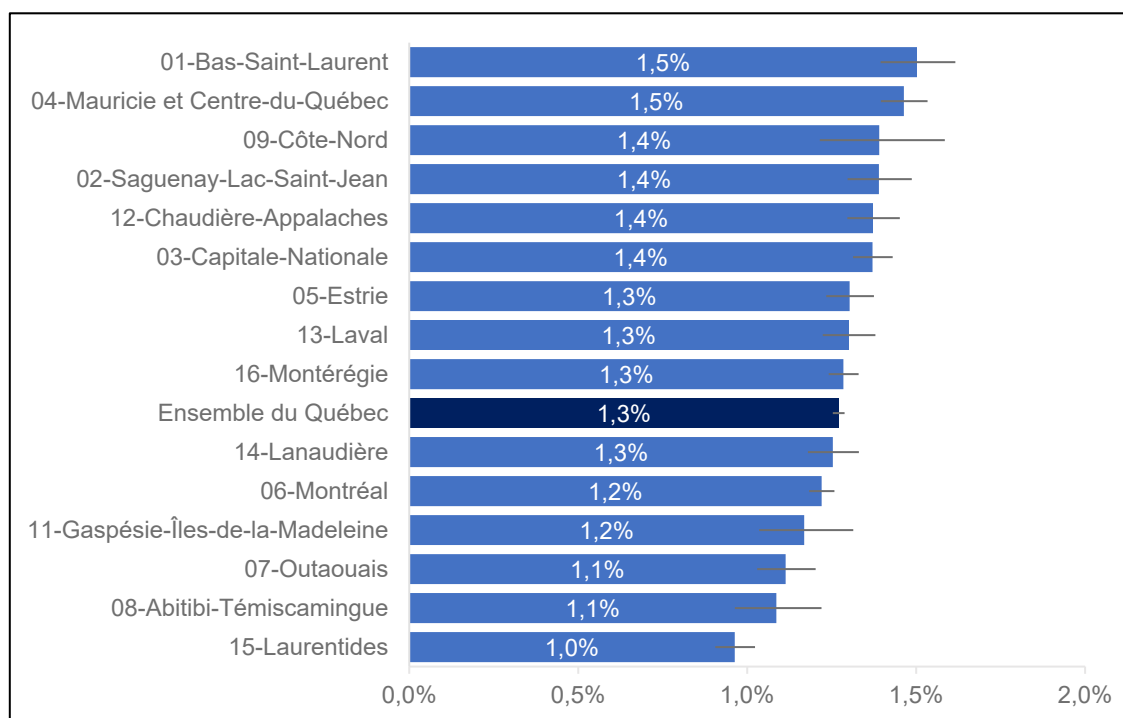
*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Figure 3 Taux de prévalence* des diagnostics de TNCM chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, 2016-2021



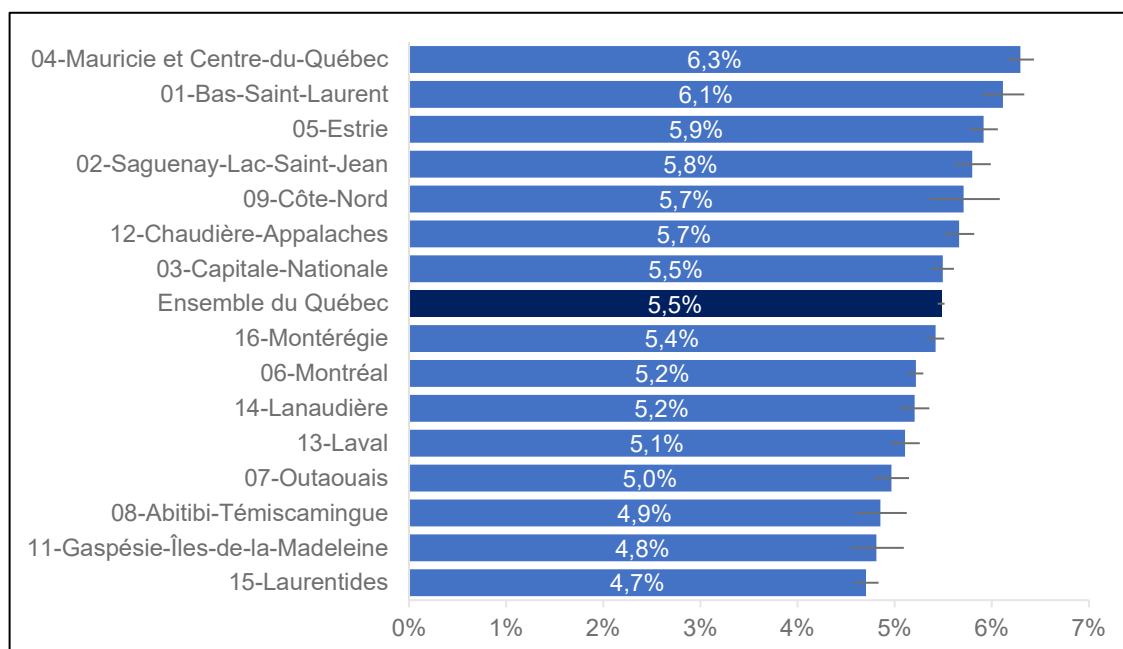
*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Figure 4 Taux d'incidence* des diagnostics de TNCM chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Figure 5 Taux de prévalence* des diagnostics de TNCM chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe

Des tendances similaires sont observées dans les travaux de surveillance des maladies chroniques, de l'INSPQ, lesquels examinent la prévalence et l'incidence du TNCM ajustées pour l'âge dans la population des 65 ans et plus en général, incluant les personnes hébergées en CHSLD, entre 2000 et 2019⁶.

Le présent portrait vise à outiller les acteurs du réseau dans leurs démarches d'amélioration des transitions de soins et services en première ligne pour les aînés vivant avec un TNCM. En ce sens, les indicateurs retenus ont pour objectif de capter les enjeux vécus par les personnes vivant dans la communauté. Ainsi, la population étudiée dans le cadre des présents travaux a été circonscrite aux personnes de 65 ans plus, et elle exclut les personnes en CHSLD.

Malgré cette différence, les deux exercices rapportent que le nombre absolu de personnes vivant avec un diagnostic ou nouvellement diagnostiquées augmente depuis quelques années, tant dans la population générale des 65 ans et plus que chez celle qui vit dans la communauté. Cette augmentation pourrait avoir des répercussions sur l'organisation des services à offrir.

⁶ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Surveillance des troubles neurocognitifs majeurs : prévalence, incidence, utilisation des services hospitaliers et des médicaments de 2000 à 2019. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2023a. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3403#:~:text=Les%20personnes%20ayant%20re%C3%A7u%20un%20diagnostic%20de%20trouble%20neurocognitif%20majeur,constante%20de%202000%20%C3%A0%202019.>

De l'avis des experts consultés, le contexte de pandémie et les mesures sanitaires mises en place ont pu influencer le nombre de nouveaux cas observés durant cette période. D'une part, la crise sanitaire au Québec aurait engendré un délestage d'activités de divers programmes du système de soins [MSSS, 2021c]. D'autre part, les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont pu être davantage exposées à des facteurs de risques de TNCM, comme l'isolement et le déconditionnement pendant la pandémie, et ce, malgré un soutien particulièrement important des PPA. Les répercussions de la reprise des services, notamment des diagnostics, ont alors pu s'observer en 2021. Comme il a été mentionné par les experts consultés, une augmentation de l'incidence peut parfois refléter une bonne pratique. C'est le cas du repérage et du diagnostic précoce, car ils constituent des étapes essentielles du parcours de soins et services [MSSS, 2021a] et pour lesquels il existe des outils, destinés aux professionnels de la santé, mis au point notamment par l'INESSS et le MSSS.

Les différences observées entre les RSS, autant pour l'incidence que pour la prévalence, pourraient être attribuées à des caractéristiques sociodémographiques autres que l'âge et le sexe, puisque les données du portrait ont été ajustées pour ces dernières. Des disparités régionales quant aux ressources disponibles et aux capacités de diagnostics, notamment pour l'accès à certaines spécialités médicales en soutien à la première ligne, pourraient également contribuer aux différences entre les RSSS, même si les normes de pratique clinique sont identiques pour toutes les RSS.

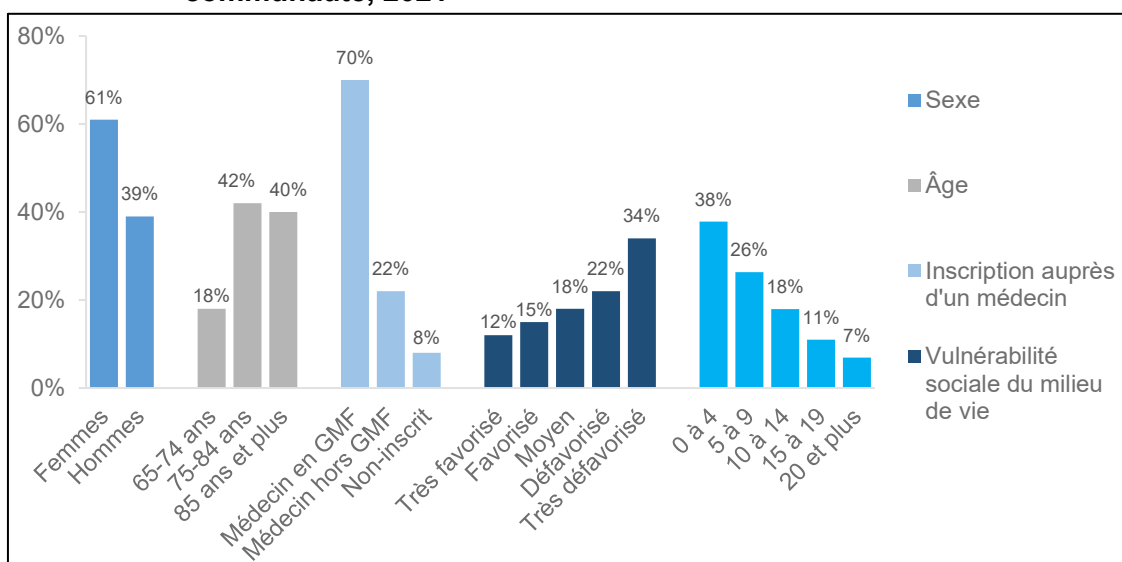
Faits saillants - Incidence et prévalence

- Au Québec, parmi les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, 20 500 ont nouvellement eu un diagnostic de TNCM en 2021. Il s'agit de près de 5,5 % des personnes de 65 ans et plus qui vivent dans la communauté avec ce diagnostic.
- Le nombre absolu de personnes vivant avec un diagnostic ou nouvellement diagnostiquées augmente depuis quelques années. Cette augmentation du nombre de personnes ayant des besoins en soins et services pourrait avoir des répercussions sur l'organisation des services à leur offrir.
- Une augmentation de l'incidence pourrait parfois refléter une bonne pratique, notamment le diagnostic précoce.

4.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

Le nombre de diagnostics de TNCM est plus important parmi les femmes, les personnes vivant dans des milieux plus vulnérables socialement⁷ et les personnes de plus de 75 ans (Figure 6). La majorité (92 %) des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM sont inscrites auprès d'un médecin de famille affilié ou non à un GMF. En ce qui concerne les conditions de santé, les profils sont hétérogènes. Soulignons toutefois que 62 % des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM en cumulent plus de cinq.

Figure 6 Répartition du nombre de personnes vivant avec un diagnostic de TNCM chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, 2021



La représentation graphique se base sur les données brutes, qui sont des valeurs avec des décimales. Les pourcentages des proportions inscrits dans la figure sont arrondis en nombre entier.

Les variations observées selon la répartition par sexe, âge et vulnérabilité sociale du milieu de vie suivent les tendances rapportées dans la littérature [INSPQ, 2023; Santé publique France, 2022; INSPQ, 2021].

Faits saillants – Caractéristiques sociodémographiques

- Le nombre de diagnostics de TNCM est plus important chez les femmes, les personnes de plus de 75 ans, celles vivant dans des milieux plus vulnérables socialement et celles cumulant au minimum cinq conditions de santé différentes.
- La majorité (92 %) des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM sont inscrites auprès d'un médecin de famille.

⁷ L'indice de vulnérabilité sociale du milieu de vie est une mesure de la fragilité du réseau social et de la famille et de l'isolement dans la communauté.

4.1.3 Prescription médicamenteuse

Dans le cadre de ce portrait, un indicateur a été construit afin d'attirer l'attention sur le nombre et les caractéristiques des personnes qui cumulent 10 médicaments différents et plus, en lien ou non avec le TNCM, sur une période de 12 mois. Bien que la prescription de plusieurs médicaments puisse s'avérer nécessaire, afin de traiter adéquatement les conditions de santé concomitantes chez plusieurs personnes de 65 ans et plus [INSPQ, 2020], cet indicateur invite à réfléchir, lors des démarches d'amélioration continue, sur les modalités d'atténuation du risque de prescription inappropriée dans le contexte où plusieurs médecins, IPS et pharmaciens sont impliqués dans la prescription des médicaments au cours des transitions de soins et services de l'utilisateur. En outre, les prescriptions inappropriées augmentent les risques d'hospitalisation de courte durée ou de visite à l'urgence ainsi que l'utilisation générale des services [Weir *et al.*, 2020].

Durant l'année 2021, 60 % des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM se sont fait prescrire au moins 10 médicaments ([Annexe C](#)). Cette proportion est relativement stable depuis 2016 ([Annexe C](#)), mais augmente légèrement avec l'âge, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie, l'accès à un médecin de famille et le nombre de conditions de santé ([Figure 7](#)). De plus, des variations entre les RSS sont notables, allant de 55 % à 67 % ([Figure 8](#)).

Figure 7 Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ayant au moins 10 médicaments prescrits, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021

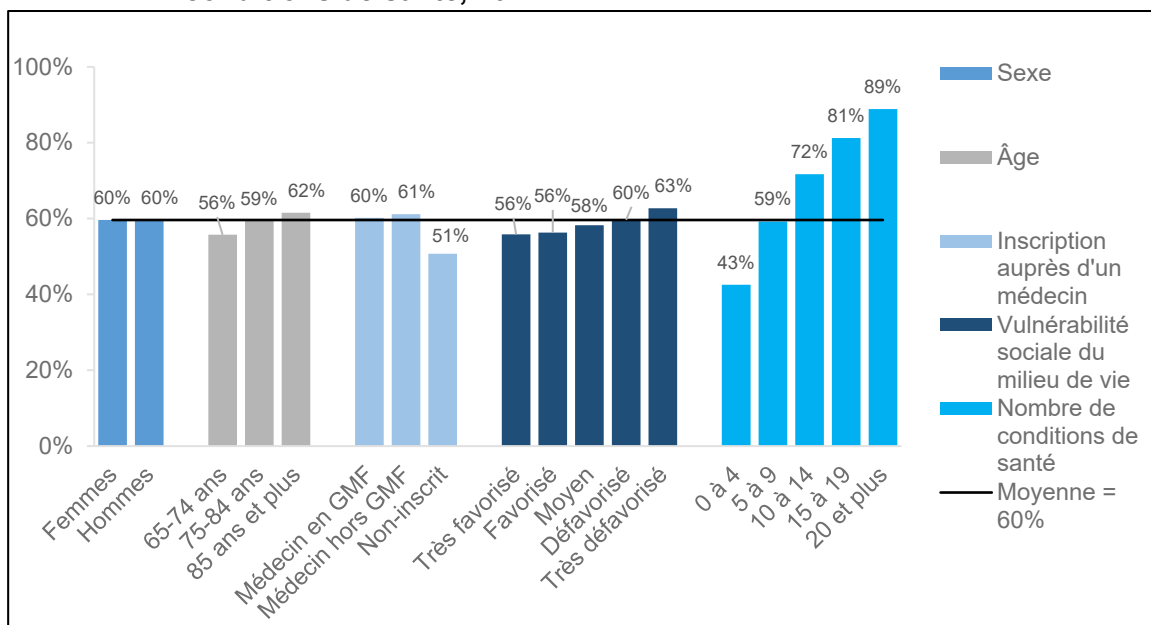
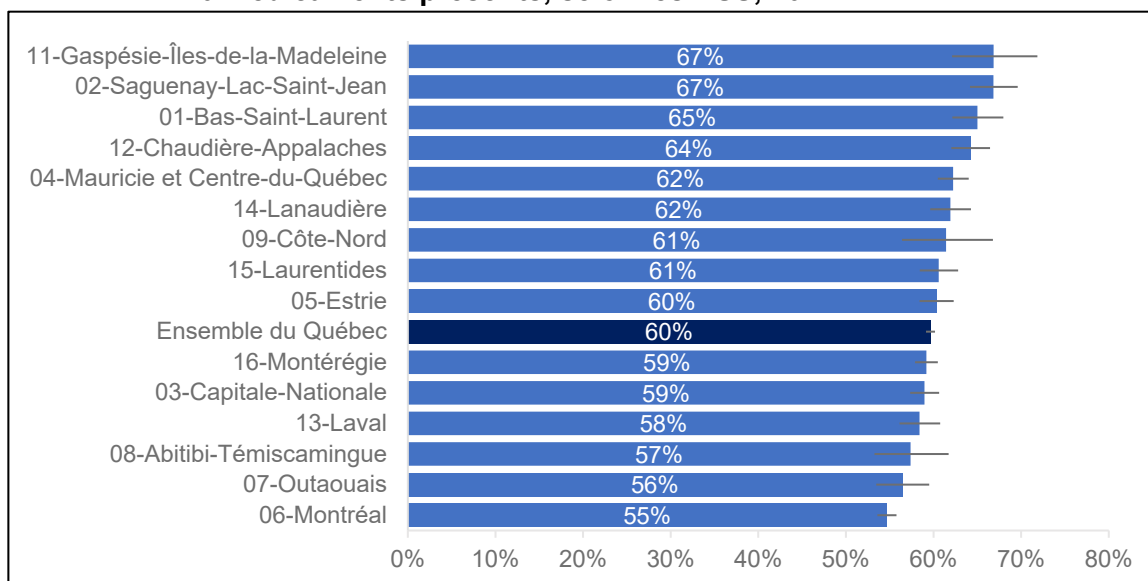


Figure 8 Proportion* de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ayant au moins 10 médicaments prescrits, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

En 2021, la proportion de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM et cumulant 10 médicaments différents ou plus dans l'année est nettement supérieure à celle enregistrée aux États-Unis (43 %) [Growdon *et al.*, 2021] et à celle de l'ensemble des personnes de 65 ans et plus au Québec (38,1 % en 2016) [INSPQ, 2020]. L'augmentation avec l'âge, observée dans le cadre de ce portrait, concorde avec ce qui est indiqué dans la littérature [Growdon *et al.*, 2021; Kristensen *et al.*, 2018].

Selon les experts, ces données doivent être interprétées avec prudence puisque les personnes auxquelles sont prescrits un grand nombre de médicaments sont aussi les cas les plus complexes, vivant avec de nombreuses conditions de santé. Les médicaments prescrits (p. ex. antidépresseurs, anxiolytiques, sédatifs, antiépileptiques, analgésiques, antipsychotiques, médicaments pour des affections cardiovasculaires, uro-génitales ou gastro-intestinales) sont alors indiqués pour répondre à des conditions de santé autres que le TNCM [Growdon *et al.*, 2021]. Cependant, trois catégories de psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs et antipsychotiques) sont davantage prescrites chez les personnes vivant avec un diagnostic de TNCM, alors que certains de ces médicaments ne seraient pas toujours appropriés [INSPQ, 2023a].

Il existe des recommandations de pratique au regard de la révision des thérapies médicamenteuses, qui devrait être effectuée régulièrement pour limiter le risque de prescription inappropriée et optimiser l'utilisation des services [Ordre des pharmaciens du Québec, 2016]. À cet égard, les pharmaciens jouent un rôle essentiel en matière de continuité des transitions de soins et services puisqu'ils représentent une courroie d'information avec le médecin.

Compte tenu de l'importance de la surveillance et de l'optimisation de la thérapie médicamenteuse, particulièrement lorsqu'il y a présence de comorbidités [Maltais, 2022; Delgado *et al.*, 2021], des outils de transfert de connaissance ont été élaborés pour accompagner les professionnels dans l'usage approprié ou la dé-prescription des antipsychotiques [INESSS, 2017]. Selon des experts consultés, il existe aussi, dans certaines régions, des outils d'aide à la décision à l'égard de la pharmacothérapie de la clientèle avec ou à risque de TNCM, qui gagneraient à être utilisés davantage.

L'accès à un médecin de famille pourrait influencer la surveillance de la thérapie médicamenteuse. Les données de ce portrait montrent une augmentation de la proportion de personnes qui se sont fait prescrire 10 médicaments ou plus avec l'accès à un médecin de famille. Les résultats démontrent également la pertinence de se questionner, dans le cadre des activités d'amélioration continue, sur les causes des variations de proportions de personnes qui cumulent 10 médicaments ou plus, et ce, selon l'inscription ou non à un médecin de famille et le fait de demeurer ou non dans un milieu de vie socialement vulnérable.

En ce qui concerne les résultats entre les RSS, la répartition des comorbidités peut contribuer en partie aux variations observées [Delgado *et al.*, 2021; Growdon *et al.*, 2021; Kristensen *et al.*, 2018]. D'autres facteurs, tels que les habitudes de prescription, peuvent aussi avoir un impact [Growdon *et al.*, 2021]. Les experts consultés sont d'opinion que les campagnes de sensibilisation et la formation favorisent de meilleures habitudes de prescription chez les médecins, pharmaciens et IPS-PL. Les experts soulignent que les variations régionales peuvent également être le reflet du nombre d'usagers sans médecin de famille. Le facteur environnemental mérite aussi d'être considéré puisque les personnes en région ont potentiellement moins de possibilités de voir leur médication ajustée régulièrement, comparativement à celles vivant à proximité des services.

Faits saillants – Prescription médicamenteuse

- Dans l'année 2021, 60 % des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM se sont fait prescrire 10 médicaments ou plus.
- Le cumul de 10 médicaments ou plus est parfois indiqué, particulièrement pour les personnes ayant un grand nombre de conditions de santé. L'important serait que les prescriptions soient appropriées et régulièrement réévaluées.
- Une attention particulière devrait être portée aux personnes non inscrites auprès d'un médecin de famille, car elles semblent avoir une accessibilité réduite aux services d'évaluation et de réévaluation de leur thérapie médicamenteuse.
- Les pharmaciens peuvent jouer un rôle essentiel dans la continuité des transitions de soins et services, notamment en matière de communication et de révision de la thérapie médicamenteuse.

4.2 Transitions au sein de la première ligne

L'organisation des services de première ligne est basée sur le regroupement d'équipes multidisciplinaires issues, notamment, de la mission CLSC et des GMF, ces derniers demeurant une des portes d'entrée aux services en mission CLSC fréquemment utilisées. Pour les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, l'accès à un médecin de famille et l'offre de services en mission CLSC au moment opportun sont donc des éléments indispensables dans le parcours de soins et services, en vue de répondre à leurs besoins complexes.

Résumé

En 2021, 8 % des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille. L'accès à un médecin de famille est indispensable dans le parcours de soins et services de ces personnes aux besoins complexes. D'ailleurs, on note que chez les personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM et inscrites à un médecin de famille œuvrant en GMF, 97 % des visites en première ligne sont faites au GMF d'inscription. Les services en mission CLSC sont également des piliers dans le parcours de soins de ces personnes. En 2021, ce sont près des trois quarts (74 %) des personnes de 65 ans et plus vivant avec ce diagnostic qui en ont reçus. Toujours en 2021, 70 % de cette population a eu recours à au moins un service en mission CLSC prodigué par un professionnel, pour des besoins plus spécifiques. Enfin, on observe que 58 % des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont eu une évaluation ou réévaluation par le CLSC dans l'année.

4.2.1 Services de médecine de famille

4.2.1.1 Inscription auprès d'un médecin de famille

Parmi les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, 92 % étaient inscrites auprès d'un médecin de famille (affilié ou non à un GMF) en 2021, comparativement à 83 % chez la population générale [Institut de la statistique du Québec, 2023]. Les recommandations de bonnes pratiques soulignent l'importance pour les personnes vivant avec ce diagnostic d'être inscrites auprès d'un médecin de famille [MSSS, 2021a; INESSS, 2019].

Selon les experts, étant donné la chronicité et la nature évolutive des TNCM, les personnes vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM auraient besoin de suivis réguliers. C'est pourquoi l'accès à un service de médecine de famille est un facteur clé dans le parcours de soins et services de cette population. Être inscrit auprès d'un médecin de famille facilite la continuité dans l'approche et l'information, ce qui peut permettre de prévenir une visite à l'urgence, une hospitalisation de courte durée ou un

hébergement. Or, les résultats montrent que 8 % des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille.

Le médecin fait partie de l'équipe qui assure la coordination des soins et services requis par l'utilisateur et les PPA, pour que ceux-ci soient mis en place et réévalués. Pour ces usagers sans médecin de famille, certaines instances comme le guichet d'accès à la première ligne (GAP) ou les GMF-Réseau sont accessibles. Les experts mentionnent toutefois que ces derniers ne seraient pas organisés pour assurer le suivi des cas complexes. De plus, les critères de priorisation du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) n'incluant pas le diagnostic de TNCM [Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale, 2020], de nombreuses personnes seraient redirigées vers l'urgence.

Selon les experts consultés, la priorisation des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM ou à risque de développer un TNCM pour l'accès à un médecin de famille mériterait d'être envisagée. De l'avis des PPA, l'inscription auprès d'un médecin devrait être effectuée dès le diagnostic ou, le cas échéant, devenir une priorité lorsque l'utilisateur a atteint un stade avancé de la maladie. Les experts vont dans le même sens et mentionnent également que l'âge est un facteur déterminant. Ils ajoutent qu'un diagnostic et une prise en charge précoces sont indispensables pour le maintien à domicile et la qualité de vie des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM et de leurs PPA. Afin de faciliter l'accès aux soins de première ligne, les experts consultés évoquent la possibilité de réévaluer les responsabilités de différents intervenants, en s'assurant de respecter leurs champs d'exercice. Ce serait le cas notamment des IPS-PL, infirmiers, travailleurs sociaux ou d'autres professionnels, qui pourraient davantage participer au repérage des nouveaux cas, au diagnostic et à certains suivis, ou encore assurer la coordination des soins et services. Les experts suggèrent qu'une personne responsable de la coordination des soins et services assure également le partage d'information entre les différents milieux impliqués dans le suivi [INESSS, 2024]. De plus, des outils d'aide à la décision pour le suivi et l'orientation des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM pourraient faciliter la gestion de leur parcours [INESSS, 2015].

Faits saillants – Inscription auprès d'un médecin de famille

- 92 % des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM étaient inscrites auprès d'un médecin de famille (affilié ou non à un GMF) en 2021.
- L'accès à un service de médecine de famille est indispensable pour un parcours de soins et services adéquat des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM.
- Selon les experts consultés, le TNCM pourrait être un critère de priorisation pour l'accès à un médecin de famille.
- D'autres intervenants, tels que les IPS-PL ou travailleurs sociaux, pourraient s'impliquer dans les GMF en assurant un rôle de coordination des soins et services, en respectant leurs champs d'exercice. L'objectif serait de faciliter l'accès à des services de première ligne, notamment pour le repérage de nouveaux cas, le diagnostic ou certains suivis.

4.2.1.2 Continuité relationnelle personnelle et de lieu dans les services de médecine de famille

Une bonne continuité relationnelle entre l'utilisateur et son médecin de famille (continuité personnelle) et avec son GMF (continuité de lieu) permettrait d'établir des liens de confiance, faciliterait la continuité de l'information et contribuerait à diminuer les visites à l'urgence et les hospitalisations de courte durée [INESSS, 2024] [Godard-Sebillotte *et al.*, 2021]. C'est pourquoi ces indicateurs de continuité au sein des GMF sont importants à considérer.

En 2021, la quasi-totalité (97 %) des visites médicales de première ligne des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM et inscrites auprès d'un médecin de famille étaient effectuées dans le GMF de leur médecin de famille, et 86 % étaient réalisées auprès du médecin de famille de l'utilisateur lui-même ([Annexe C](#)). Ces proportions sont demeurées stables au cours des années ([Annexe C](#)). L'âge, le sexe ou la vulnérabilité sociale du milieu de vie n'induisent pas de variations significatives.

Les visites réalisées au GMF ont pour objectifs de faciliter le suivi de l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur et d'améliorer l'accès aux soins et leur qualité [Gouvernement du Québec, 2023]. D'après les experts, l'utilisation des services de première ligne au sein du GMF serait une bonne avenue pour favoriser un parcours de soins et services adéquats chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM.

D'ailleurs, une des attentes du MSSS est de bonifier la continuité avec un taux d'assiduité minimal de 80 % de la part des médecins [FMOQ, 2023]. Ce taux représente le nombre de visites médicales réalisées par la clientèle d'un GMF auprès d'un autre médecin de famille ou d'une autre IPS-PL du GMF sur le nombre total de visites en première ligne de cette même clientèle. Selon les experts, des initiatives telles que l'élargissement de l'accès à un médecin ou une IPS-PL du GMF pourrait faciliter la continuité relationnelle de lieu.

Faits saillants – Continuité relationnelle

- En 2021, près de 97 % des visites médicales de première ligne des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille étaient faites dans le GMF du médecin.
- En 2021, 86 % des visites médicales de première ligne étaient réalisées directement auprès du médecin de famille de l'utilisateur.
- Selon les experts consultés, les visites effectuées auprès d'autres médecins et IPS-PL du GMF permettraient à l'utilisateur de combler certaines difficultés d'accès à son propre médecin de famille.

4.2.2 Services en mission CLSC

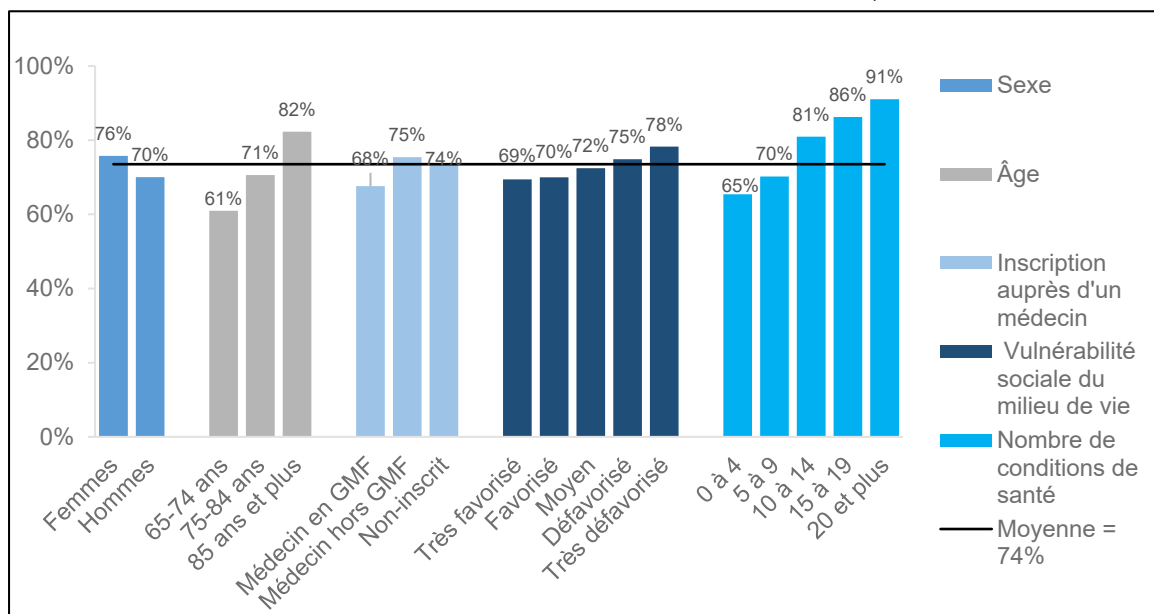
Les CLSC offrent une diversité de services, tels que les services de soutien à domicile (SAD) du programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Ceux-ci jouent un rôle essentiel dans le parcours de soins des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM [CSBE, 2023b; INESSS, 2019]. L'introduction de ces services dans le parcours de soins de ces personnes marque une transition fondamentale en réponse à l'évolution de la maladie. Il convient cependant de noter que les services en mission CLSC considérés dans ce portrait n'incluent pas seulement les SAD et ne sont pas spécifiques aux TNCM. En effet, ils incluent aussi des services visant d'autres besoins de santé, tels qu'un changement de pansement ou une prise de sang. Par conséquent, trois niveaux d'utilisation des services en mission CLSC sont ici documentés afin de faciliter la compréhension du rôle du CLSC dans les transitions de soins et services, en reconnaissant toutefois que ces indicateurs ne témoignent pas de la pertinence des actes : tous les services en mission CLSC, les services professionnels en mission CLSC et les évaluations en mission CLSC.

4.2.2.1 Tout service en mission CLSC

L'ensemble des services en mission CLSC regroupe tous les actes posés auprès des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, quel que soit le type d'intervenant ou le type de service offert.

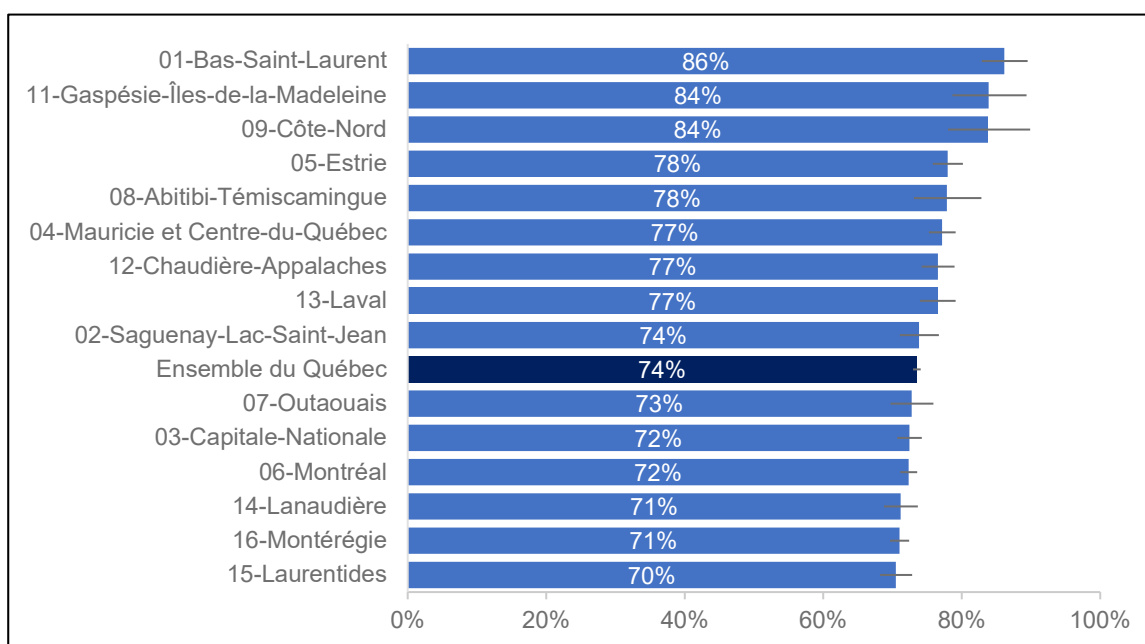
Près des trois quarts (74 %) des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont reçu au moins un service en mission CLSC en 2021 ([Annexe C](#)). Cette proportion est stable depuis 2016 ([Annexe C](#)), mais elle augmente avec l'âge, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé de l'usager ([Figure 9](#)). Également, des variations entre les RSS sont observables, allant de 70 % à 86 % ([Figure 10](#)).

Figure 9 Proportion de personnes ayant reçu au moins un service en mission CLSC, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021



La ligne horizontale représente la valeur de l'indicateur pour l'ensemble du Québec.

Figure 10 Proportion de personnes ayant reçu au moins un service en mission CLSC, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon les RSS, 2021



Bien qu’une grande proportion de personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM dans la communauté au Québec aient reçu des services en mission CLSC, plus d’un quart (26 %) d’entre elles n’en ont jamais reçus. Pourtant, cette population présente des besoins importants, particulièrement en SAD [CSBE, 2023b], ce qui expliquerait l’utilisation plus fréquente des services en mission CLSC avec l’âge, la vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé.

Les experts consultés ont soulevé des enjeux en lien avec l’accès et l’utilisation des services en mission CLSC. Ils rapportent ainsi qu’au moment du diagnostic, les informations concernant l’usager ne sont pas systématiquement partagées avec les équipes des CLSC. Les usagers seraient dirigés vers les intervenants des CLSC uniquement lorsqu’un besoin spécifique de soutien à domicile est identifié pour eux et leurs PPA, notamment pour éviter l’épuisement de ces derniers. Les CLSC seraient interpellés tardivement, soit lorsque la personne démontre des signes importants de perte d’autonomie, n’est plus en mesure de sortir de son domicile ou a besoin d’un transfert vers un milieu d’hébergement. Or, les experts considèrent le repérage comme essentiel pour prévoir les besoins des usagers et ainsi offrir le bon service au moment opportun. De plus, l’accès aux services en mission CLSC présente certains délais. L’analyse du Vérificateur général du Québec montre que seulement 62 % des premiers services de nature psychosociale (p. ex. service général de consultation sociale de courte durée ou services à domicile pour des personnes vivant un deuil, la solitude ou l’isolement, services de soutien aux PPA) étaient dispensés dans un délai de 30 jours en 2018, alors que la cible fixée par le MSSS est de 72 % [Vérificateur général du Québec, Assemblée

nationale, 2020]. De plus, les experts mentionnent que la performance des CLSC à cet égard serait différente d'une région à une autre, ce qui induit un manque d'uniformité et d'équité des soins et services. Les experts rapportent que plusieurs médecins de famille ne dirigeraient pas leurs patients vers le CLSC lorsque ces derniers ont besoin de services rapidement. Ainsi, les services en mission CLSC seraient souvent destinés à des personnes ayant des besoins complexes, dont la perte d'autonomie est très avancée ou à la suite d'une hospitalisation de courte durée. Les usagers n'ayant jamais reçu de services seraient des personnes en début de maladie, isolées et n'ayant pas reçu d'accompagnement pour faire une demande de services, qui auraient refusé le suivi ou qui bénéficieraient du soutien d'un environnement social riche.

Enfin, il faut souligner que les proportions obtenues par cet indicateur peuvent être également influencées par la diversité des services disponibles dans les RSS. La consultation d'experts fait ressortir que certains services en lien avec le repérage ou la réadaptation, tels que les services de kinésiologie, seraient très limités, voire absents, de l'offre de services de nombreux CLSC, alors qu'ils jouent un rôle prépondérant dans le maintien à domicile.

Faits saillants – Tout service en mission CLSC

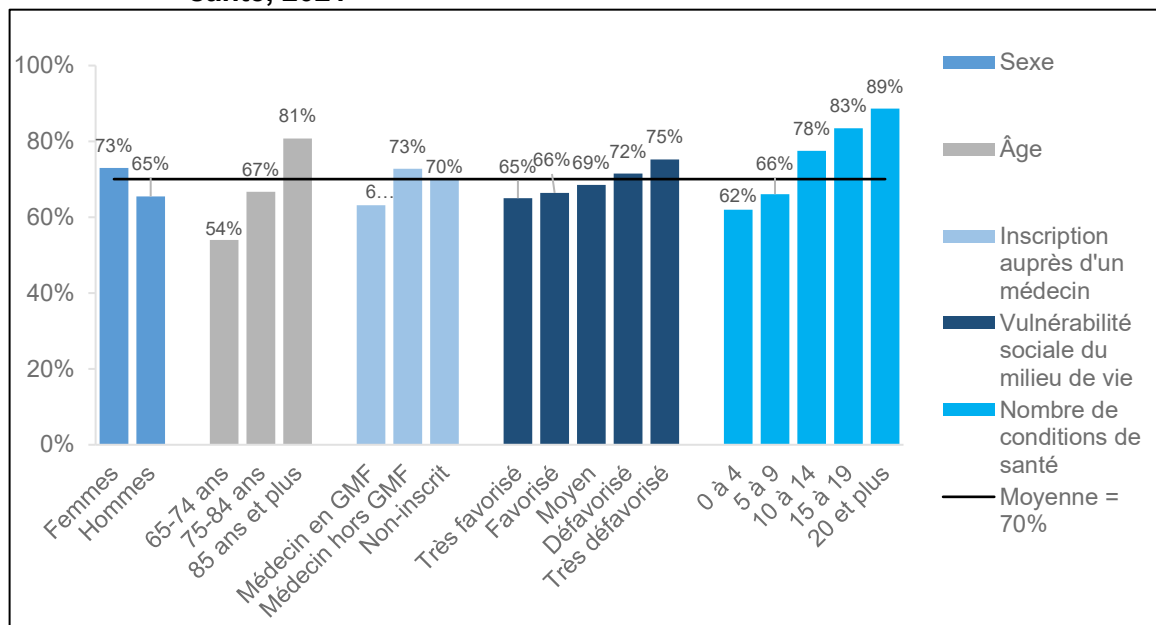
- Trois quarts des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM sont connues des CLSC.
- Les CLSC ne seraient pas interpellés de façon systématique en cas de TNCM, mais uniquement lorsque des besoins spécifiques de soutien à domicile sont identifiés chez l'utilisateur.
- Les experts considèrent le repérage comme essentiel pour prévoir les besoins des usagers et ainsi offrir le bon service au moment opportun.
- Selon les experts consultés, pour les besoins les plus urgents, les médecins optent souvent pour des alternatives aux services en mission CLSC, en raison des délais existants.

4.2.2.2 Services professionnels en mission CLSC

Conformément à l'indicateur construit par le MSSS, les services professionnels en mission CLSC incluent uniquement les services psychosociaux, les soins infirmiers, l'ergothérapie, la physiothérapie, la nutrition et l'inhalothérapie [MSSS, 2020a].

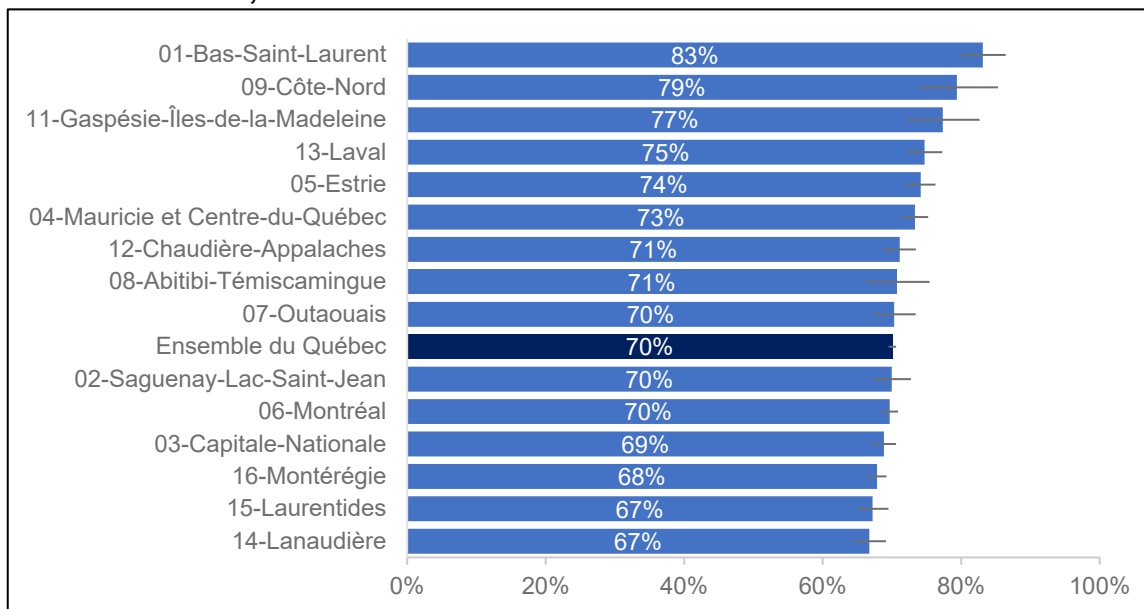
Parmi les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, 70 % ont reçu au moins un service professionnel en mission CLSC au cours de l'année 2021 ([Annexe C](#)). Cette proportion est relativement stable depuis 2016 ([Annexe C](#)), mais augmente avec l'âge, la vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé ([Figure 11](#)). Par ailleurs, il semblerait que les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF bénéficient de moins de services professionnels du CLSC que celles inscrites auprès d'un médecin de famille non affilié à un GMF ou celles sans médecin de famille ([Figure 11](#)). Des variations entre les RSS existent également, les proportions allant de 67 % à 83 % ([Figure 12](#)).

Figure 11 Proportion de personnes ayant reçu au moins un service professionnel en mission CLSC chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021



La ligne horizontale représente la valeur de l'indicateur pour l'ensemble du Québec.

Figure 12 Proportion de personnes ayant reçu au moins un service professionnel en mission CLSC chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon les RSS, 2021



Selon les experts consultés, la pénurie de personnel entraînerait des délais d'attente importants pour l'obtention de services professionnels de la mission CLSC. En effet, la nature des besoins identifiés auprès des usagers et de leurs PPA ainsi que l'urgence évaluée pour y répondre déterminent si les services professionnels doivent être priorités et la fréquence à laquelle ils devraient être dispensés. L'objectif est d'accommoder les clientèles dont les besoins sont jugés les plus importants [MSSS, 2020b]. De plus, les experts soulignent que la pandémie de COVID-19 aurait eu des effets défavorables relativement aux visites à domicile auprès des personnes plus âgées. Celles-ci refuseraient ce service, craignant les risques de contamination.

Par ailleurs, il est important de garder à l'esprit que l'ensemble de ces chiffres est une représentation non exhaustive des services professionnels reçus par les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté. Ils ne reflètent pas les éventuels recours aux services d'organismes privés ou communautaires qui offrent divers services à cette clientèle.

Faits saillants – Services professionnels en mission CLSC

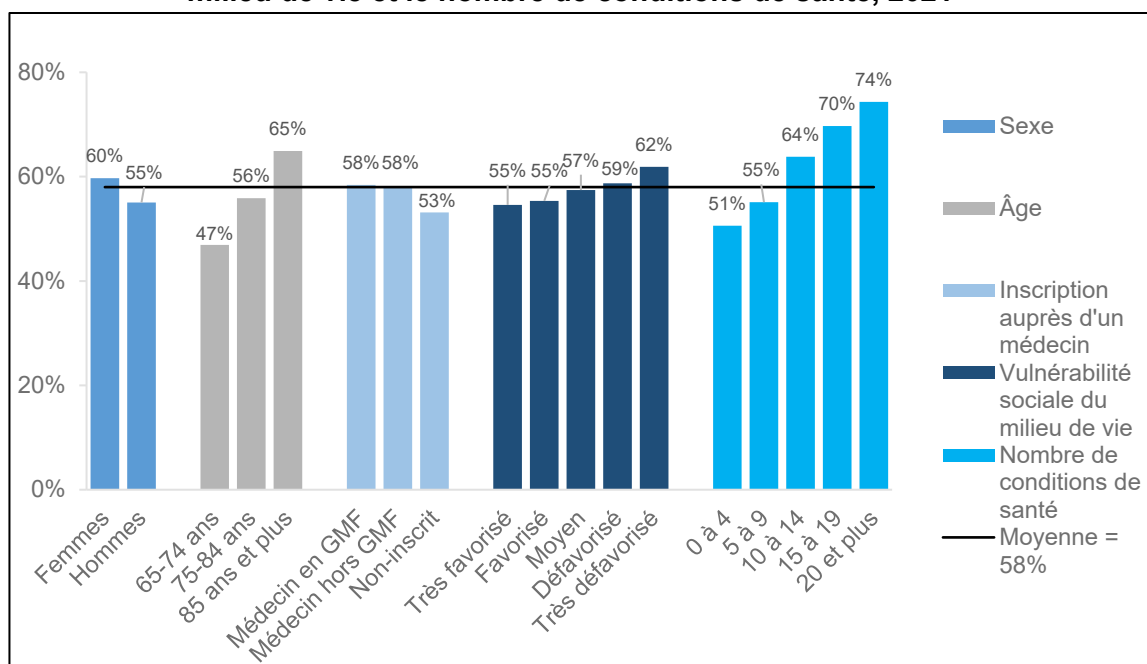
- En 2021, 70 % des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont reçu au moins un service professionnel de la mission CLSC.
- Selon les experts consultés, la pénurie de personnel augmente les délais d'obtention des services professionnels en mission CLSC.
- Selon les experts, les services SAD auraient été sous-utilisés pendant la pandémie de COVID-19, notamment en raison de craintes de contamination de la part des usagers.
- Le recours à des organismes privés et communautaires contribue à répondre aux besoins des usagers, mais les données accessibles ne permettent pas de documenter cet aspect dans le présent portrait.

4.2.2.3 Évaluations en mission CLSC

Les évaluations en mission CLSC incluent tout type d'évaluation et de réévaluation réalisées par le CLSC et ne sont pas nécessairement liées au TNCM de l'utilisateur. Compte tenu de la fragilité des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM et de l'importante part des ressources utilisées par celles-ci [Société Alzheimer Canada, 2022; Lees Haggerty *et al.*, 2020; O'Brien *et al.*, 2019; ASPC, 2017; Tropea *et al.*, 2017; Guilcher *et al.*, 2016; Société Alzheimer Canada, 2016], le fait de leur offrir une évaluation annuelle permettrait d'ajuster les services selon l'évolution de leurs besoins.

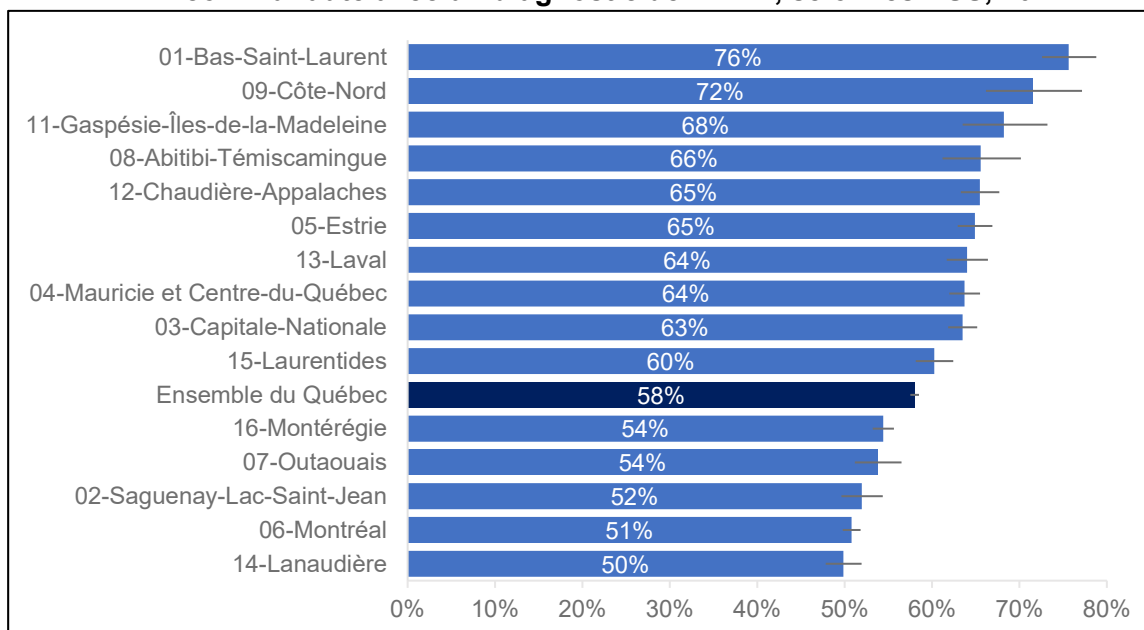
En 2021, environ trois personnes de 65 ans et plus sur cinq (58 %) vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont eu une évaluation en mission CLSC. Cette proportion semble avoir très légèrement diminué pendant la pandémie ([Annexe C](#)). Elle augmente avec l'âge, la vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé ([Figure 13](#)). Par ailleurs, des variations importantes entre les RSS existent, les proportions allant de 50 % à 76 % ([Figure 14](#)).

Figure 13 Proportion de personnes ayant reçu au moins une évaluation en mission CLSC, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021



La ligne horizontale représente la valeur de l'indicateur pour l'ensemble du Québec.

Figure 14 Proportion* de personnes ayant eu au moins une évaluation en mission CLSC, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Les savoirs contextuels et expérientiels des experts consultés ont permis de mieux comprendre les résultats observés pour les évaluations en mission CLSC.

Tout d'abord, ces experts expliquent que la baisse des évaluations en mission CLSC observée durant la pandémie de COVID-19 a été très légère, puisque le soutien aux personnes vivant avec un diagnostic de TNCM et leurs PPA aurait été maintenu, notamment par une augmentation des suivis téléphoniques. En dehors du contexte sociosanitaire, il semble que les personnes plus âgées vivant dans des milieux plus vulnérables socialement, avec un nombre élevé de conditions de santé ou inscrites auprès d'un médecin de famille bénéficient davantage d'évaluations en mission CLSC. Ces constats témoigneraient d'une volonté des milieux de soutenir les personnes ayant les besoins les plus importants. Ces personnes représentent l'essentiel des utilisateurs des services SAD de longue durée. Or, le MSSS a établi une cible de 90 % d'évaluations ou de réévaluations à jour pour ces usagers [MSSS, 2023b]. Ainsi, la dispensation des soins et services repose sur une priorisation des personnes les plus à risque, les plus démunies et les plus isolées [MSSS, 2020b]. De plus, les experts rapportent que les personnes vivant dans des milieux plus favorisés pourraient davantage s'appuyer sur leur réseau social afin d'obtenir le soutien nécessaire pour répondre à leurs besoins. Les experts mentionnent également que les GMF demeurent une des portes d'entrée aux services en mission CLSC fréquemment utilisées. Ainsi, l'accès aux évaluations en mission CLSC pour les personnes qui ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille pourrait être un défi.

Les experts consultés signalent toutefois qu'il convient de prendre en compte plusieurs éléments dans l'interprétation de ces données. Premièrement, la façon de colliger les données relatives aux évaluations pourrait conduire à des omissions de saisie. En effet, certains professionnels percevraient la passation des outils d'évaluation comme longue et leur saisie administrative lourde, et ainsi offriraient des services avant d'obtenir une évaluation complète. Deuxièmement, les experts avancent que les réévaluations ne seraient pas toujours effectuées à l'intérieur de 12 mois. Certaines évaluations tardives auraient donc pu ne pas être comptabilisées dans l'indicateur, qui se limite aux 12 derniers mois. Troisièmement, les experts nomment une nouvelle fois la pénurie de main-d'œuvre comme facteur pouvant accentuer les délais de prise en charge des demandes d'évaluation, en raison des difficultés de recrutement, d'absences ou de congés de maladie. Ce phénomène exigerait des réajustements fréquents dans la priorisation des services et des évaluations en fonction de l'urgence des besoins, ce qui peut retarder certaines évaluations, notamment les réévaluations des personnes dont la condition semble stable. Enfin, les experts rappellent que certaines évaluations seraient réalisées par des intervenants œuvrant dans d'autres milieux, comme les infirmiers en GMF. Elles ne sont donc pas comptabilisées dans l'indicateur de ce portrait. Dans l'optique d'améliorer la continuité des soins et services, certains outils d'aide à la décision pour réaliser les évaluations et réévaluations pourraient être davantage promus au sein des milieux concernés [INESSS, 2015].

Faits saillants – Évaluations en mission CLSC

- En 2021, environ trois personnes de 65 ans et plus sur cinq (58 %) vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont eu une évaluation en mission CLSC. La régularité des évaluations et réévaluations semble présenter certains défis.
- Une attention particulière devrait être portée aux personnes qui ne sont pas inscrites auprès d'un médecin de famille, puisque seulement 53 % d'entre elles ont eu une évaluation ou réévaluation en mission CLSC en 2021.
- Les experts citent la lourdeur administrative des outils et la pénurie de main-d'œuvre comme facteurs affectant les services d'évaluation en mission CLSC.

4.3 Transitions entre le centre hospitalier et la première ligne

En raison de leurs besoins chroniques, complexes et évolutifs, les personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM font l'expérience d'un nombre élevé de transitions de soins et services. Ces dernières utiliseraient jusqu'à trois fois plus les services d'urgence et d'hospitalisation de courte durée que les personnes de 65 ans et plus n'ayant pas ce diagnostic [INSPQ, 2023a]. Les indicateurs de visites à l'urgence et d'hospitalisation de courte durée permettent d'avoir un aperçu de l'accessibilité des services de première ligne [Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale, 2020], mais également de la qualité des soins et services dispensés dans la communauté [OCDE, 2023].

La qualité des soins et services implique la réalisation de suivis en première ligne après avoir eu recours aux services hospitaliers. Une transition réussie entre le centre hospitalier et la première ligne est donc fondamentale pour répondre aux besoins des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, même si les besoins en question ne sont pas nécessairement liés au TNCM. Ainsi, ces données peuvent fournir des indices de la qualité des transitions vécues.

Résumé

Dans l'année 2021, 51 % des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ont visité l'urgence, dont 27 % à deux reprises ou plus. La proportion des visites à l'urgence classées peu ou non urgentes (P4 ou P5) est de 43 %. Dans certaines situations, un suivi en mission CLSC peut être requis à la suite d'une visite à l'urgence afin d'assurer une transition adéquate. En 2021, c'est plus d'une visite à l'urgence sur quatre (28 % - toutes priorités confondues) effectuée par des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM qui a été suivie d'un service professionnel en mission CLSC dans les trois jours suivant le congé.

En 2021, le tiers des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ont été hospitalisées pour une courte durée au moins une fois. De plus, l'analyse des données montre que 15 % des hospitalisations de courte durée ont été suivies d'une réadmission hospitalière dans les 30 jours. Le retour au domicile à la suite d'une hospitalisation de courte durée représente une période de fragilité, au cours de laquelle un suivi médical est souhaitable pour cette population. En 2021, 19 % des hospitalisations de courte durée ont été suivies d'une visite médicale auprès d'un omnipraticien ou d'une IPS-PL dans les 14 jours suivant le congé. Cette proportion s'élève à 41 % dans le cas des hospitalisations de courte durée avec un suivi en mission CLSC dans les trois jours suivant le congé.

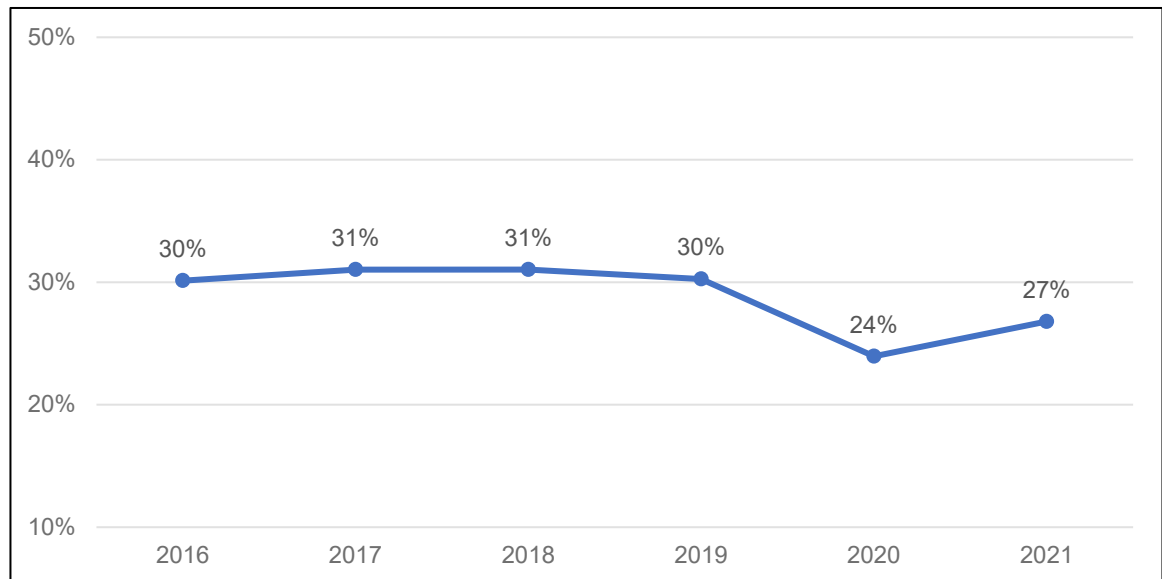
4.3.1 Urgence

4.3.1.1 Visites à l'urgence

Proportion des visites à l'urgence sans égard à leur niveau de priorité

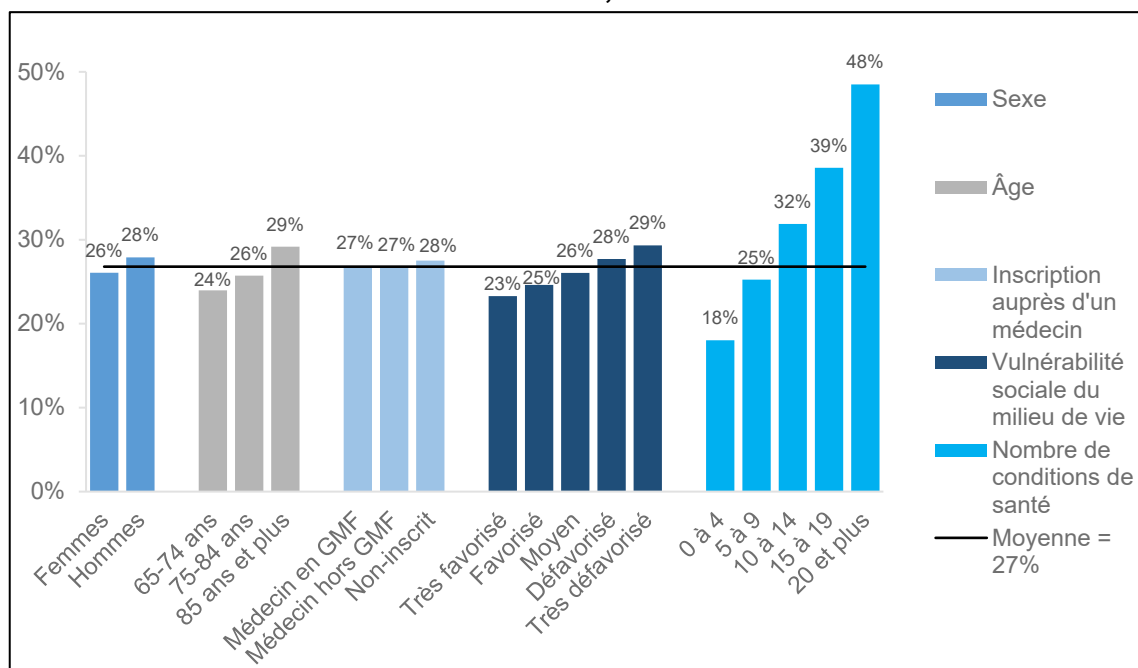
En 2021, environ la moitié (51 %) des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM se sont rendues au moins une fois à l'urgence ([Annexe C](#)). Parmi elles, 27 % y ont fait au moins deux visites dans la même année ([Figure 15](#)), comparativement à environ 30 % avant la pandémie. Cette proportion augmente avec l'âge, la vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé ([Figure 16](#)). De plus, des variations considérables apparaissent entre les RSS, les proportions allant de 23 % à 42 % ([Figure 17](#)).

Figure 15 Proportion* de personnes ayant fait au moins deux visites à l'urgence, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, 2016-2021



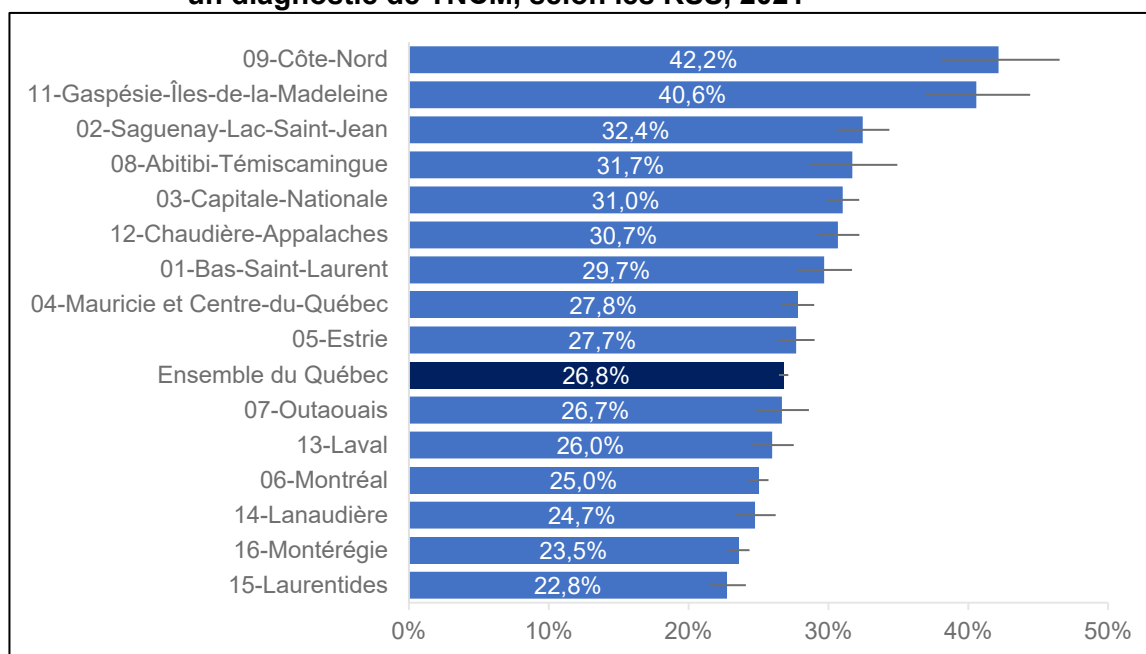
*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Figure 16 Proportion de personnes ayant fait au moins deux visites à l'urgence, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021



La ligne horizontale représente la valeur de l'indicateur pour l'ensemble du Québec.

Figure 17 Proportion* de personnes ayant fait au moins deux visites à l'urgence, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Les visites à l'urgence pourraient être un moment propice pour repérer les aînés à risque de déclin fonctionnel [INESSS, 2019] et pour s'assurer de planifier les soins et services nécessaires à la sortie de l'hôpital. Toutefois, les experts soulignent que les contraintes de temps et les limites de ressources entravent un tel repérage. De plus, les conditions de pratique à l'urgence, notamment le triage, peuvent entraver la reconnaissance des problématiques complexes associées aux TNCM [Parke *et al.*, 2013] et rendre cette transition du retour à domicile difficile pour certains usagers. Selon des infirmières et infirmiers praticiens canadiens consultés dans l'étude de Parke, les facteurs nuisant à l'expérience des aînés vivant avec un diagnostic de TNCM qui se présentent à l'urgence sont : une sous-estimation de la gravité de la situation, l'attente qui en résulte associée à l'inquiétude, la pression du temps qui entraîne un manque d'attention aux besoins fondamentaux ainsi que les relations et interactions conduisant au sentiment d'être ignorés, oubliés et sans importance [Parke *et al.*, 2013].

Les proportions de visites à l'urgence rapportées par cet indicateur sont similaires à celles indiquées dans la littérature [Huang *et al.*, 2022], notamment à l'échelle canadienne [ICIS, 2023]. Une forte diminution des visites à l'urgence est observée en 2020, ce qui coïncide avec le début de la pandémie de COVID-19 et, comme il a été mentionné par les experts, avec le début de la réorganisation des services offerts, des priorisations dans le système de soins et l'apparition de craintes, chez les usagers, d'être contaminés lorsqu'ils ont recours aux soins et services.

Selon la littérature et les commentaires d'experts consultés, le nombre de visites effectuées à l'urgence dans une année pourrait constituer un indice de difficulté d'accès à un médecin de famille [CSBE, 2023a; Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale, 2020].

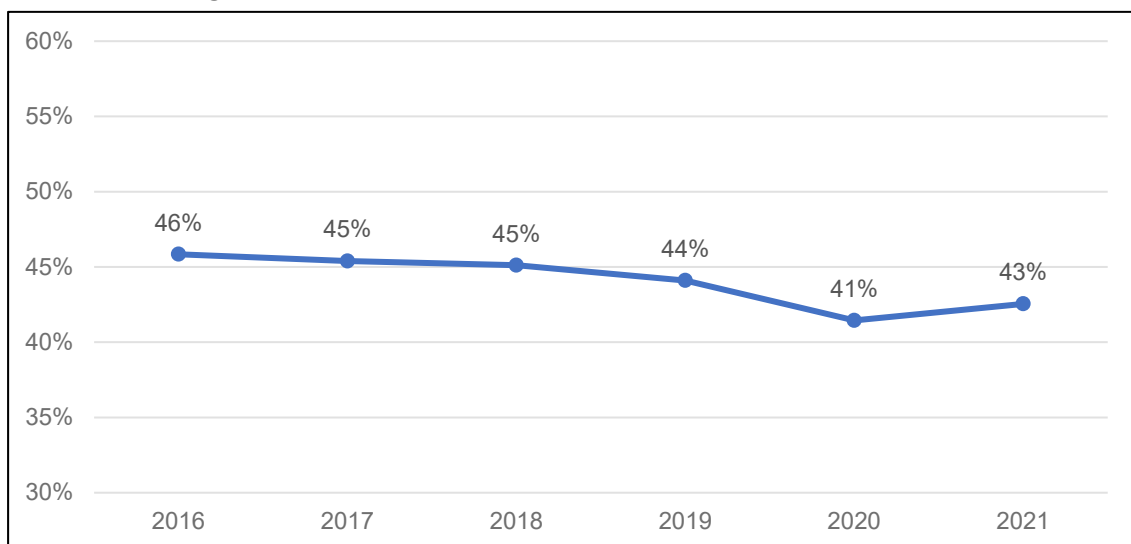
Comme on peut l'observer à la [figure 16](#), la proportion de personnes ayant effectué deux visites à l'urgence ou plus augmente avec l'âge, la vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé. Les experts consultés précisent que l'évolution des visites à l'urgence liée à l'avancée en âge pourrait s'expliquer par le cumul de maladies chroniques, le déconditionnement physique et cognitif, la sensibilité aux effets indésirables des thérapies médicamenteuses ainsi qu'à l'appauvrissement progressif du réseau social. En effet, bien qu'une bonne continuité des soins et services obtenus auprès du médecin de famille permette de réduire les visites à l'urgence [Godard-Sebillotte *et al.*, 2021], elle ne peut pas les éliminer, surtout en cas de multimorbidité importante chez les personnes vivant avec un diagnostic de TNCM et bénéficiant de soins à domicile [Mondor *et al.*, 2017]. Les motifs de visite à l'urgence de cette population sont d'ailleurs rarement directement liés au TNCM. En effet, rappelons ici que les visites comptabilisées dans cet indicateur peuvent ne pas être en lien avec le TNCM de la personne. En Ontario, par exemple, les visites à l'urgence pour cette population sont plutôt liées à des comorbidités, telles que les pneumonies, les blessures, les infections des voies urinaires, les insuffisances cardiaques ou encore les douleurs [ICIS, 2023; Jones *et al.*, 2022]. Ainsi, certains experts affirment que, compte tenu de la fragilité de ces personnes, une visite à l'urgence serait attendue alors que deux visites ou plus pourraient être considérées comme un premier signe de dysfonctionnement relativement

à l'accès aux visites médicales et services de première ligne dans la communauté [Ghandour *et al.*, 2020]. Enfin, les différences observées entre les RSS ne semblent pas s'expliquer par le caractère rural ou urbain.

4.3.1.1.1 Visites à l'urgence moins ou non urgentes (P4 ou P5).

En 2021, 43 % des visites à l'urgence effectuées par des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM étaient moins ou non urgentes (priorité P4 ou P5, [Figure 18, Annexe C](#)), c'est-à-dire que la prise en charge en 30 minutes ou moins n'était pas nécessaire ou que les problèmes de santé ayant mené à la consultation auraient pu être traités en clinique médicale ou en CLSC [MSSS, 2021b]. Seule une très légère baisse de la proportion de ces visites a été observée pendant la pandémie. L'âge, le sexe, la vulnérabilité sociale du milieu de vie, l'inscription auprès d'un médecin de famille et le nombre de conditions de santé ne semblent pas influencer cette proportion ([Figure 19](#)). En revanche, des variations considérables sont à noter selon les RSS, les proportions allant de 26 % à 60 % ([Figure 20](#)).

Figure 18 Proportion* des visites à l'urgence dont la priorité est P4 ou P5, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, 2016-2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Figure 19 Proportion des visites à l'urgence dont la priorité est P4 ou P5, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021

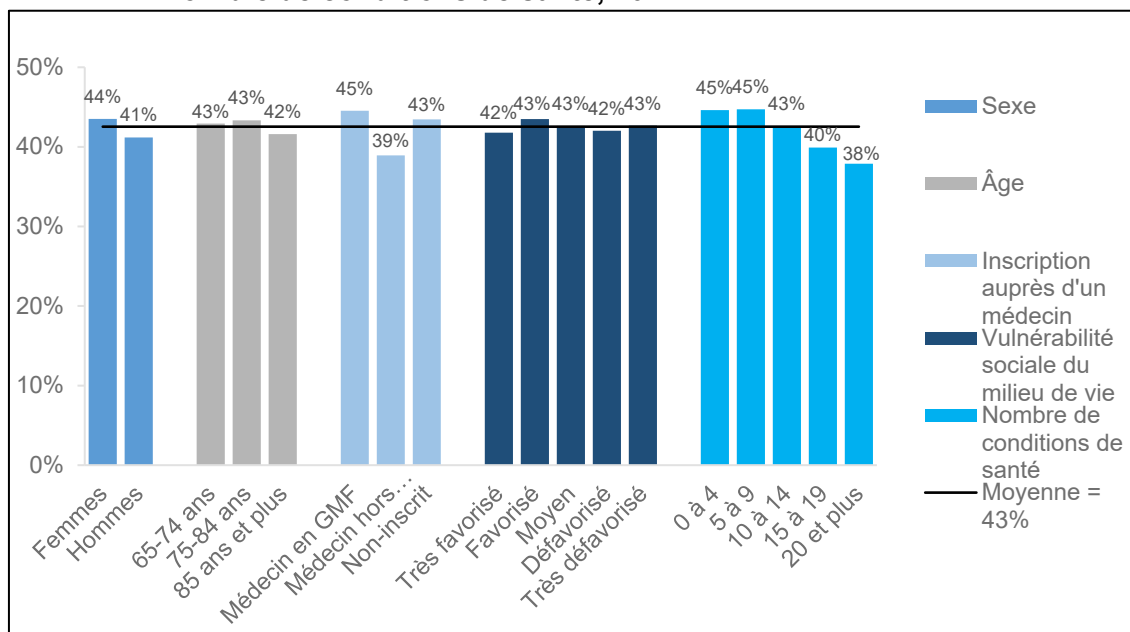
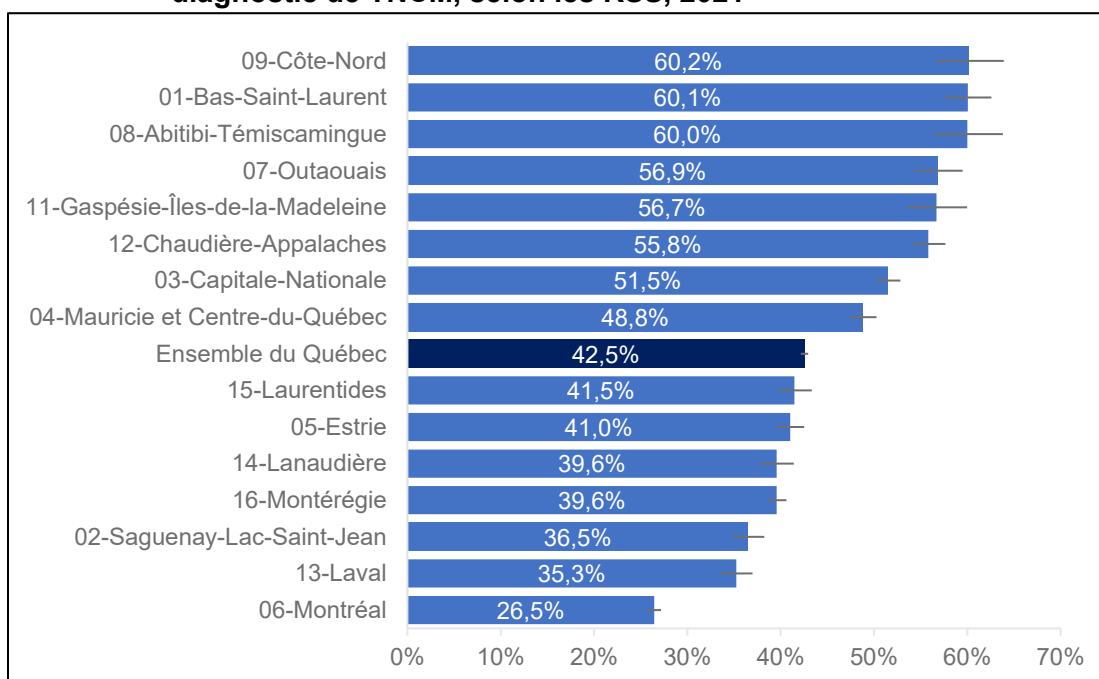


Figure 20 Proportion* des visites à l'urgence dont la priorité est P4 ou P5, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Les résultats montrent qu'une grande proportion des visites à l'urgence pourraient être traitées en première ligne, ce qui semblerait témoigner d'une difficulté d'accès aux services de première ligne au moment opportun, pour certains usagers. Il convient cependant de noter qu'une majorité des visites (57 %) semblent être des visites justifiées, nécessitant une prise en charge en 30 minutes ou moins (priorité P1, P2 ou P3). Les consultations auprès des experts révèlent que les différences entre les RSS pourraient être notamment liées à des pratiques locales de suivi, à la suite d'une visite à l'urgence, visant à réduire les délais d'attente : par exemple, certains établissements encourageraient les usagers à revenir à l'urgence afin d'obtenir le suivi de leur première visite, plutôt que d'attendre d'être vus par leur médecin de famille ou l'IPS-PL du GMF.

Faits saillants – Visites à l'urgence

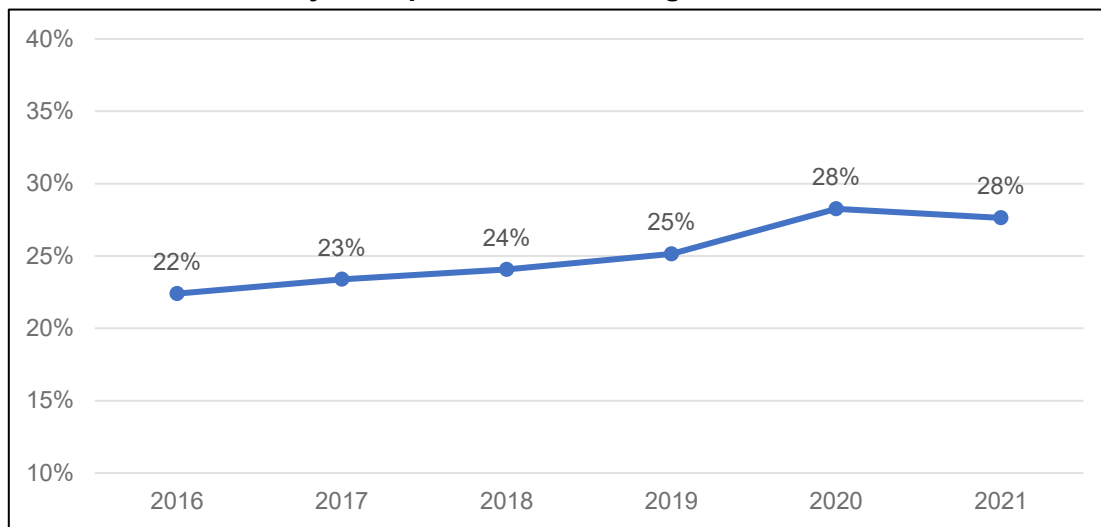
- Dans l'année 2021, 51 % des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ont visité l'urgence, dont 27 % à deux reprises ou plus. Ces chiffres sont similaires à ceux observés à l'échelle canadienne.
- Un peu plus de la moitié des visites à l'urgence sont considérées comme appropriées (P1, P2, P3), alors que 43 % auraient pu être faites en clinique médicale, en GMF ou en CLSC (P4, P5).
- L'avancée de l'âge et le cumul des maladies chroniques augmenteraient le recours aux services d'urgence.
- L'accès aux services de première ligne au moment opportun est un facteur à considérer pour réduire les visites moins ou non urgentes (P4 et P5).

4.3.1.2 Suivis par un service professionnel en mission CLSC après une visite à l'urgence

Cet indicateur renseigne sur la proportion des visites à l'urgence pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC dans les trois jours après la visite à l'urgence. Rappelons que les services professionnels en mission CLSC concernent des actes dont le centre d'activité se rapporte à des services professionnels en mission CLSC (soit services psychosociaux, soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, nutrition ou inhalothérapie), à distinguer de l'indicateur incluant tous les services en mission CLSC. Dans certaines situations, un suivi en mission CLSC peut être requis à la suite d'une visite à l'urgence, afin d'assurer une transition adéquate.

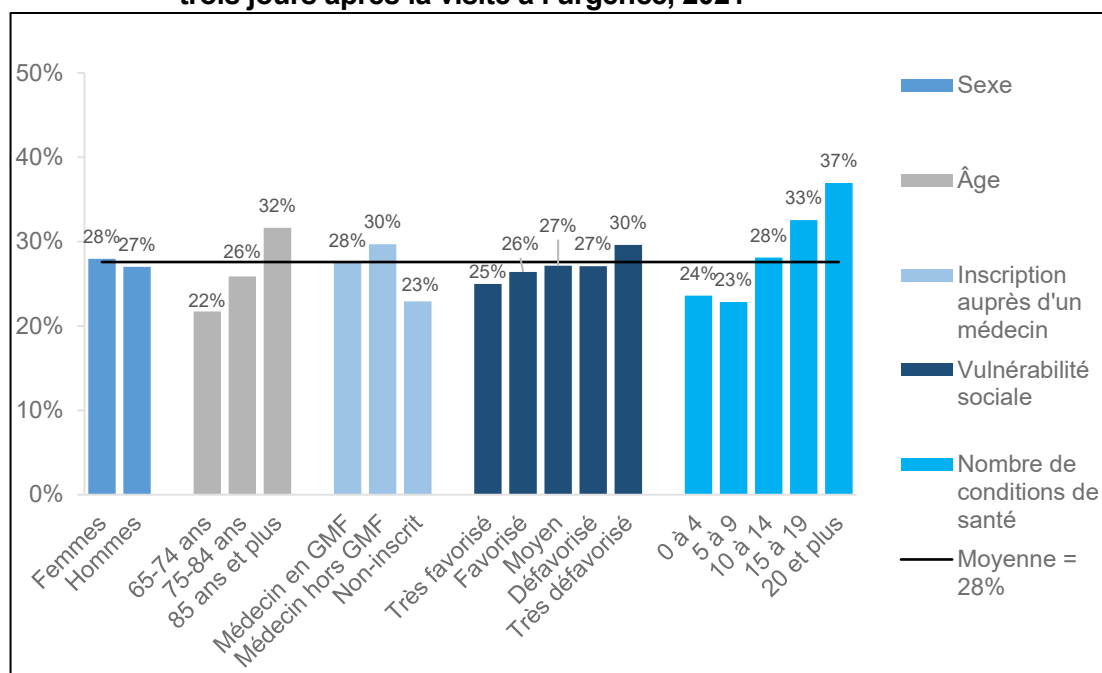
La proportion de services offerts dans les trois jours après la visite à l'urgence augmente depuis 2016, pour atteindre 28 % en 2021 ([Figure 21](#), [Annexe C](#)). Elle augmente avec l'âge, la vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé de la personne ([Figure 22](#)). De la même façon, l'inscription auprès d'un médecin de famille, affilié ou non à un GMF, semble favoriser un suivi par un service professionnel en mission CLSC après une visite à l'urgence. Enfin, la [figure 23](#) montre qu'il existe des variations selon les RSS, les proportions allant de 24 % à 36 %.

Figure 21 Proportion* des visites à l'urgence des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours après la visite à l'urgence, 2016-2021



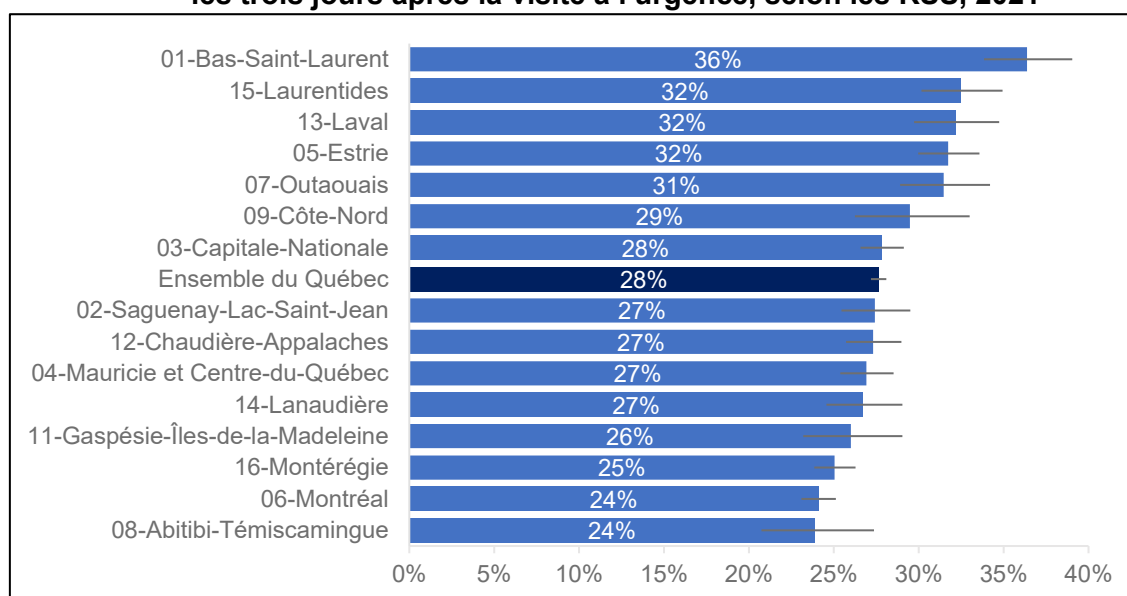
*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Figure 22 Parmi les visites à l'urgence des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, catégorisées selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, proportion pour laquelle il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours après la visite à l'urgence, 2021



La ligne horizontale représente la valeur de l'indicateur pour l'ensemble du Québec.

Figure 23 Proportion* des visites à l'urgence des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours après la visite à l'urgence, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

L'évolution de la proportion de suivis après une visite à l'urgence doit être interprétée en parallèle avec la baisse importante du nombre de visites à l'urgence pendant la pandémie de COVID-19 (60 900 en 2019 c. 51 916 en 2021). Le nombre total de suivis en services professionnels en mission CLSC dans les trois jours après une visite à l'urgence a lui aussi diminué pendant la même période, mais de façon moins importante que le nombre de visites à l'urgence.

Certains experts précisent que les suivis en mission CLSC ne seraient pas pertinents pour toutes les visites à l'urgence des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, ce qui pourrait expliquer en partie les proportions observées. En effet, on observe davantage de suivis par un service professionnel en mission CLSC dans les trois jours après la visite à l'urgence parmi les groupes de personnes vivant dans des milieux plus vulnérables socialement, plus âgées et pour lesquelles il y a plus de conditions de santé associées. Ces profils correspondant à ceux de personnes connues du CLSC, cela pourrait faciliter un suivi rapide. Selon certains experts, les suivis par des non-professionnels en mission CLSC (p. ex. pour les soins d'hygiène) ne sont pas comptabilisés dans cet indicateur, mais pourraient être plus appropriés pour répondre à des besoins quotidiens. Enfin, les variations régionales observées peuvent aussi être influencées par l'hétérogénéité dans l'offre de services disponibles et par les variations dans l'organisation des soins et services selon les RSS.

Faits saillants – Suivis professionnels en mission CLSC après une visite à l'urgence

- En 2021, 28 % des visites à l'urgence des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont été suivies d'un service professionnel en mission CLSC dans les trois jours après la visite à l'urgence. Cette proportion augmente depuis 2016.
- L'inscription auprès d'un médecin de famille, affilié ou non à un GMF, semble favoriser les suivis par un service professionnel en mission CLSC après une visite à l'urgence.
- Selon les experts, toutes les visites à l'urgence ne nécessitent pas systématiquement un suivi en première ligne. Dans certaines situations, des suivis par un service de type non professionnel pourraient être plus appropriés, notamment pour répondre à des besoins quotidiens, mais ils ne sont pas comptabilisés dans cet indicateur.

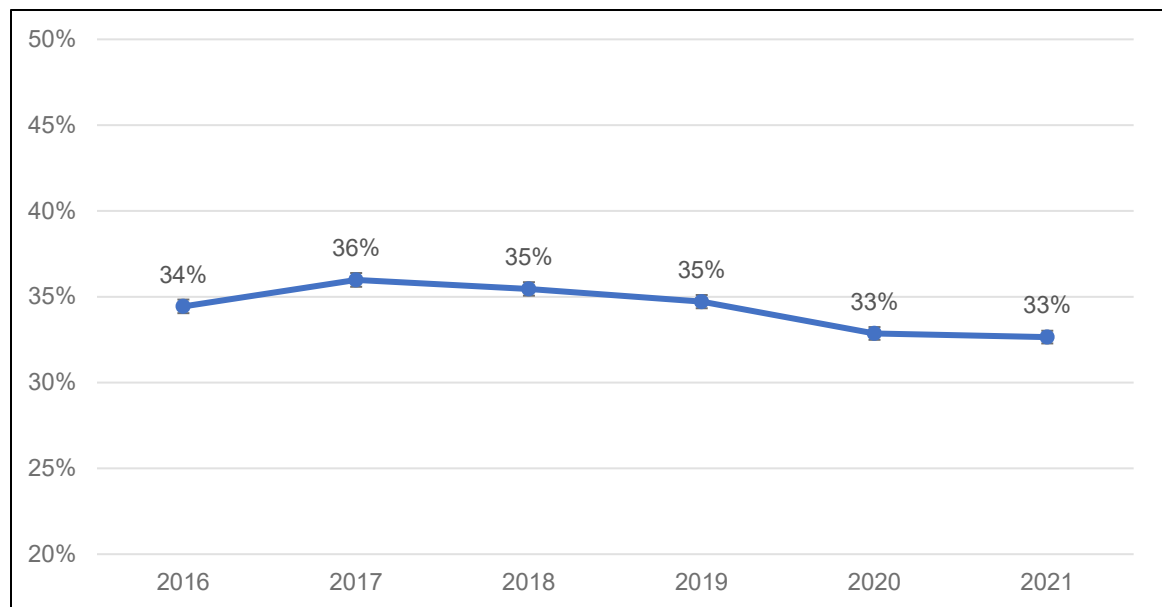
4.3.2 Hospitalisations

4.3.2.1 Hospitalisations de courte durée

L'interprétation des données liées à cet indicateur doit tenir compte du fait qu'ont été exclues les hospitalisations dans les installations autres que celles destinées aux soins de courte durée (c.-à-d. les centres hospitaliers de soins psychiatriques, les centres hospitaliers de soins de convalescence, les centres de réadaptation et soins longue durée) ainsi que les hospitalisations pour chirurgie d'un jour ou pour soins post-mortem. De plus, il convient de noter que les motifs d'hospitalisation peuvent inclure des problématiques qui ne sont pas directement liées au TNCM des personnes concernées.

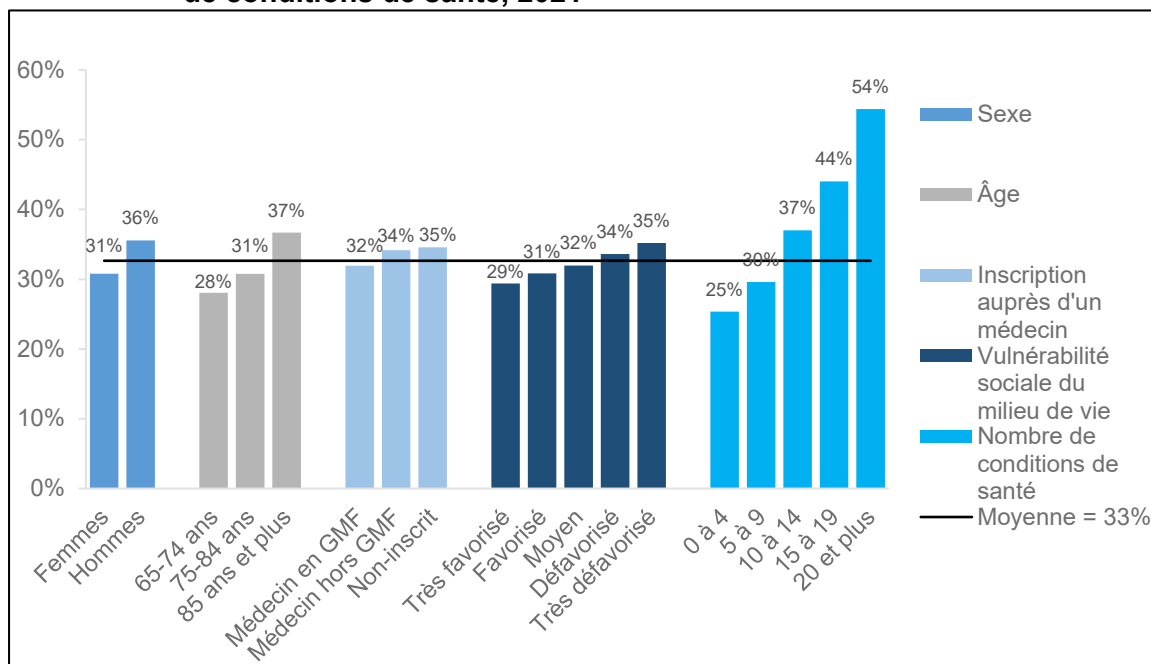
Dans l'année 2021 au Québec, un tiers (33 %) des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont été hospitalisées au moins une fois pour des soins de courte durée ([Figure 24](#)). Le nombre total d'hospitalisations de courte durée a diminué de 16 % entre 2019 et 2020, passant d'environ 35 600 à 30 100 ([Figure 25](#)). Le taux d'hospitalisation de courte durée augmente avec l'âge, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé ([Figure 25](#)). Des variations entre les RSS sont également observées, les proportions allant de 29 % à 37 % ([Figure 26](#)).

Figure 24 Proportion* de personnes ayant eu au moins une hospitalisation de courte durée, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, 2016-2021



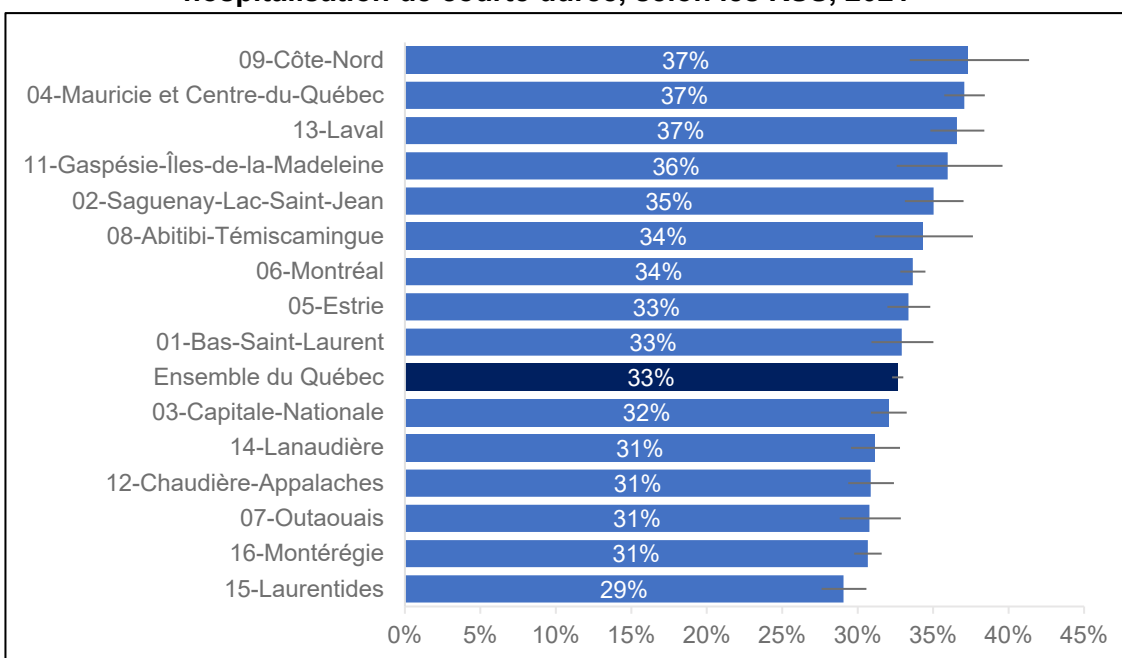
*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Figure 25 Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ayant eu au moins une hospitalisation de courte durée, selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin de famille, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, 2021



La ligne horizontale représente la valeur de l'indicateur pour l'ensemble du Québec.

Figure 26 Proportion* de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ayant eu au moins une hospitalisation de courte durée, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Les taux d'hospitalisation de courte durée varient selon l'âge, la vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé. La complexité de ces facteurs, particulièrement lorsqu'ils sont combinés, peut conduire à un état de fragilité chez l'aîné, ce qui pourrait expliquer un plus haut taux d'hospitalisation de courte durée [Sourial *et al.*, 2022; AIHW, 2019].

Selon les experts consultés, la diminution du nombre d'hospitalisations de courte durée observée depuis la pandémie de COVID-19 (16 %) pourrait se poursuivre, car des solutions de remplacement à l'hospitalisation auraient été conçues pour cette clientèle. En effet, l'accent porté sur les services de soutien intensif à domicile (SIAD) ou le déploiement de sites non traditionnels de soins (SNT), les initiatives locales en évaluation des thérapies médicamenteuses ou en télésanté sont autant de pistes qui pourraient permettre d'améliorer les pratiques dans les différents milieux impliqués dans le parcours de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un TNCM.

Enfin, selon les experts, les variations entre les RSS pourraient être liées à des différences organisationnelles locales.

Faits saillants – Hospitalisations de courte durée

- Dans l'année 2021, un tiers (33 %) des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont été hospitalisées pour une courte durée au moins une fois.
- Les taux d'hospitalisation de courte durée augmentent avec la complexité des cas, notamment lorsque les usagers présentent un âge avancé et de multiples conditions de santé.
- Selon les experts consultés, des alternatives à l'hospitalisation de courte durée ont été conçues au courant de la pandémie de COVID-19 et pourraient contribuer à diminuer le nombre d'hospitalisations de courte durée.

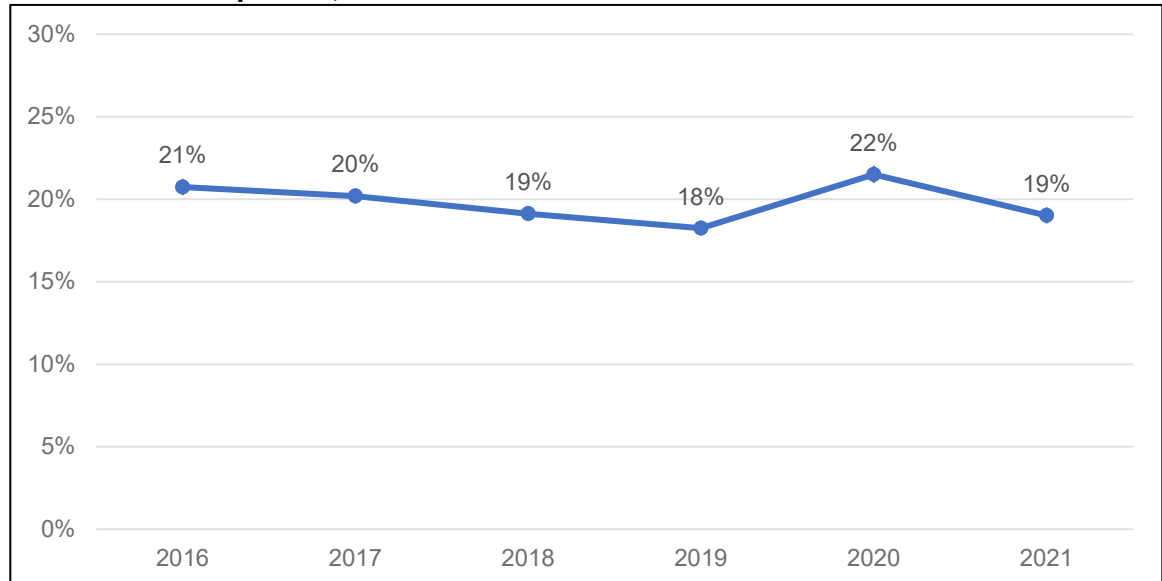
4.3.2.2 Suivis après une hospitalisation de courte durée

4.3.2.2.1 Suivis médicaux après une hospitalisation de courte durée

Le retour au domicile à la suite d'une hospitalisation de courte durée peut représenter une période de fragilité pour l'utilisateur. Le suivi dans la communauté devient donc primordial pour la continuité des soins et services [ICIS, 2015].

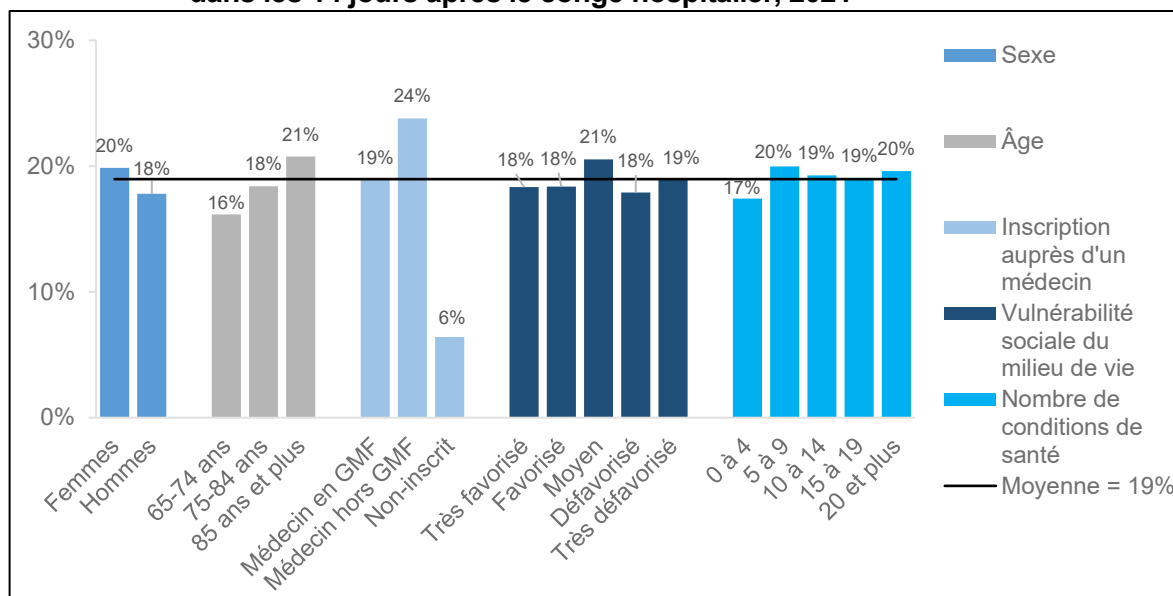
Pourtant, en 2021, on observe qu'une hospitalisation de courte durée sur cinq (19 %) est suivie d'une visite médicale dans les 14 jours après le congé hospitalier ([Annexe C](#)). La proportion des suivis médicaux à la suite d'une telle hospitalisation a diminué graduellement entre 2016 et 2019, mais une légère hausse est survenue durant la pandémie, pour atteindre 22 % en 2020 ([Figure 27](#), [Annexe C](#)). De façon générale, la proportion des suivis médicaux à la suite d'une hospitalisation de courte durée augmente avec l'âge et l'inscription auprès d'un médecin de famille, mais n'est pas affectée par le nombre de conditions de santé ou la vulnérabilité sociale du milieu de vie ([Figure 28](#)). Par ailleurs, des variations considérables dans les proportions sont observées entre les RSS, celles-ci allant de 9 % à 26 % ([Figure 29](#)).

Figure 27 Proportion* des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu une visite médicale auprès d'un médecin ou d'une IPS-PL du GMF, dans les 14 jours après le congé hospitalier, 2016-2021



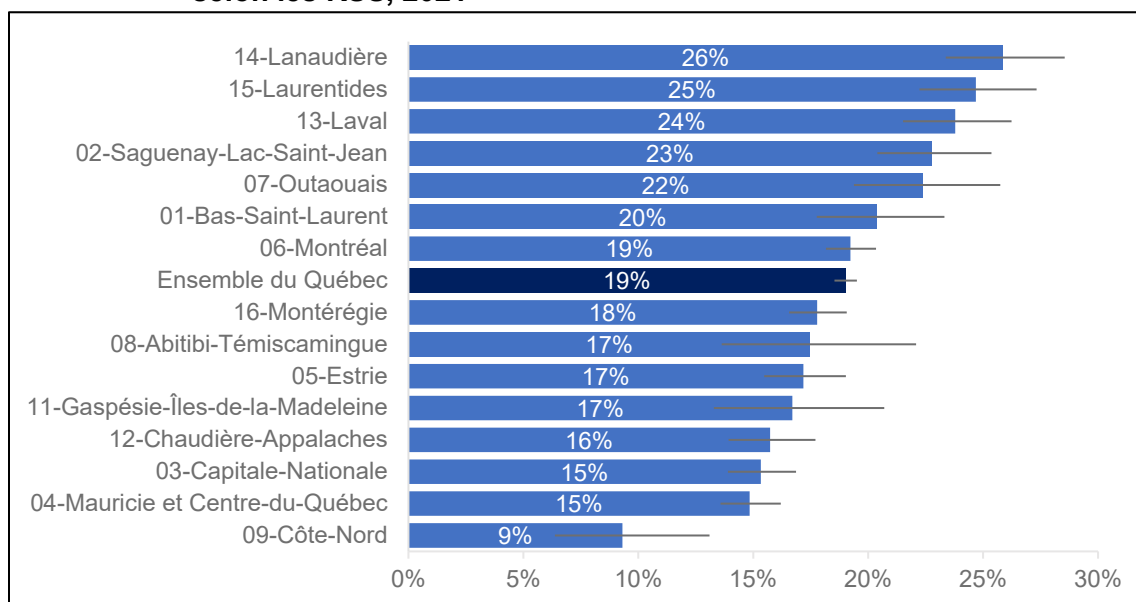
*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Figure 28 Parmi les hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, catégorisées selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin de famille, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, proportion pour laquelle il y a eu un suivi médical dans les 14 jours après le congé hospitalier, 2021



La ligne horizontale représente la valeur de l'indicateur pour l'ensemble du Québec.

Figure 29 Proportion* des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu une visite médicale auprès d'un médecin ou d'une IPS-PL, dans les 14 jours après le congé hospitalier, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Il est nécessaire de tenir compte du fait que seuls les suivis médicaux assurés par un omnipraticien ou une IPS-PL sont comptabilisés dans l'indicateur présenté dans ce portrait. Or, ainsi que les experts l'ont indiqué, certains suivis peuvent être réalisés par d'autres spécialistes (p. ex. gériatre, neurologue) ainsi que par les pharmaciens. Les savoirs expérientiels recueillis pour ce portrait ont permis d'apporter des éléments contextuels pouvant influencer l'interprétation des résultats de cet indicateur.

Premièrement, les experts mentionnent que certains suivis ne nécessiteraient pas d'être effectués aussi rapidement à la suite de l'hospitalisation de courte durée. Il semblerait que des difficultés de communication et de partage d'informations entre les milieux, souvent associées à l'insuffisance des ressources et d'outils cliniques informatisés communs, seraient des obstacles significatives à la réalisation des suivis dans les délais désirés. De plus, certains experts soulèvent le refus de consulter de la part de l'utilisateur ou encore l'omission de se présenter aux rendez-vous comme explications aux proportions observées. L'implication des médecins de l'hôpital dans la planification du congé a aussi été soulignée par les experts. En effet, ces médecins joueraient un rôle majeur dans l'organisation des suivis et la communication des informations nécessaires au suivi dans la communauté après le congé de l'hôpital [Prusaczyk *et al.*, 2020], notamment en remplissant la feuille sommaire d'hospitalisation de courte durée. Toutefois, ce partage d'informations ne serait pas systématique, d'après les experts, puisque la loi sur la confidentialité implique le consentement de l'utilisateur pour communiquer des renseignements au médecin de famille.

Par ailleurs, on observe une proportion de suivis plus importante chez les usagers lorsqu'il y a une inscription auprès d'un médecin non affilié à un GMF, plutôt qu'auprès d'un médecin en GMF.

Deuxièmement, l'augmentation de la proportion des suivis médicaux à la suite d'une hospitalisation de courte durée durant la pandémie pourrait s'expliquer, en partie, par une diminution plus importante du nombre total d'hospitalisations de courte durée, comparativement à la diminution du nombre d'hospitalisations de courte durée suivies par une consultation médicale pendant la même période.

Troisièmement, selon les experts, la disponibilité des ressources locales varie selon les RSS, notamment celle des gestionnaires de cas, des personnes responsables de la coordination des soins et services, des infirmiers ou des travailleurs sociaux impliqués dans la planification du congé hospitalier vers la communauté pour ces usagers [Prusaczyk *et al.*, 2020; Lakhan *et al.*, 2013]. La disponibilité de ces ressources pourrait contribuer à répondre à certains besoins qui ne requièrent pas une consultation auprès d'un médecin. Également, les RSS auraient progressé à un rythme différent dans l'implantation de la phase 3 du Plan ministériel sur les TNCM.

Rappelons aussi que les contextes régionaux singuliers, comme ceux de la Côte-Nord, doivent être considérés dans l'interprétation des résultats. En effet, étant donné le peu d'hospitalisations de courte durée dans ce secteur, les proportions sont particulièrement sensibles aux variations et doivent donc être interprétées avec précaution.

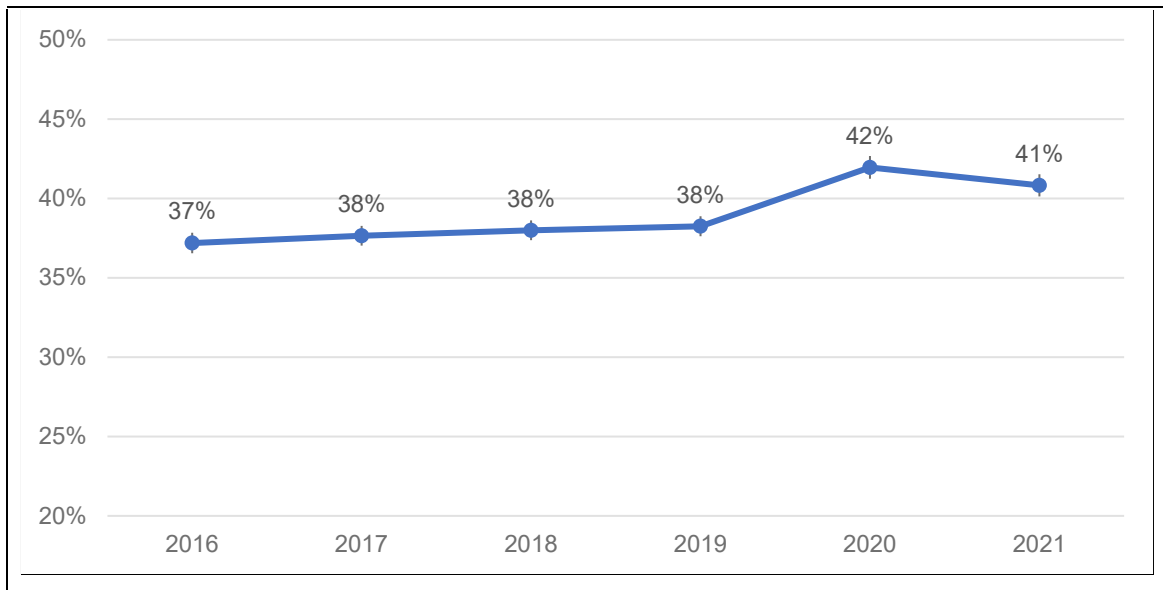
Enfin, ces données devraient être examinées parallèlement avec celles sur les suivis par un service professionnel en mission CLSC réalisés à la suite d'une hospitalisation de courte durée.

4.3.2.2.2 Suivis par un service professionnel en mission CLSC à la suite d'une hospitalisation de courte durée

Cet indicateur renseigne sur la proportion des hospitalisations de courte durée pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC dans les trois jours suivant le congé hospitalier. Les services professionnels concernent les actes qui se rapportent à des services dispensés par un professionnel de la santé en mission CLSC (soit services psychosociaux, soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, nutrition, ou inhalothérapie), à distinguer de l'indicateur concernant tous les services en mission CLSC. En raison de la nature des TNCM, de l'évolution des besoins et de la zone de fragilité que représente le congé de l'hôpital (Institut canadien d'information sur la santé, 2015), les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec ce diagnostic ont souvent besoin d'un suivi précoce par un service professionnel en mission CLSC à la suite d'un congé hospitalier, notamment par les services de SAD. Bien que le profil de ces personnes pour lesquelles un suivi dans les trois jours suivant le congé serait le plus pertinent n'ait pas été clairement défini par les experts, rappelons que les services en mission CLSC sont souvent destinés à des personnes ayant des besoins complexes et dont la perte d'autonomie est très avancée ([section 4.2.2](#) – Services en mission CLSC).

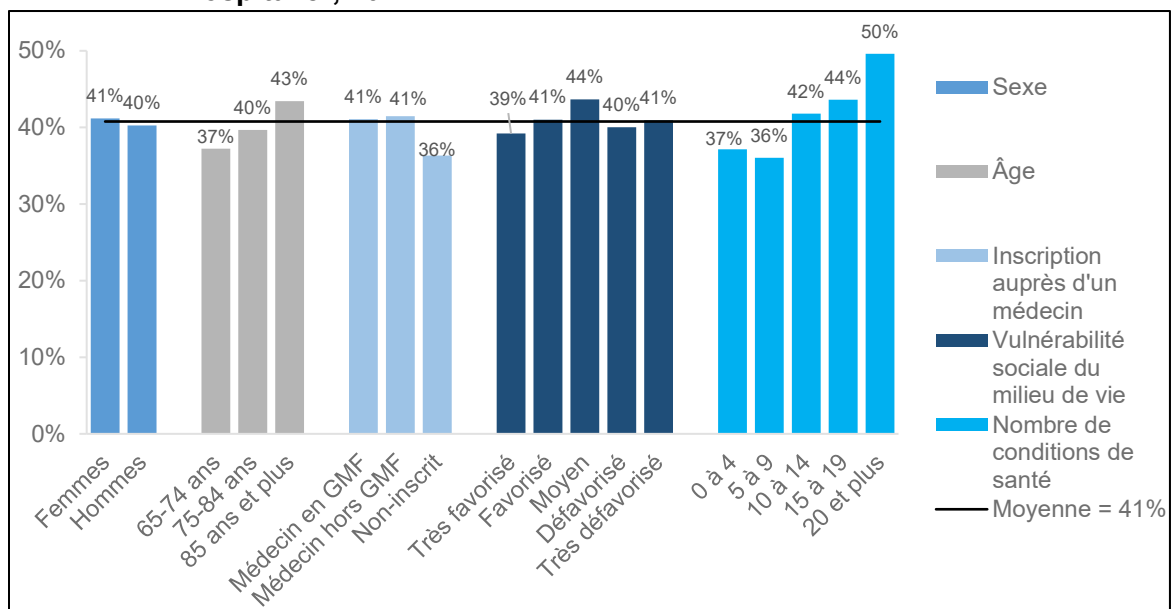
En 2021, 41 % des hospitalisations de courte durée chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont été suivies d'un service professionnel en mission CLSC dans les trois jours suivant le congé hospitalier ([Figure 30, Annexe C](#)). Cette proportion a connu une légère augmentation pendant la pandémie. Elle augmente légèrement avec l'âge et le nombre de conditions de santé, et elle est plus élevée chez les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille, affilié ou non à un GMF ([Figure 31](#)). Enfin, cet indicateur varie selon les régions, allant de 35 % à 68 % ([Figure 32](#)).

Figure 30 Proportion* des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours suivant le congé hospitalier, 2016-2021



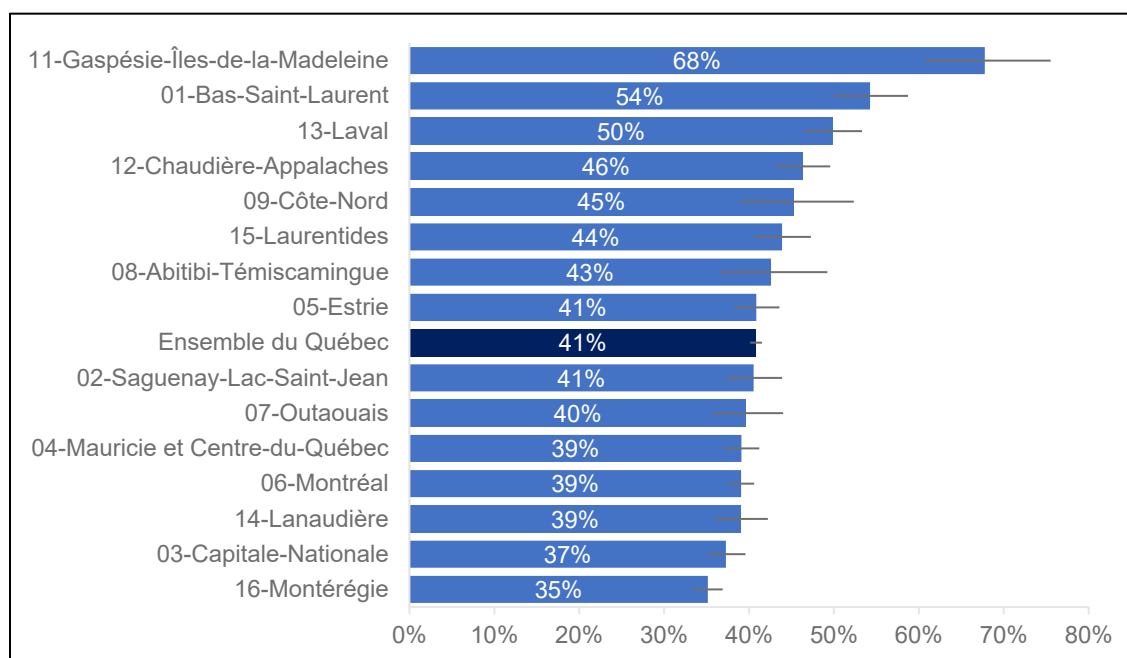
*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

Figure 31 Parmi les hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, catégorisées selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin de famille, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, proportion pour laquelle il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours suivant le congé hospitalier, 2021



La ligne horizontale représente la valeur de l'indicateur pour l'ensemble du Québec.

Figure 32 Proportion* des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours suivant le congé hospitalier, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

L'augmentation de la proportion des suivis en mission CLSC à la suite d'une hospitalisation de courte durée durant la pandémie est à interpréter avec prudence. Ainsi, bien que cette proportion augmente, son nombre absolu diminue pour la même période. En fait, on observe une diminution du nombre d'hospitalisations de courte durée plus importante que la diminution du nombre de suivis par un service professionnel en mission CLSC dans les trois jours suivant une hospitalisation de courte durée pour la même période. Comme il a été mentionné précédemment, les experts consultés rappellent que pendant la pandémie de COVID-19, les personnes les plus âgées ont été encouragées à éviter les établissements de santé, ce qui expliquerait la baisse du nombre total d'hospitalisations de courte durée. Ils émettent l'hypothèse que les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM seront peut-être amenées à être davantage hospitalisées dans le futur.

Les différences régionales sont également à considérer avec précaution puisque certaines régions connaissent un faible nombre d'hospitalisations de courte durée. Compte tenu du faible nombre d'hospitalisations de courte durée, les proportions de suivis sont particulièrement sensibles aux variations et doivent être interprétées avec prudence.

Les variations dans les proportions de suivis en mission CLSC à la suite d'une hospitalisation de courte durée, selon les caractéristiques des usagers, sont à mettre en parallèle avec leur utilisation des services en mission CLSC. L'augmentation des suivis avec l'âge et le nombre de conditions de santé correspondrait donc aux chiffres obtenus pour l'accès et l'utilisation des services en mission CLSC. Ce constat concorde avec l'avis de certains experts, qui précisent que les personnes connues des CLSC, souvent les personnes les plus fragiles, obtiendraient possiblement un suivi plus rapide en mission CLSC.

Faits saillants –Suivis après une hospitalisation de courte durée

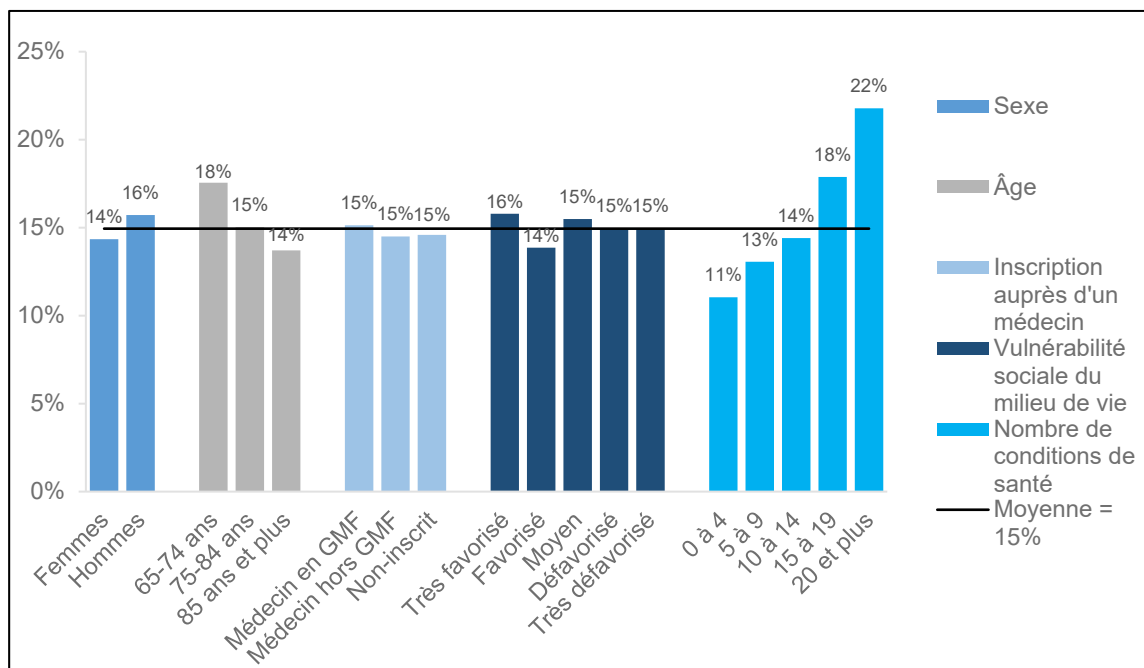
- En 2021, 19 % des hospitalisations de courte durée de personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM étaient suivies d'une visite médicale dans les 14 jours suivant le congé hospitalier. Ces visites médicales sont beaucoup plus fréquentes pour les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille.
- En 2021, 41 % des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont été suivies d'un service professionnel en mission CLSC dans les trois jours suivant le congé hospitalier.
- La continuité des soins et services à la suite d'une hospitalisation de courte durée semble être parfois compromise par des problématiques liées à la communication, au transfert d'informations et à la disponibilité des ressources.

4.3.2.3 Réadmissions hospitalières

Les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM présentent un risque plus élevé de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé hospitalier, par rapport aux personnes de 65 ans et plus sans TNCM [Sakata *et al.*, 2018].

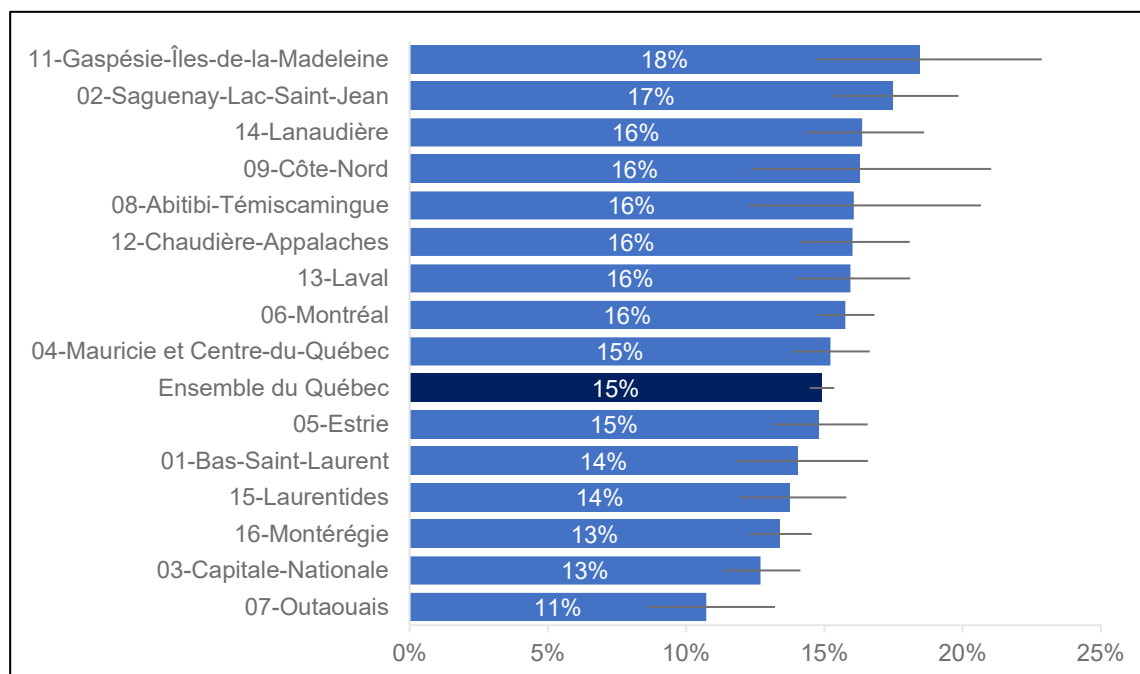
L'analyse des données recueillies pour l'ensemble du Québec montre qu'en 2021, 15 % des hospitalisations de courte durée ont été suivies d'une réadmission dans les 30 jours suivant le congé hospitalier ([Annexe C](#)). Cette proportion ne varie pas selon le sexe, la vulnérabilité sociale du milieu de vie ou l'inscription auprès d'un médecin de famille, mais elle est plus élevée chez les personnes âgées de 65 à 74 ans ([Figure 33](#)). En revanche, elle augmente selon le nombre de condition de santé ([Figure 33](#)) et varie selon les RSS, mais de façon moins marquée que pour les autres indicateurs, allant de 11 % à 18 % ([Figure 34](#)).

Figure 33 Parmi les hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, catégorisées selon le sexe, l'âge, l'inscription auprès d'un médecin de famille, le niveau de vulnérabilité sociale du milieu de vie et le nombre de conditions de santé, proportion pour laquelle il y a eu une réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé hospitalier, 2021



La ligne horizontale représente la valeur de l'indicateur pour l'ensemble du Québec.

Figure 34 Proportion* des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu une réadmission hospitalière dans les 30 jours suivant le congé hospitalier, selon les RSS, 2021



*Données ajustées pour l'âge et le sexe.

La proportion de réadmissions hospitalières pour les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, au Québec (15 %), est supérieure à celles rapportées pour le Royaume-Uni (10,3 %) [Fogg *et al.*, 2019] et le Japon (8,3 %) [Ma *et al.*, 2019; Lehmann *et al.*, 2018], et légèrement inférieure à celles notées aux États-Unis (16 % à 23 %) [Alzheimer's Association, 2023; Ouslander *et al.*, 2020; Daiello *et al.*, 2014]. Des proportions variant entre 7 % et 35 % ont été relevées ailleurs dans le monde [Lehmann *et al.*, 2018; Daiello *et al.*, 2014]. Des études indiquent que le risque de réadmission hospitalière dans les 30 jours suivant le congé, pour les aînés vivant avec un diagnostic de TNCM, est plus élevé chez les hommes que chez les femmes [Hung, 2018; Lehmann *et al.*, 2018; Daiello *et al.*, 2014]. La littérature rapporte également que le risque dépend du statut d'inscription auprès d'un médecin de famille [Ouslander *et al.*, 2020]. Cela n'est pas confirmé par les données de ce portrait portant sur le Québec. Enfin, l'augmentation des réadmissions hospitalières selon le nombre de conditions de santé est conforme à ce que rapporte la littérature [Daiello *et al.*, 2014].

Une part des réadmissions hospitalières seraient probablement évitables. Les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont particulièrement recours à plusieurs médicaments, dont les antipsychotiques pour la gestion de certains comportements. Selon la littérature, ces usagers [Anderson et Birge, 2016] et les personnes gérant elles-mêmes leurs médicaments [Anderson et Birge, 2016] présentent un risque élevé de réadmission évitable. Plus généralement, les réadmissions hospitalières sont associées à certains facteurs de risque, tels que la présence de plusieurs conditions de santé, comme c'est le cas au Québec ([Figure 33](#)), un grand nombre d'admissions à l'hôpital au cours de l'année précédente, des hospitalisations initiales pour un trouble cardiaque ou une maladie pulmonaire obstructive chronique, la sévérité du TNCM, ou encore des besoins de services de SAD pour réaliser les activités de la vie quotidienne [Lehmann *et al.*, 2018; Lin *et al.*, 2017; Daiello *et al.*, 2014]. Ainsi, la proportion des réadmissions hospitalières pourrait témoigner d'une certaine discontinuité de soins et services, notamment en lien avec la capacité de ces personnes de réaliser leurs visites de première ligne auprès de leur médecin de famille lui-même (voir [section 4.2.1. 2](#) - Continuité relationnelle personnelle). Un bon accès à son médecin de famille réduirait les réadmissions hospitalières évitables chez cette population [Godard-Sebillotte *et al.*, 2021; Lamantia *et al.*, 2016].

L'interprétation des variations entre les RSS invite à la prudence. Certains usagers pourraient recevoir des services dans d'autres régions frontalières. Ceux de la région de l'Outaouais, par exemple, pourraient fréquenter des établissements ontariens.

Faits saillants – Réadmissions hospitalières

- En 2021, 15 % des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont été suivies d'une réadmission hospitalière dans les 30 jours suivant le congé.
- Une part des réadmissions hospitalières des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM seraient évitables. Une attention particulière devrait être portée aux personnes ayant une thérapie médicamenteuse complexe ou de multiples conditions de santé.
- La capacité des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM de réaliser leurs visites de première ligne auprès de leur médecin de famille représenterait un facteur prédominant de réadmission hospitalière évitable.

DISCUSSION

Les transitions de soins et services pour les aînés vivant avec un diagnostic de TNCM demeurent un enjeu important dans le réseau de la santé et des services sociaux. En raison de leurs besoins chroniques, complexes et évolutifs, ces aînés ont davantage recours aux soins et services que les autres personnes du même groupe d'âge [Hirschman et Hodgson, 2018]. Ils sont aussi confrontés à de nombreuses transitions dans leur parcours de soins et services. Ces transitions les exposent à des fragilités, qui ont conduit le MSSS à établir des orientations visant à améliorer le continuum de soins et services qui leur sont offerts [MSSS, 2021a].

Dans ce cadre, un portrait des transitions et du parcours de soins et services des aînés vivant dans la communauté québécoise avec un diagnostic de TNCM a été réalisé à partir de l'analyse rétrospective des données clinico-administratives issues de la RAMQ et du MSSS pour la période de 2016 à 2021. Ce portrait est construit autour de 15 indicateurs. De plus, des consultations d'experts et une revue de la littérature ont été effectuées, de manière à dégager certaines explications ou hypothèses concernant les résultats des indicateurs. Ultimement, les indicateurs permettent de soutenir la réflexion des parties prenantes, idéalement à un palier local, sur les besoins des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM et l'organisation des services pour y répondre.

Le Guide de pratique en transition de soins et services pour les personnes vivant avec un diagnostic de TNCM, en cours de rédaction par l'INESSS, proposera des pratiques à ces égards, notamment en lien avec la coordination et la continuité des soins et services, pour assurer un meilleur accompagnement clinique de l'utilisateur et de ses PPA. Ce guide, associé aux indicateurs du présent portrait, pourra soutenir la réflexion axée sur une perspective d'amélioration continue des pratiques [INESSS, 2024].

Principaux constats

Différences régionales

On note des variations inter-régionales pour l'ensemble des indicateurs, qui peuvent s'expliquer entre autres par des différences quant aux caractéristiques et aux besoins de la population visée et certaines spécificités régionales, telles que le fait d'être une région frontalière ou la distance à parcourir pour recevoir des services. Il est aussi possible que certaines variations indiquent que des pratiques peuvent être améliorées pour assurer un meilleur accompagnement clinique des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM, notamment au cours des transitions. Les résultats des indicateurs, qui sont présentés pour chaque région à l'[annexe D](#), peuvent soutenir la réflexion au sujet de l'organisation des services, l'allocation et la disponibilité des ressources ainsi que de l'implantation de bonnes pratiques, comme le processus clinique interdisciplinaire décrit dans les orientations ministérielles en matière de TNCM.

Influence de la pandémie de COVID-19

L'interprétation actuelle des données doit tenir compte de l'influence de la pandémie de COVID-19 à la fois sur l'offre, la disponibilité et l'utilisation des ressources ainsi que des soins et services. Pendant la pandémie, les services auraient été considérablement réorganisés, et certains usagers ont changé leur façon de les utiliser. Les experts consultés avancent que la couverture médiatique des pénuries de personnel et de l'engorgement du réseau de la santé et des services sociaux pousserait encore de nombreuses personnes à éviter les consultations ou les visites à l'urgence, au profit d'autres services, tels que le 811. Enfin, la pandémie aurait engendré certains changements dans la culture de soins, qui, selon les experts, gagneraient à se pérenniser, notamment les alternatives à l'urgence et à l'hospitalisation de courte durée.

Indicateurs soulignant des pratiques à poursuivre

Selon une analyse globale, plusieurs résultats d'indicateurs témoignent de la présence de bonnes pratiques dans le réseau de la santé et des services sociaux. On note ainsi une grande continuité relationnelle quant aux services de médecine de famille et un bon accès au médecin de famille. De même, les résultats montrent que les trois quarts des aînés vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM sont connus des services en mission CLSC. L'utilisation de ce type de services en fonction de certaines caractéristiques indique une priorisation des personnes les plus âgées, de celles vivant dans des milieux plus vulnérables socialement ou ayant plusieurs conditions de santé, ce qui correspond aux critères de priorisation en mission CLSC [MSSS, 2020b].

Indicateurs incitant à la réflexion sur les pratiques

Malgré certains résultats d'indicateurs positifs, des zones de fragilité demeurent. Il importe que dans les démarches d'amélioration continue, on porte notamment attention aux pratiques de suivi en SAD et en médecine de famille après une visite à l'urgence et après une hospitalisation de courte durée, en fonction des besoins des usagers vivant avec un diagnostic de TNCM. Les processus de transmission de l'information clinique des hôpitaux vers les services en mission CLSC ou vers les médecins de famille seraient également à examiner.

Une prise en charge plus tôt dans l'évolution de la maladie, des évaluations en mission CLSC en temps opportun, l'élargissement et le transfert des responsabilités vers d'autres professionnels qualifiés, tels que les IPS-PL, infirmiers ou travailleurs sociaux, semblent être des pistes prometteuses à explorer pour mieux répondre aux besoins des aînés dans des délais appropriés. Le déploiement de personnes qui assurent un rôle de coordination des soins et services pourrait optimiser les transitions nécessaires et prévenir celles qui sont évitables, telles que les visites à l'urgence non prioritaires et les réadmissions hospitalières évitables.

Limites et forces du portrait

Limites

Les données dans les systèmes d'information clinique et administrative ne sont pas conçues et colligées à des fins de recherche et d'évaluation. On y trouve ainsi une certaine hétérogénéité, notamment dans le cas de l'I-CLSC, puisqu'il a été construit initialement avec beaucoup de latitude pour s'ajuster aux différences locales [Direction générale des aînés et des proches aidants, 2022]. De plus, le recours aux banques de données ne permet pas de renseigner sur tous les aspects des transitions de soins et services, ni de juger de la pertinence du service reçu ou non reçu. Enfin, bien que l'importance de la perception des usagers et de leurs PPA lors des transitions et dans le parcours de soins et services soit reconnue [MSSS, 2021a; Schick-Makaroff *et al.*, 2021], les données disponibles ne mettent pas en lumière les résultats ou les expériences du point de vue des usagers (*patient reported outcomes measures*, PROM, ou *patient reported experience measures*, PREM).

Les consultations d'experts ont aussi révélé que les partenaires privés et communautaires du réseau public de la santé et des services sociaux s'impliquent de façon significative dans les suivis réalisés dans la communauté. Or, les services offerts par les pharmacies communautaires ou par les ressources communautaires, tels que les services des Sociétés Alzheimer ou les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉ SAD) ne sont pas pris en compte dans ce portrait, alors qu'ils représentent des ressources auxquelles les personnes en perte d'autonomie ont fréquemment recours. De même, les services offerts par les travailleurs sociaux et les pharmaciens ou par les autres professionnels de GMF ne sont pas présentés dans ce portrait, bien que leur rôle soit essentiel pour faciliter les transitions des aînés vivant avec un diagnostic de TNCM dans la communauté. Sont aussi exclus du portrait les soins et services reçus hors du régime public d'assurance maladie du Québec.

Par ailleurs, les consultations d'experts comportent des limites inhérentes aux groupes de discussion [Baribeau, 2010]. Une attention particulière a donc été portée à la diversité des profils des participants.

Dans le contexte de la revue sommaire de la littérature réalisée pour ce portrait, aucune évaluation de la qualité scientifique n'a été réalisée. Toutefois, des revues avec révision par les pairs ainsi que des sources de littérature grise gouvernementale ou d'organisations reconnues ont été privilégiées.

Forces

L'exploration des banques de données clinico-administratives (BDCA) a permis de présenter des données récentes concernant la quasi-totalité des aînés vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM à travers le Québec. Ces données ont aussi permis de décrire l'évolution des différents indicateurs sur plusieurs années.

Les consultations d'experts ont permis de contextualiser les données des BDCA et d'émettre des hypothèses pour expliquer certaines variations. De plus, la participation de PPA lors des consultations a permis d'explorer les éléments en lien avec les mesures de résultats et d'expériences déclarées par les usagers. De même, bien que les raisons cliniques justifiant des transitions ne soient pas documentées dans les BDCA, elles ont été explorées par le biais des consultations d'experts.

En somme, la consultation d'une variété d'experts associée à une revue de la littérature scientifique et grise ont permis d'interpréter les chiffres extraits des BDCA, afin de dégager des hypothèses d'explication des résultats des indicateurs et de donner place à la pratique réflexive qui peut en découler.

CONCLUSION

Les TNCM entraînent des besoins importants en matière de ressources dans le système de santé et de services sociaux. La multiplicité des services, des intervenants et des organismes sollicités pour répondre aux besoins des aînés qui en ont le diagnostic donne lieu à plusieurs transitions de soins et services dans leur parcours, d'où l'importance de porter une attention particulière aux zones de fragilité qui en résultent. Dans une perspective de pratique réflexive pour l'amélioration continue des soins et services auprès de cette population, des indicateurs ont été construits en collaboration avec les milieux concernés.

Ce rapport présente un portrait des transitions de soins et services et du parcours des aînés vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM. Les données clinico-administratives complétées par celles issues de la littérature et des consultations d'experts soulignent la mise en place de plusieurs bonnes pratiques en transition, mais aussi des possibilités d'amélioration.

En effet, les résultats de ce portrait provincial peuvent être utiles pour identifier des éléments d'amélioration à l'échelle locale. Avec le guide de pratique en cours d'élaboration, ils invitent à une pratique réflexive pour mieux répondre aux besoins des aînés vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM, prévenir les hospitalisations de courte durée évitables, empêcher la dégradation de leur condition et ainsi favoriser leur maintien à domicile le plus longtemps possible, lorsque cela est souhaité.

RÉFÉRENCES

- Aaltonen, M, Rissanen P, Forma L, Raitanen J, Jylha M. The impact of dementia on care transitions during the last two years of life. *Age & Ageing* 2012;41(1):52-7.
- ASPC. La démence au Canada, y compris la maladie d'Alzheimer. Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé; 2017. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/demence-faits-saillants-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques.html>.
- Alzheimer's Association. 2023 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2023;19(4):1598-695.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5e éd. Arlington, VA : American Psychiatric Association; 2016.
- Anderson, RE et Birge SJ. Cognitive Dysfunction, Medication Management, and the Risk of Readmission in Hospital Inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society* 2016;64(7):1464-8.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Hospital care for people with dementia 2016–17. Cat no AGE 94. Canberra : AIHW; 2019. Disponible à : <https://www.aihw.gov.au/getmedia/34d3dd23-56be-4809-b61f-62b7697b9dc4/aihw-age-94.pdf?v=20230605142940&inline=true>.
- Baribeau, C et Germain M. L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives* 2010;29(1):28–49.
- Bullard, MJ, Musgrave E, Warren D, Unger B, Skeldon T, Grierson R , *et al.* Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. *CJEM* 2017;19(S2):S18-S27. 28756800
- Callahan, CM, Arling G, Tu W, Rosenman MB, Counsell SR, Stump TE, Hendrie HC. Transitions in care for older adults with and without dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60(5):813-20.
- Coleman, EA. Falling Through the Cracks: Challenges and Opportunities for Improving Transitional Care for Persons with Continuous Complex Care Needs. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003;51(4):549-55.
- Coleman, EA et Min SJ. Patients' and Family Caregivers' Goals for Care During Transitions Out of the Hospital. *Home Health Care Services Quarterly* 2015;34(3-4):173-84.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Bien vieillir chez soi - Tome 2: chiffrer la performance. Québec, Qc : Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE); 2023a. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Rapportpreliminaire_SAD/CSB_E-Tome2_Rapport_Preliminaire_SoutienDomicile.pdf.

- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Bien vieillir chez soi tome 1 : Comprendre l'écosystème. Québec, Qc : Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE); 2023b. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Rapportpreliminaire_SAD/CSB_E-Rapport_Preliminaire_SoutienDomicile_V2.pdf.
- Daiello, LA, Gardner R, Epstein-Lubow G, Butterfield K, Gravenstein S. Association of dementia with early rehospitalization among Medicare beneficiaries. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2014;59(1):162-8.
- Delgado, J, Jones L, Bradley MC, Allan LM, Ballard C, Clare L , *et al.* Potentially inappropriate prescribing in dementia, multi-morbidity and incidence of adverse health outcomes. *Age and Ageing* 2021;50(2):457-64.
- Direction générale des aînés et des proches aidants. Cadre normatif, système d'information sur la clientèle et les services des clsc (i-clsc). Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2022. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-855-01W.pdf>.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Taux d'assiduité. FMOQ; 2023. Disponible à : <https://guide-pratique.fmoq.org/lexique/taux-dassiduit%C3%A9/#:~:text=Un%20taux%20d'assiduit%C3%A9%20se,complet%20du%20budget%20de%20fonctionnement>. (consulté le 11 octobre 2023).
- Fogg, C, Meredith P, Culliford D, Bridges J, Spice C, Griffiths P. Cognitive impairment is independently associated with mortality, extended hospital stays and early readmission of older people with emergency hospital admissions: A retrospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 2019;96:1-8.
- Ghandour, EK, Archambault P, Morin M, Vedel IM, Archambault Me, Benigeri M , *et al.* Sélection d'indicateurs de performance pour une pratique réflexive autour des transitions des soins des aînés avec des besoins complexes: démarche et résultats. A COVID informed vision for the future of Healthcare and Health Services and Policy Research Virtually CAHSPR 2020 : Canadian Association for Health Services and Policy Research (CAHSPR) 2020.
- Godard-Sebillotte, C, Strumpf E, Sourial N, Rochette L, Pelletier E, Vedel I. Primary care continuity and potentially avoidable hospitalization in persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 2021;69(5):1208-20.
- Gouvernement du Québec. Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique (GMF-A et GMF-R). Québec, Ac : Gouvernement du Québec; 2023. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique> (consulté le 11 octobre 2023).
- Growdon, ME, Gan S, Yaffe K, Steinman MA. Polypharmacy among older adults with dementia compared with those without dementia in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society* 2021;69(9):2464-75.

- Guilcher, SJT, Bronskill SE, Guan J, Wodchis WP. Who Are the High-Cost Users? A Method for Person-Centred Attribution of Health Care Spending. *PLOS ONE* 2016;11(3):e0149179.
- Hirschman, KB et Hodgson NA. Evidence-Based Interventions for Transitions in Care for Individuals Living With Dementia. *Gerontologist* 2018;58(suppl_1):S129-S40.
- Huang, M-H, Tsai C-F, Cheng C-M, Lin Y-S, Lee W-J, Kuo Y-S , *et al.* Predictors of emergency department visit among people with dementia in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2022;101:104701.
- Hung, WW. Bundled Hospital-at-Home and Transitional Care Program Is Associated with Reduced Rate of Hospital Readmission. *Journal of Clinical Outcomes Management* 2018;25(10):448-50.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Gouvernement du Québec; 2017. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Avis_antipsychotiques.pdf.
- Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS). Suivi du médecin après la sortie de l'hôpital : progrès dans l'adoption de pratiques exemplaires. Institut Canadien d'information sur la santé; 2015. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/Physician-Follow-Up-Study-mar2015_FR.pdf.
- Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS). Les conséquences de la démence pour les Canadiens. ICIS; 2023. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/les-consequences-de-la-demence-pour-les-canadiens> (consulté le 11 octobre 2023).
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Méthodologie de regroupement de la population: évaluation des incidences sur la vie privée. Ottawa : ICIS; 2022.
- Institut de la statistique du Québec. Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille. 2023. Disponible à : https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Évaluation du continuum de soins et services aux aînés : Perspectives pour l'évolution de la mesure. Rapport rédigé par Michèle Archambault, Bernard Candas, Maria Fortino et Marie-Hélène Raymond. Québec , Qc : INESSS; 2019. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Evaluation_continuum_aines.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs. Québec, Qc : INESSS; 2015. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS-Rapport_reperage_processus_diagnostic_MA_TNC.pdf.

- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016. 2020. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2679_portrait_polypharmacie_aines_quebecois.pdf (consulté le 2023-08-16).
- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). La santé cognitive des personnes âgées: pourquoi et comment la préserver? Direction du développement des individus et des communautés Gouvernement du Québec; 2021. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2786-sante-cognitive-personnes-aiees.pdf>.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Surveillance des troubles neurocognitifs majeurs : prévalence, incidence, utilisation des services hospitaliers et des médicaments de 2000 à 2019. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2023a. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3403#:~:text=Les%20personnes%20ayant%20re%C3%A7u%20un%20diagnostic%20de%20trouble%20neurocognitif%20majeur,constante%20de%202000%20%C3%A0%202019>.
- Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Indice de défavorisation matérielle et sociale. Institut national de santé publique du Québec 2023b (consulté le 01 avril 2023).
- Jones, A, Maclagan LC, Watt JA, Schull MJ, Jaakkimainen L, Swayze S , *et al.* Reasons for repeated emergency department visits among community-dwelling older adults with dementia in Ontario, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society* 2022;70(6):1745-53.
- Kristensen, RU, Nørgaard A, Jensen-Dahm C, Gasse C, Wimberley T, Waldemar G. Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication in People with Dementia: A Nationwide Study. *Journal of Alzheimer's disease: JAD* 2018;63(1):383-94.
- Lakhan, P, Jones M, Wilson A, Gray LC. The Higher Care At Discharge Index (HCDI): identifying older patients at risk of requiring a higher level of care at discharge. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 2013;57(2):184-91.
- Lamantia, MA, Stump TE, Messina FC, Miller DK, Callahan CM. Emergency Department Use Among Older Adults With Dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2016;30(1):35-40.
- Lees Haggerty, K, Epstein-Lubow G, Spragens LH, Stoeckle RJ, Evertson LC, Jennings LA, Reuben DB. Recommendations to Improve Payment Policies for Comprehensive Dementia Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 2020;68(11):2478-85.
- Lehmann, J, Michalowsky B, Kaczynski A, Thyrian JR, Schenk NS, Esser A , *et al.* The impact of hospitalization on readmission, institutionalization, and mortality of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease* 2018;64(3):735-49.

- Lin, PJ, Zhong Y, Fillit HM, Cohen JT, Neumann PJ. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions and unplanned readmissions among Medicare beneficiaries with Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia* 2017;13(10):1174-8.
- Ma, C, Bao S, Dull P, Wu B, Yu F. Hospital readmission in persons with dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2019;34(8):1170-84.
- Maltais, A. Polypharmacie et pratiques de prescription de médicaments psychotropes et anticholinergiques chez les aînés québécois vivant en communauté et ayant reçu un diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble neurocognitif majeur entre 2015 et 2018. Québec, Qc : Université Laval; 2022;Maîtrise en épidémiologie.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 1.03.14 - Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14. Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux Gouvernement du Québec; 2020a. Disponible à : <https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000195/?&date=DESC>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Grille de priorisation multiclientèle en clsc. Québec, Qc 2020 :b. Disponible à : https://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss-cotenord/Soins_services/Services_sociaux_generaux_guichets_d_acces_/Grille_priorisation_CLSC_nov_2020_MSSS.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs phase 3. Gouvernement du Québec; 2021a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-829-01W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Gestion clinique de l'épisode de soins Évaluation complète - Triage. 2021b. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-sante-mentale/gestion-clinique-de-l-episode-de-soins/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide sommaire de réorganisation et de délestage des activités selon les niveaux d'alerte des établissements – DGPPFC. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2021c.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 - Pour le mieux-être des personnes hébergées. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2022. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). actualisation de la politique de soutien à domicile «chez soi : Le premier choix». Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2023a.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 1.03.18 - Pourcentage des usagers actifs recevant des services de soutien à domicile longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP, DI-TSA et santé physique (maladies chroniques)) à une date déterminée. Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux (MSSS), Gouvernement du Québec; 2023b. Disponible à : <https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000197/?&date=DESC> (consulté le 11 octobre 2023).
- Mondor, L, Maxwell CJ, Hogan DB, Bronskill SE, Gruneir A, Lane NE, Wodchis WP. Multimorbidity and healthcare utilization among home care clients with dementia in Ontario, Canada: A retrospective analysis of a population-based cohort. PLOS Medicine 2017;14(3):e1002249.
- O'Brien, I, Smuts K, Fan CW, O'Sullivan M, Warters A. High prevalence of dementia among community dwelling older adults in receipt of state funded home care packages: implications for health care planning. Irish Journal of Psychological Medicine 2019;36(2):139-44.
- Ordre des pharmaciens du Québec. Surveillance de la thérapie médicamenteuse en partenariat avec le patient. Ordre des pharmaciens du Québec; 2016 Disponible à : https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/03/807_38_fr-ca_0_id_surveillance_therapie_med-1.pdf (consulté le 17 octobre 2023).
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Qualité des soins de santé: un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Genève, CH : Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque mondiale; 2023. Disponible à : <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/62f287af-fr.pdf?expires=1698091569&id=id&accname=quest&checksum=9FEF7326EAA9C525B8D0928138ABC573>.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Démence. 2023. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=La%20d%C3%A9mence%20est%20actuellement%20la,de%20dollars%20des%20%C3%89tats%2DUnis>. (consulté le 17 octobre 2023).
- Ouslander, JG, Reyes B, Diaz S, Engstrom G. Thirty-Day Hospital Readmissions in a Care Transitions Program for High-Risk Older Adults. Journal of the American Geriatrics Society 2020;68(6):1307-12.
- Parke, B, Hunter KF, Strain LA, Marck PB, Waugh EH, McClelland AJ. Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: a social ecological study. International Journal of Nursing Studies 2013;50(9):1206-18.
- Pomey, M-P, Menear M, Drouin C, Saba T, Roy D. Amélioration des soins et des services en première ligne pour la gestion des maladies chroniques : le programme COMPAS+ au Québec. Revue française des affaires sociales 2020;(1):325-35.

- Prusaczyk, B, Fabbre V, Morrow-Howell N, Proctor E. Understanding transitional care provided to older adults with and without dementia: A mixed methods study. *International Journal of Care Coordination* 2020;23(1):14-23.
- Sakata, N, Okumura Y, Fushimi K, Nakanishi M, Ogawa A. Dementia and Risk of 30-Day Readmission in Older Adults After Discharge from Acute Care Hospitals. *Journal of the American Geriatrics Society* 2018;66(5):871-8.
- Santé publique France. Maladie d'Alzheimer et autres démences. 2022. Disponible à : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>.
- Schick-Makaroff, K, Karimi-Dehkordi M, Cuthbertson L, Dixon D, Cohen SR, Hilliard N, Sawatzky R. Using Patient- and Family-Reported Outcome and Experience Measures Across Transitions of Care for Frail Older Adults Living at Home: A Meta-Narrative Synthesis. *Gerontologist* 2021;61(3):e23-e38.
- Société Alzheimer Canada. Prévalence et coûts financiers des maladies cognitives au Canada. Société Alzheimer du Canada. Groupe d'experts sur la santé de la population. Toronto, ON : Société Alzheimer; 2016. Disponible à : https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Prevalence-et-couts-financiers-des-maladies-cognitives-au-Canada_Societe-Alzheimer-Canada.pdf.
- Société Alzheimer Canada. Etude Marquante rapport 1 Les troubles neurocognitifs au Canada : quelle direction à l'avenir? Toronto, ON : Société Alzheimer Canada; 2022. Disponible à : https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Etude-Marquante-rapport-1_Societe-Alzheimer-Canada.pdf.
- Sourial, N, Schuster T, Bronskill SE, Godard-Sebillotte C, Etches J, Vedel I. Interprofessional Primary Care and Acute Care Hospital Use by People With Dementia: A Population-Based Study. *Annals of Family Medicine* 2022;20(6):512-8.
- Statistique Canada. Recensement de la population de 2016 - Produits de données. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2017. Disponible à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/index-fra.cfm>.
- Tropea, J, LoGiudice D, Liew D, Gorelik A, Brand C. Poorer outcomes and greater healthcare costs for hospitalised older people with dementia and delirium: a retrospective cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2017;32(5):539-47.
- Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale. Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs, Audit de performance. Montréal, Qc : Ministère de la santé et des services sociaux; 2020. Disponible à : https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf.
- Weir, DL, Lee TC, McDonald EG, Motulsky A, Abrahamowicz M, Morgan S, *et al.* Both New and Chronic Potentially Inappropriate Medications Continued at Hospital Discharge Are Associated With Increased Risk of Adverse Events. *Journal of the American Geriatrics Society* 2020;68(6):1184-92.

ANNEXE A

Méthodologie détaillée

La méthodologie appliquée respecte l'énoncé de principes et les normes de qualité de l'INESSS.

MÉTHODES DE SYNTHÈSE DES DONNÉES CLINICO-ADMINISTRATIVES

Repérage des variables disponibles

Les indicateurs retenus pour ce rapport ont été développés dans le cadre des travaux du projet CoMPAS+ TNCM avec l'appui de plusieurs experts. Les indicateurs ont été calculés pour toutes les personnes vivant avec un diagnostic de TNCM, inscrites ou non à un médecin de famille afin de refléter l'utilisation des services de toute la population. Aucune analyse de priorisation additionnelle des indicateurs présents dans la littérature n'a été effectuée. Il convient toutefois de noter que ce portrait ne présente pas une liste exhaustive des indicateurs portant sur le parcours de soins et services des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM.

Sources de données

L'INESSS a accès aux données des BDCA conformément à l'entente portant sur la communication de renseignements nécessaires à la réalisation de l'étude et de l'évaluation faite en application de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux — entente tripartite entre le MSSS, l'INESSS et la RAMQ. L'ensemble des données employées ont été anonymisées.

Les banques de données utilisées dans ce projet sont les suivantes :

- Le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) fournit des données sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, date de décès, adresses, etc.);
- Le fichier d'inscription des professionnels (FIP) contient les caractéristiques des dispensateurs de services assurés de la RAMQ (spécialités des médecins, etc.);
- Le fichier des services pharmaceutiques (MED) de la RAMQ contient l'ensemble des renseignements relatifs aux services et aux médicaments que les personnes assurées ont reçus;
- Le fichier des services médicaux des médecins rémunérés à l'acte (SMOD) de la RAMQ contient l'ensemble des services rémunérés à l'acte réalisés par les médecins;
- Le fichier d'inscription auprès des médecins de famille (GMF-GRL) est utilisé pour obtenir les informations sur la relation d'un médecin avec un GMF ainsi que sur les relations entre les usagers et leurs médecins de famille;

- Le fichier sur la maintenance et l'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) contient des renseignements entre autres sur les hospitalisations en soins de courte durée et sur les chirurgies d'un jour effectuées dans les centres hospitaliers du Québec;
- La banque de données communes des urgences (BDCU) contient les renseignements sur les épisodes de soins et services prodigués à une personne qui a fréquenté un service d'urgence d'un établissement de soins de santé du Québec;
- Les données du système d'information sur la clientèle et les services des CISSS (I-CLSC) contiennent l'ensemble des services réalisées dans les CLSC.

Population à l'étude

La population à l'étude est l'ensemble des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM et étant assurée par l'assurance maladie du Québec au moins un jour pendant l'année financière ciblée. Afin de n'inclure que les personnes vivant dans la communauté, les personnes ayant séjourné au moins un jour en CHSLD au cours de l'année financière ont été exclues. L'hébergement en CHSLD a été identifié avec un algorithme développé et validé par le Bureau des données clinico-administratives de l'INESSS. Les personnes vivant en résidence intermédiaire pour personne autonome ou évolutive ne sont pas exclues. Le calcul des indicateurs inclut tous les cas prévalents, y compris les personnes décédées au cours de l'année.

Pour être considérée comme vivant avec un diagnostic de TNCM, la personne doit être identifiée par un des trois critères ci-dessous :

- a. avoir un diagnostic principal ou secondaire d'un TNCM inscrit au fichier des hospitalisations (MedÉcho)
 - Codes CIM-9 : 046.1, 290, 294 et 331.0, 331.1, 331.5, 3312, 2912, 7979;
 - Codes CIM-10 : G30, G31, F00 à F03);
- b. avoir au moins trois diagnostics d'un TNCM séparés d'au moins 30 jours inscrits au fichier des services (SMOD) ou à la banque des données des urgences médicales (BDCU) à l'intérieur d'une période de deux ans;
- c. avoir une réclamation pour un médicament spécifique au TNCM dans le fichier des services pharmaceutiques (SMED).
 - Médicaments retenus : Donepezil, Rivastigmine, Galantamine, Memantine.

La date d'incidence retenue est la date du premier diagnostic ou de la première réclamation qui correspond à un des trois critères d'identification.

Extraction des variables descriptives des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM

Les données ont été extraites par un professionnel scientifique en gestion et analyse des données clinico-administratives, puis analysées et validées par un deuxième professionnel. La population à l'étude a été caractérisée grâce à des variables sociodémographiques et d'utilisation des services. Les variables ont été segmentées selon leur nature et leur contexte d'interprétation.

- **L'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.
- **Le sexe.** Les résultats sont ventilés selon le sexe renseigné dans le FIPA.
- **La région sociosanitaire de résidence.** La région sociosanitaire de résidence est identifiée comme l'adresse de la personne au 1^{er} avril de l'année financière. Le nombre et la proportion des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM sont présentés pour chacune des RSS, sauf pour les régions 10 (Nord-du-Québec), 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) en raison de la faible densité de la population.
- **L'indice de vulnérabilité sociale du milieu de vie.** L'indice de vulnérabilité sociale du milieu de vie est une mesure de la fragilité du réseau social, de la famille et l'isolement dans la communauté. C'est une variable « écologique » qui prend en compte la proportion des personnes vivant seules dans leur domicile, la proportion des personnes séparées, divorcées ou veuves, ainsi que la proportion des familles monoparentales parmi les familles avec enfants. Elle est construite à partir des aires de diffusion (l'unité géographique la plus petite) du recensement de 2016 de Statistique Canada [Statistique Canada, 2017]. L'indice de vulnérabilité sociale du milieu de vie diffère légèrement de l'indice de défavorisation sociale de l'INSPQ [INSPQ, 2023b] par la méthode de calcul. Il est présenté en cinq catégories : très favorisé, favorisé, moyennement favorisé/défavorisé, défavorisé et très défavorisé.
- **Le statut d'inscription à un médecin de famille.** L'inscription auprès du médecin de famille a été identifiée au 31 mars de chaque année financière ou à la date du décès des personnes décédées au cours de l'année. Trois catégories ont été identifiées : non inscrit auprès d'un médecin de famille, inscrit auprès d'un médecin de famille hors GMF, inscrit auprès d'un médecin de famille en GMF.
- **Nombre de conditions de santé.** Ce nombre a été calculé à l'aide de la méthode du *Grouper* de l'ICIS [ICIS, 2022]. Cette méthode attribue à chaque personne une valeur « oui/non » pour 226 maladies différentes, à partir des diagnostics inscrits dans les banques de données clinico-administratives dans les trois dernières années.

Description détaillée des indicateurs

Les indicateurs ont servi à brosser le portrait du parcours de soins et services pour les personnes vivant avec un diagnostic de TNCM. Les données sont présentées par année financière, commençant le 1^{er} avril et se terminant le 31 mars de l'année suivante. La période ciblée est donc du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2022.

- Description de la population ciblée

- **Incidence**

Proportion de personnes vivant nouvellement avec un diagnostic de TNCM parmi les personnes de 65 ans et plus à risque (c'est-à-dire qui n'ont jamais reçu de diagnostic de TNCM) et vivant dans la communauté.

- **Prévalence**

Proportion de personnes vivant avec un diagnostic de TNCM parmi l'ensemble des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté.

- **Prescription de 10 médicaments ou plus**

Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant reçu dans l'année au moins 10 médicaments différents remboursés par le régime public d'assurance-médicaments (RPAM) de la RAMQ.

- Transitions au sein de la première ligne

- **Services de médecine de famille**

- Continuité relationnelle avec les services de médecine de famille
 - Continuité relationnelle de lieu

Proportion des visites médicales en première ligne qui sont faites dans le GMF du médecin de famille, chez les personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM.

Les visites médicales en première ligne comprennent les visites effectuées auprès d'un médecin omnipraticien ou d'une IPS-PL. Cet indicateur est calculé uniquement pour les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille affilié à un GMF.

- Continuité relationnelle personnelle

Proportion des visites médicales en première ligne qui sont faites auprès de son médecin de famille, chez les personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM.

Les visites médicales en première ligne comprennent les visites effectuées auprès d'un médecin omnipraticien ou d'une IPS-PL. Cet indicateur est calculé uniquement pour les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille.

– **Services en mission CLSC**

- Tout service en mission CLSC

Proportion des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant reçu au moins un service en mission CLSC, incluant les services professionnels et les évaluations, quel que soit le lieu, la nature du service ou le type d'intervenant impliqué.

- Services professionnels en mission CLSC

Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant reçu au moins un service professionnel en mission CLSC.

Les services professionnels incluent les services psychosociaux, les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'inhalothérapie et la nutrition. Ces services professionnels sont identifiés à partir des centres d'activités associés aux services.

- Évaluations en mission CLSC

Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant reçu au moins une évaluation en mission CLSC.

Les évaluations comprennent celles réalisées avec l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), mais aussi d'autres examens ou réévaluations physiques ou psychosociaux (p. ex. évaluation médicale, évaluation psychologique, examen médical, évaluation en soins infirmiers, évaluation en physiothérapie, etc.).

- Transitions entre le centre hospitalier et la première ligne

– **Urgence**

- Visites à l'urgence

- Visites à l'urgence sans égard à leur niveau de priorité

Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant fait au moins deux visites à l'urgence dans l'année.

Toutes les visites ont été considérées peu importe le code de priorité au triage et peu importe si la personne a été prise en charge ou non.

- Proportion des visites à l'urgence qui sont moins ou non urgentes

Parmi les visites à l'urgence réalisées par les personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM, proportion des visites dont la priorité au triage est P4 (moins urgentes) ou P5 (non urgentes).

Les visites dont le code de priorité au triage n'est pas renseigné ont été exclues.

- Suivi par un service professionnel en mission CLSC à la suite d'une visite à l'urgence

Proportion des visites à l'urgence des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles a suivi un service professionnel en mission CLSC dans les trois jours suivant le congé.

Seules les visites avec prise en charge médicale suivies d'un retour à domicile ont été considérées au dénominateur.

- **Hospitalisations**

- Hospitalisations de courte durée

Proportion de personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM ayant eu au moins une hospitalisation de courte durée au cours de l'année.

Les hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques ainsi que les chirurgies d'un jour ne sont pas considérées comme des hospitalisations et ont été exclues.

- Suivis après une hospitalisation de courte durée

- Suivis médicaux après une hospitalisation de courte durée

Proportion des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM pour lesquelles il y a eu une visite avec un médecin omnipraticien ou une IPS-PL dans les 14 jours suivant le congé hospitalier.

Seules les hospitalisations avec une orientation au départ vers le domicile, le CLSC et les ressources non institutionnelles ont été incluses au dénominateur afin de s'assurer que le patient puisse être suivi en première ligne.

- Suivi par un service professionnel en mission CLSC après une hospitalisation de courte durée

Proportion des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM, pour lesquelles il y a eu un service professionnel en mission CLSC, dans les trois jours suivant le congé hospitalier.

Seules les hospitalisations avec une orientation au départ vers le domicile, le CLSC et les ressources non institutionnelles ont été incluses au dénominateur afin de s'assurer que le patient puisse être suivi en première ligne.

- Réadmission hospitalière

Proportion des hospitalisations de courte durée des personnes de 65 ans et plus vivant avec un diagnostic de TNCM pour lesquelles il y a eu une réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé hospitalier.

Seules les hospitalisations avec une orientation au départ vers le domicile, le CLSC et les ressources non institutionnelles ont été incluses au dénominateur afin de s'assurer que le patient puisse être suivi en première ligne.

Analyse et synthèse des données clinico-administratives

Les analyses de statistiques descriptives ont été effectuées afin de dresser un portrait du parcours de soins et services des aînés vivant avec un diagnostic de TNCM dans la communauté au Québec (question 1). Les fréquences et les pourcentages ont été calculés et les résultats ont été présentés par des courbes et des histogrammes.

Les résultats des indicateurs ventilés par année et par RSS ont été ajustés pour l'âge et le sexe selon la standardisation directe en utilisant comme population de référence l'ensemble des personnes vivant avec un diagnostic de TNCM au Québec pour l'année financière 2021-2022. Les résultats ajustés ont été présentés avec l'intervalle de confiance à 95 %.

MÉTHODES DE SYNTHÈSE DES DONNÉES ISSUES DE LA LITTÉRATURE

Type de revue de la littérature

Une revue narrative rapide de la littérature scientifique et de la littérature grise a été réalisée pour répondre aux questions d'évaluation.

Stratégies de recherche de la littérature

Le repérage de la littérature scientifique dans les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, EBM Reviews (Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database), PsycInfo et CINAHL Complete a été mené en janvier 2022 par une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe projet. Les résultats de la stratégie élaborée pour documenter les pratiques exemplaires en matière de transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM ont été limités aux publications anglaises et française parues depuis 2011 pour tenir compte des changements engendrés par le déploiement du *Plan ministériel sur les troubles neurocognitifs majeurs*.

MEDLINE (Ovid)	
Personnes âgées	exp Aged/ OR (ageing OR aging OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR old age* OR senior* OR ((aged OR old OR older OR oldest) ADJ2 (adult* OR female* OR male* OR man OR men OR patient* OR people* OR person* OR population* OR resident* OR woman OR women))).tw,kf,kw
TNCM	exp Dementia/ OR (dementia* OR alzheimer* OR ((cogniti* OR neurocogniti* OR memory OR cerebral*) ADJ2 (functioning OR disorder* OR disease* OR declin* OR disturb* OR impair* OR los* OR deteriorat* OR degenerat*)) OR lewy bod* OR binswanger* OR intellectual declin* OR cerebrovascular disorder* OR frail* OR multi-morbidit*).tw,kf,kw
Transition des soins et services	((transition* OR transit OR transfer*) ADJ3 (care OR caring OR clinical OR community OR domiciliary OR health OR healthcare OR home* OR hospital* OR intervention* OR program* OR model\$1 OR protocol* residential*))).ti
	((discharg* OR return* OR leav*) ADJ3 (care OR community OR home* OR hospital* OR residential* OR planning OR pathway* OR follow-up* OR protocol* OR social)).ti
	(hand-off* OR handoff* OR hand-over* OR handover* OR sign out* OR signout* OR sign over* OR signover*).ti
	Patient Transfer/ OR Patient Discharge/ OR Patient Readmission/

Une recherche manuelle additionnelle a été réalisée dans la littérature scientifique et grise par les professionnels scientifiques de l'équipe projet. Pour ce faire, une liste de mots clés liés à chaque indicateur a été associée aux termes « personnes âgées de 65 ans et plus » et « vivant dans la communauté » avec un diagnostic de « TNCM ». Spécifiquement pour la littérature grise, divers sites Internet d'organismes gouvernementaux et paragouvernementaux, de sociétés savantes et d'agences d'évaluation des technologies de la santé ont été consultés ([Annexe B](#)). Une recherche complémentaire a été effectuée au moyen des moteurs de recherche Google et Google Scholar afin de répertorier des documents non publiés.

Sélection des publications

Les publications incluses devaient présenter des informations en lien avec les indicateurs mesurés dans le cadre de ce portrait, auprès des personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec ou sans TNCM. Tous les types de publications présentant des données en lien avec les questions d'évaluation ont été retenus, y compris certaines études de cohortes ou des études transversales présentant des mesures à partir de données d'enquêtes. Cependant, pour faciliter l'interprétation et l'intégration des différentes données, les mesures d'indicateurs à partir des bases de données clinico-administratives de méthodologies similaires à celles disponibles à l'INESSS ont été privilégiées. Seules les études présentant uniquement des données auto-rapportées incluant des estimations ou des mesures réalisées à partir de données d'enquêtes populationnelles (p. ex. Étude sur la santé et le vieillissement au Canada) ont été exclues.

Deux professionnels scientifiques de l'équipe projet se sont partagé la sélection de l'ensemble des études repérées. Les publications sélectionnées par un membre de l'équipe ont été validées par le deuxième professionnel et les divergences ont été discutées avec la coordonnatrice scientifique du projet, le cas échéant. Après la sélection des articles, les bibliographies des publications retenues ont été vérifiées par deux professionnels scientifiques de l'équipe projet afin de répertorier d'autres références pertinentes.

Procédure d'extraction des données issues de la littérature

Les données issues des publications retenues ont été extraites dans une grille d'extraction développée par deux professionnels scientifiques et validées par la coordonnatrice scientifique de l'équipe projet. La grille regroupait les informations concernant les auteurs, l'année de publication, le pays, la province (pour les études canadiennes), la population, le devis et la méthodologie de l'étude, les indicateurs mesurés, les bases de données utilisées, les principaux résultats et les conclusions des auteurs. Les rares divergences quant aux données extraites ont été discutées avec la coordonnatrice scientifique.

Analyse et synthèse des données issues de la littérature

Les données extraites de la littérature ont été analysées en équipe projet. Une synthèse narrative a été réalisée pour chaque indicateur afin de décrire l'implication des résultats et des pistes de réflexion pour l'amélioration continue de la qualité des transitions de soins et services.

MÉTHODES DE SYNTHÈSE DES DONNÉES ISSUES DES CONSULTATIONS

Les données pour chaque indicateur ont été présentées à quatre informateurs clés ainsi qu'aux 11 membres d'un comité consultatif issus de plusieurs régions du Québec et regroupant des PPA, des chercheurs, des cliniciens, des gestionnaires et d'autres professionnels du réseau de la santé. Ces experts ont été invités à contextualiser les résultats observés, à discuter de leurs limites ainsi qu'à orienter l'interprétation possible selon leurs expertises propres et leur connaissance des milieux de pratique.

L'équipe projet a consulté le comité consultatif dans le cadre d'une rencontre virtuelle de trois heures. L'équipe a également mené des consultations individuelles, sous forme d'entrevues semi-dirigées, auprès de trois informateurs clés. Des guides de discussion de groupes et d'entrevues individuelles, incluant des questions à réponses ouvertes, ont été élaborés à partir des pistes de réflexion issues de l'analyse et l'intégration des résultats des indicateurs calculés et des données issues de la littérature.

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

Toutes les personnes qui ont collaboré à ce portrait ont déclaré au préalable leurs intérêts personnels susceptibles de les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts – commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient les placer dans une situation propice aux conflits de rôles ont également été dévoilés. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS pour l'ensemble des personnes, à l'exception des résidents et des PPA qui ont eu à répondre à des questions verbalement. Les déclarations remplies ont fait l'objet d'une évaluation par l'INESSS, laquelle a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles ont été divulgués lors des rencontres du comité consultatif et sont divulgués publiquement dans les pages liminaires, par souci de transparence.

Analyse et synthèse des données issues des consultations

La rencontre avec le comité consultatif et les consultations individuelles avec les informateurs clés ont été enregistrées, avec l'accord des participants, et toutes les informations de nature personnelle recueillies ont été anonymisées afin de protéger leur identité. Une analyse des données a été réalisée par deux professionnels scientifiques de l'équipe projet et une synthèse narrative a été rédigée pour présenter les résultats issus de cette consultation.

ANNEXE B

Littérature grise : sites internet consultés

Les sites Internet des sociétés savantes, des agences d'évaluation des technologies de la santé et des organismes gouvernementaux et paragouvernementaux suivant ont été consultés dans le cadre de notre stratégie de repérage de l'information (en ordre alphabétique) :

1. Agence de la santé publique du Canada (ASPC)	https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html
2. Alzheimer's Association (USA)	https://www.alz.org/
3. Alzheimer Europe	https://www.alzheimer-europe.org/
4. Alzheimer's research UK	https://www.alzheimersresearchuk.org/
5. Australian government, department of health and aged care	https://www.health.gov.au/
6. Australian Institute of Health and Welfare	https://www.aihw.gov.au/
7. Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health (CADTH)	https://www.cadth.ca
8. Centers for Disease Control and Prevention - USA	https://www.cdc.gov/cdc-info/index.html
9. Commission Européenne	https://commission.europa.eu/index_fr
10. Fédération québécoise des sociétés d'Alzheimer	https://alzheimer.ca/fr/federationquebecoise
11. Haute Autorité de Santé (HAS)	https://www.has-sante.fr
12. Health Quality Council	https://www.saskhealthquality.ca
13. Health Quality Ontario (HQO)	https://www.hqontario.ca
14. Institut canadien d'information sur la santé (CIHI)	www.icis.ca
15. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	https://www.inspq.qc.ca/
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	https://www.msss.gouv.qc.ca
17. National Health and Medical Research Council (NHMRC)	https://www.nhmrc.gov.au
18. National Institute on Aging	https://www.nia.nih.gov/
19. New Zealand Association of Gerontology	http://gerontology.org.nz/
20. Organisation mondiale de la Santé (OMS)	https://www.who.int
21. Office for Health Improvement & Disparities (UK)	https://www.gov.uk/government/organisations/office-for-health-improvement-and-disparities
22. Santé publique France	https://www.santepubliquefrance.fr/
23. Société Alzheimer Canada	https://alzheimer.ca
24. The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	https://www.ahrq.gov/challenges/health-data/index.html
25. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	https://www.nice.org.uk
26. The New Zealand Ministry of Health	https://www.health.govt.nzhttps://www.health.govt.nz/

ANNEXE C

Résultats des indicateurs pour 2021

Tableau C-1 Personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

	Incidence			Prévalence		Prescription médicamenteuse	
	Population à risque	Nombre de cas incidents	Taux d'incidence ajusté*	Population totale	Nombre de cas prévalents	Taux de prévalence ajusté*	≥ 10 médicaments
	N	N	%	N	N	%	
Ensemble du Québec	1 603 664	20 499	1,3%	1 674 918	91 753	5,5%	60%
01-Bas-Saint-Laurent	49 412	724	1,5%	51 778	3 090	6,1%	65%
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	61 966	838	1,4%	64 778	3 650	5,8%	67%
03-Capitale-Nationale	153 804	2 124	1,4%	160 576	8 896	5,5%	59%
04-Mauricie et Centre-du-Québec	120 154	1 749	1,5%	126 404	7 999	6,3%	62%
05-Estrie	106 899	1 334	1,3%	111 967	6 402	5,9%	60%
06-Montréal	311 519	4 194	1,2%	326 174	18 849	5,2%	55%
07-Outaouais	63 915	655	1,1%	66 275	3 015	5,0%	56%
08-Abitibi-Témiscamingue	27 819	286	1,1%	28 843	1 310	4,9%	57%
09-Côte-Nord	17 152	227	1,4%	17 897	972	5,7%	61%
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	24 819	280	1,2%	25 718	1 179	4,8%	67%

	Incidence			Prévalence		Prescription médicamenteuse	
	Population à risque	Nombre de cas incidents	Taux d'incidence ajusté*	Population totale	Nombre de cas prévalents	Taux de prévalence ajusté*	≥ 10 médicaments
	N	N	%	N	N	%	
12-Chaudière-Appalaches	91 608	1 221	1,4%	95 659	5 272	5,7%	64%
13-Laval	75 378	1 103	1,3%	78 779	4 504	5,1%	58%
14-Lanaudière	94 934	1 096	1,3%	98 516	4 678	5,2%	62%
15-Laurentides	120 206	1 064	1,0%	124 436	5 294	4,7%	61%
16-Montérégie	261 746	3 281	1,3%	272 864	14 399	5,4%	59%

**Les taux d'incidence et de prévalence ont été ajustés pour l'âge et le sexe, en prenant comme référence la population totale du Québec en 2021.*

Tableau C-2 Transitions au sein de la première ligne

	Continuité relationnelle de lieu	Continuité relationnelle personnelle	Tout service en mission CLSC	Service professionnel en mission CLSC	Évaluation en mission CLSC
Ensemble du Québec	97%	86%	74%	70%	58%
01-Bas-Saint-Laurent	99%	86%	86%	83%	76%
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	98%	87%	74%	70%	52%
03-Capitale-Nationale	97%	88%	72%	69%	63%
04-Mauricie et Centre-du-Québec	98%	87%	77%	73%	64%
05-Estrie	98%	87%	78%	74%	65%
06-Montréal	94%	87%	72%	70%	51%
07-Outaouais	96%	84%	73%	70%	54%
08-Abitibi-Témiscamingue	99%	87%	78%	71%	66%
09-Côte-Nord	96%	79%	84%	79%	72%
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	99%	86%	84%	77%	68%
12-Chaudière-Appalaches	98%	89%	77%	71%	65%
13-Laval	94%	85%	77%	75%	64%
14-Lanaudière	98%	83%	71%	67%	50%
15-Laurentides	97%	85%	70%	67%	60%
16-Montérégie	96%	86%	71%	68%	54%

Tableau C-3 Transitions entre le centre hospitalier et la première ligne

	≥ 2 visites urgence	Urgences P4/P5	Suivi service professionnel en mission CLSC après une visite à l'urgence	≥ 1 hospitalisation	Suivi service professionnel en mission CLSC après une hospitalisation	Suivi médical après une hospitalisation	Réadmission hospitalière
Ensemble du Québec	27%	43%	19%	33%	28%	41%	15%
01-Bas-Saint-Laurent	30%	60%	20%	33%	36%	54%	14%
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	32%	37%	23%	35%	27%	41%	17%
03-Capitale-Nationale	31%	51%	15%	32%	28%	37%	13%
04-Mauricie et Centre-du-Québec	28%	49%	15%	37%	27%	39%	15%
05-Estrie	28%	41%	17%	33%	32%	41%	15%
06-Montréal	25%	26%	19%	34%	24%	39%	16%
07-Outaouais	27%	57%	22%	31%	31%	40%	11%
08-Abitibi-Témiscamingue	32%	60%	17%	34%	24%	43%	16%
09-Côte-Nord	42%	60%	9%	37%	29%	45%	16%
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	41%	57%	17%	36%	26%	68%	18%
12-Chaudière-Appalaches	31%	56%	16%	31%	27%	46%	16%
13-Laval	26%	35%	24%	37%	32%	50%	16%
14-Lanaudière	25%	40%	26%	31%	27%	39%	16%
15-Laurentides	23%	41%	25%	29%	32%	44%	14%
16-Montérégie	24%	40%	18%	31%	25%	35%	13%

Résultats des indicateurs par année pour l'ensemble du Québec

Tableau C-4 Personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Incidence	Taux d'incidence ajusté	1,4%	1,3%	1,4%	1,3%	1,2%	1,3%
	Nombre de cas incidents	18 172	18 424	19 520	18 875	18 370	20 499
	Population à risque	1 350 928	1 397 787	1 446 801	1 496 665	1 552 020	1 603 664
Prévalence	Taux de prévalence ajusté	6,0%	5,9%	5,9%	5,7%	5,6%	5,5%
	Nombre de cas prévalents	84 889	86 622	89 027	89 852	91 617	91 753
	Population totale	1 417 645	1 465 985	1 516 308	1 567 642	1 625 267	1 674 918
Prescription médicamenteuse	≥ 10 médicaments	62%	62%	61%	61%	58%	60%

Tableau C-5 Transitions au sein de la première ligne

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Continuité relationnelle de lieu	96%	96%	96%	96%	96%	97%
Continuité relationnelle personnelle	85%	85%	85%	85%	87%	86%
Tout service en mission CLSC	72%	72%	73%	73%	74%	74%
Service professionnel en mission CLSC	68%	68%	69%	69%	71%	70%
Évaluation en mission CLSC	58%	60%	59%	59%	56%	58%

Tableau C-6 Transitions entre le centre hospitalier et la première ligne

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
≥ 2 visites à l'urgence	30%	31%	31%	30%	24%	27%
Visites de priorité P4/P5	46%	45%	45%	44%	41%	43%
Suivi service professionnel en mission CLSC après une visite à l'urgence	22%	23%	24%	25%	28%	28%
≥ 1 hospitalisation	34%	36%	35%	35%	33%	33%
Suivi service professionnel en mission CLSC après une hospitalisation	37%	38%	38%	38%	42%	41%
Suivi médical après une hospitalisation	21%	20%	19%	18%	21%	19%
Réadmission hospitalière	16%	17%	16%	16%	15%	15%

ANNEXE D

Fiches régionales

Fiche régionale #1

Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région du Bas-Saint-Laurent (2021-2022)

- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM du Bas-Saint-Laurent utilisent davantage les services d'urgence que la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis après hospitalisation et après visite à l'urgence sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec.



	Bas-Saint-Laurent		Ensemble du Québec		Différence relative entre la valeur de la région et celle du Québec Résultats plus favorables [†]
	N	% ajusté*	N	%	
Nombre de cas et prévalence	3 090	6,1%	91 753	5,5%	
Description de la cohorte					
Inscription à un médecin de famille	2 939	95,1%	84 175	91,7%	
Prescription de 10 médicaments ou plus	1 949	65,0%	51 853	59,6%	
Transition au sein de la première ligne					
Visites en première ligne faites à son GMF	8 370	98,7%	207 821	96,5%	
Visites en première ligne faites avec son MDF	8 414	85,6%	271 827	86,3%	
Tout service en mission CLSC	2 648	85,7%	67 456	73,5%	
Services professionnels en mission CLSC	2 549	82,5%	64 278	70,1%	
Évaluation en mission CLSC	2 319	75,6%	53 109	57,9%	
Transition entre le centre hospitalier et la première ligne					
Visites à l'urgence ≥ 2 dans l'année	915	29,7%	24 577	26,8%	
Visites à l'urgence de priorité P4-P5	2 307	60,1%	44 061	42,5%	
Suivi en CLSC après une visite à l'urgence	785	36,4%	14 321	27,6%	
Hospitalisation de courte durée	1 011	32,9%	29 956	32,6%	
Suivi médical après une hospitalisation	217	20,4%	5 884	19,0%	
Suivi en CLSC après une hospitalisation	619	54,3%	13 226	40,8%	
Réadmission hospitalière	141	14,0%	4 322	14,9%	

† Les données du graphique sont calculées afin que tous les résultats à droite de la moyenne du Québec soient favorables et ce, quel que soit le sens de l'indicateur.

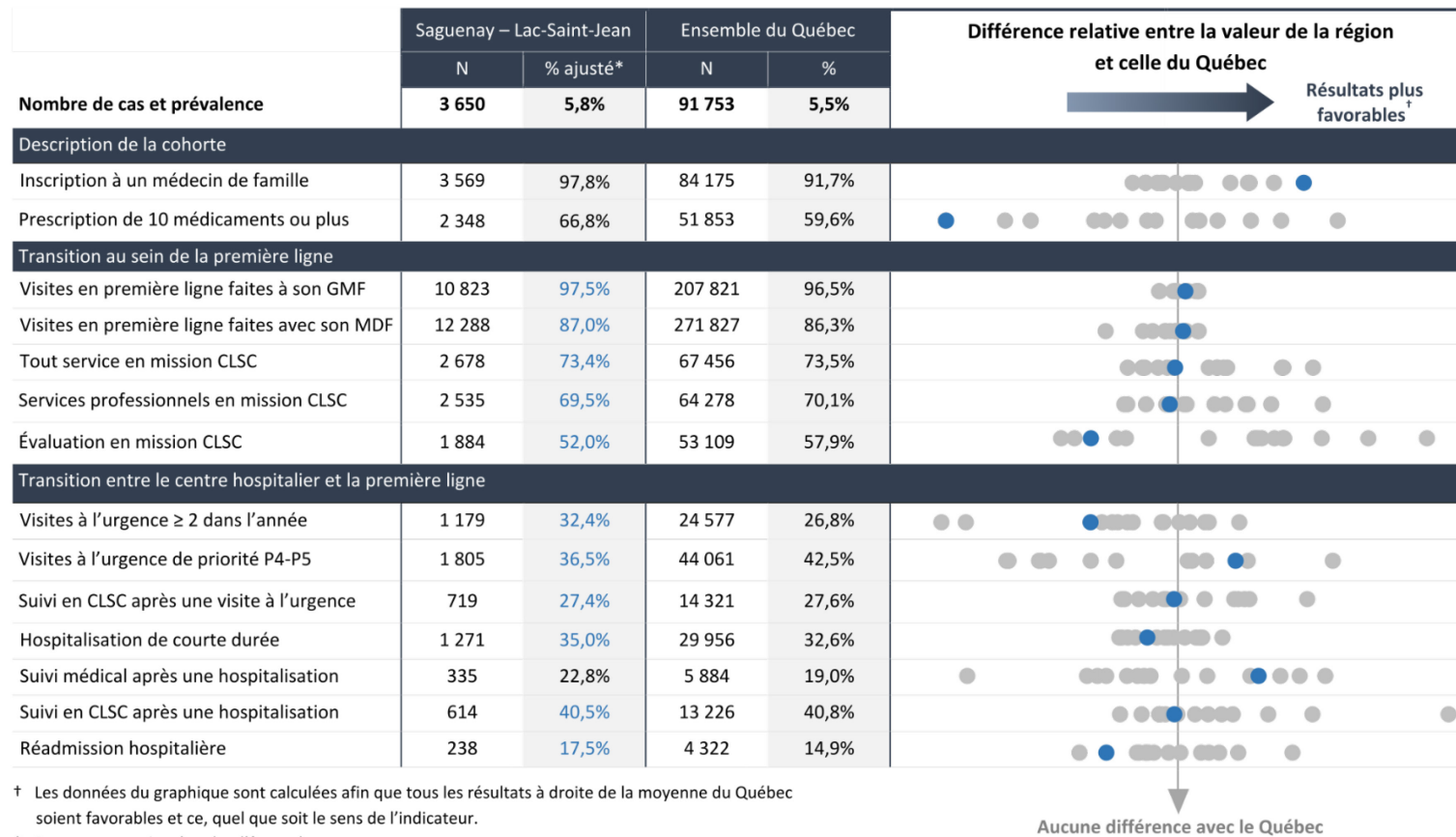
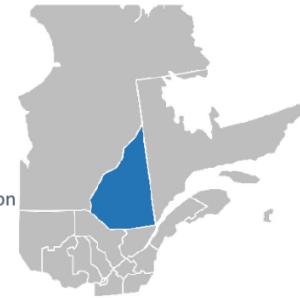
* Pourcentages ajustés selon l'âge et le sexe.

● Autres RSS du Québec ● RSS du Bas-Saint-Laurent

Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région du Saguenay – Lac-St-Jean (2021-2022)

- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont comparables à la moyenne du Québec à l'exception des évaluations en mission CLSC qui sont moins favorables ;
- Les cas TNCM du Saguenay – Lac-Saint-Jean utilisent davantage les services d'urgence et d'hospitalisation que la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis en mission CLSC après hospitalisation et après visite à l'urgence sont comparables à ceux de l'ensemble du Québec tandis que le suivi médical après une hospitalisation est plus favorable.



● Autres RSS du Québec ● RSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean

Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de la Capitale-Nationale (2021-2022)

- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont comparables à ceux de l'ensemble du Québec à l'exception des évaluations en mission CLSC qui sont plus favorables.
- Les cas TNCM de la Capitale-Nationale utilisent davantage les services d'urgence que la moyenne du Québec mais ont des taux d'hospitalisation comparables ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis après hospitalisation sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec.



	Capitale-Nationale		Ensemble du Québec		Différence relative entre la valeur de la région et celle du Québec
	N	% ajusté*	N	%	
Nombre de cas et prévalence	8 896	5,5%	91 753	5,5%	
Description de la cohorte					
Inscription à un médecin de famille	8 092	91,0%	84 175	91,7%	
Prescription de 10 médicaments ou plus	4 930	59,0%	51 853	59,6%	
Transition au sein de la première ligne					
Visites en première ligne faites à son GMF	22 532	97,5%	207 821	96,5%	
Visites en première ligne faites avec son MDF	25 577	88,5%	271 827	86,3%	
Tout service en mission CLSC	6 465	72,7%	67 456	73,5%	
Services professionnels en mission CLSC	6 152	69,2%	64 278	70,1%	
Évaluation en mission CLSC	5 667	63,5%	53 109	57,9%	
Transition entre le centre hospitalier et la première ligne					
Visites à l'urgence ≥ 2 dans l'année	2 761	31,0%	24 577	26,8%	
Visites à l'urgence de priorité P4-P5	5 884	51,5%	44 061	42,5%	
Suivi en CLSC après une visite à l'urgence	1 853	27,8%	14 321	27,6%	
Hospitalisation de courte durée	2 851	32,0%	29 956	32,6%	
Suivi médical après une hospitalisation	427	15,3%	5 884	19,0%	
Suivi en CLSC après une hospitalisation	1 087	37,3%	13 226	40,8%	
Réadmission hospitalière	336	12,7%	4 322	14,9%	

† Les données du graphique sont calculées afin que tous les résultats à droite de la moyenne du Québec soient favorables et ce, quel que soit le sens de l'indicateur.

* Pourcentages ajustés selon l'âge et le sexe.

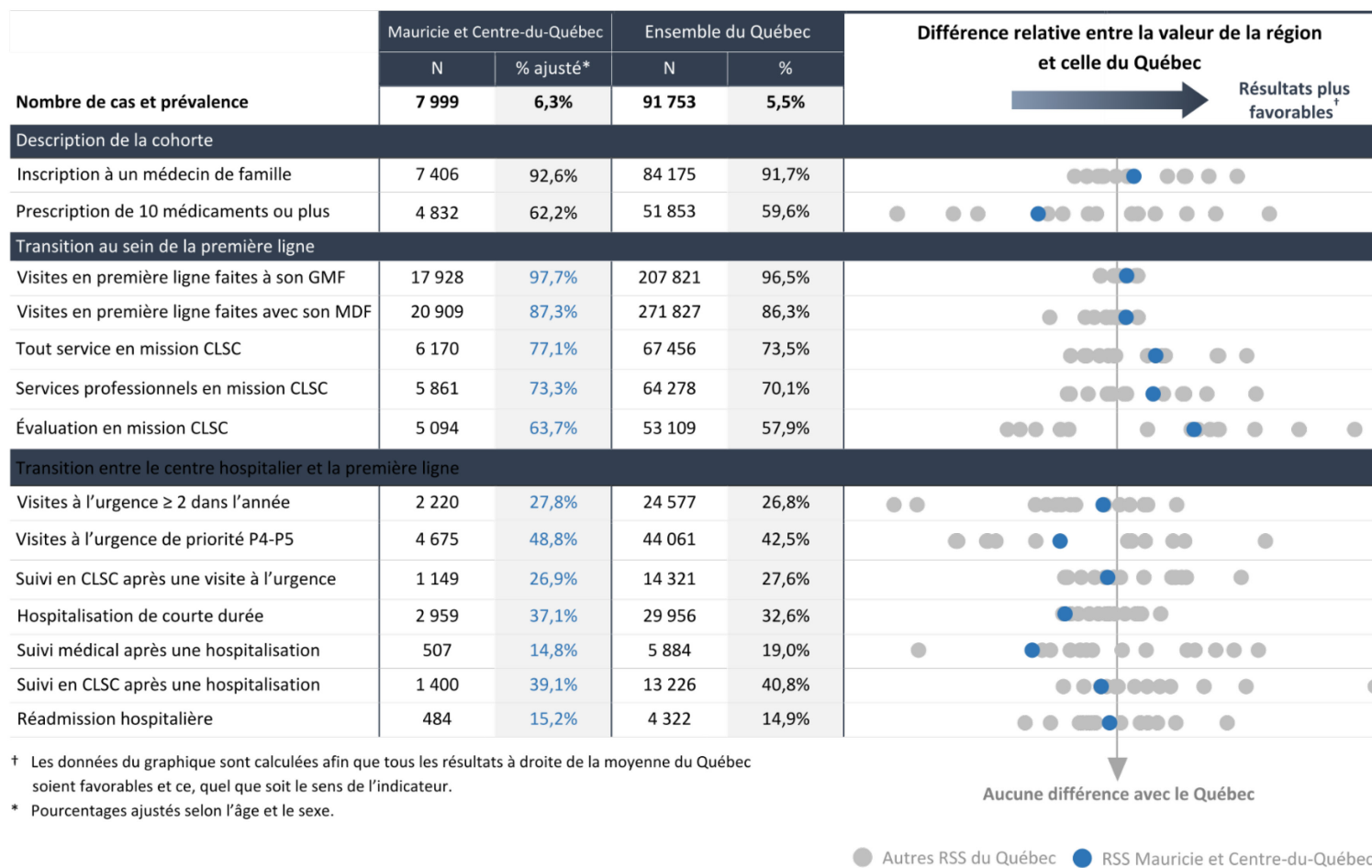
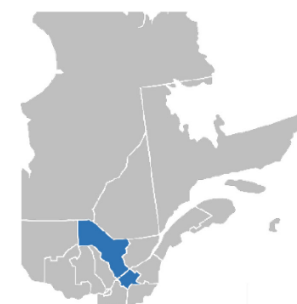
Aucune différence avec le Québec

● Autres RSS du Québec ● RSS de la Capitale-Nationale

Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2021-2022)

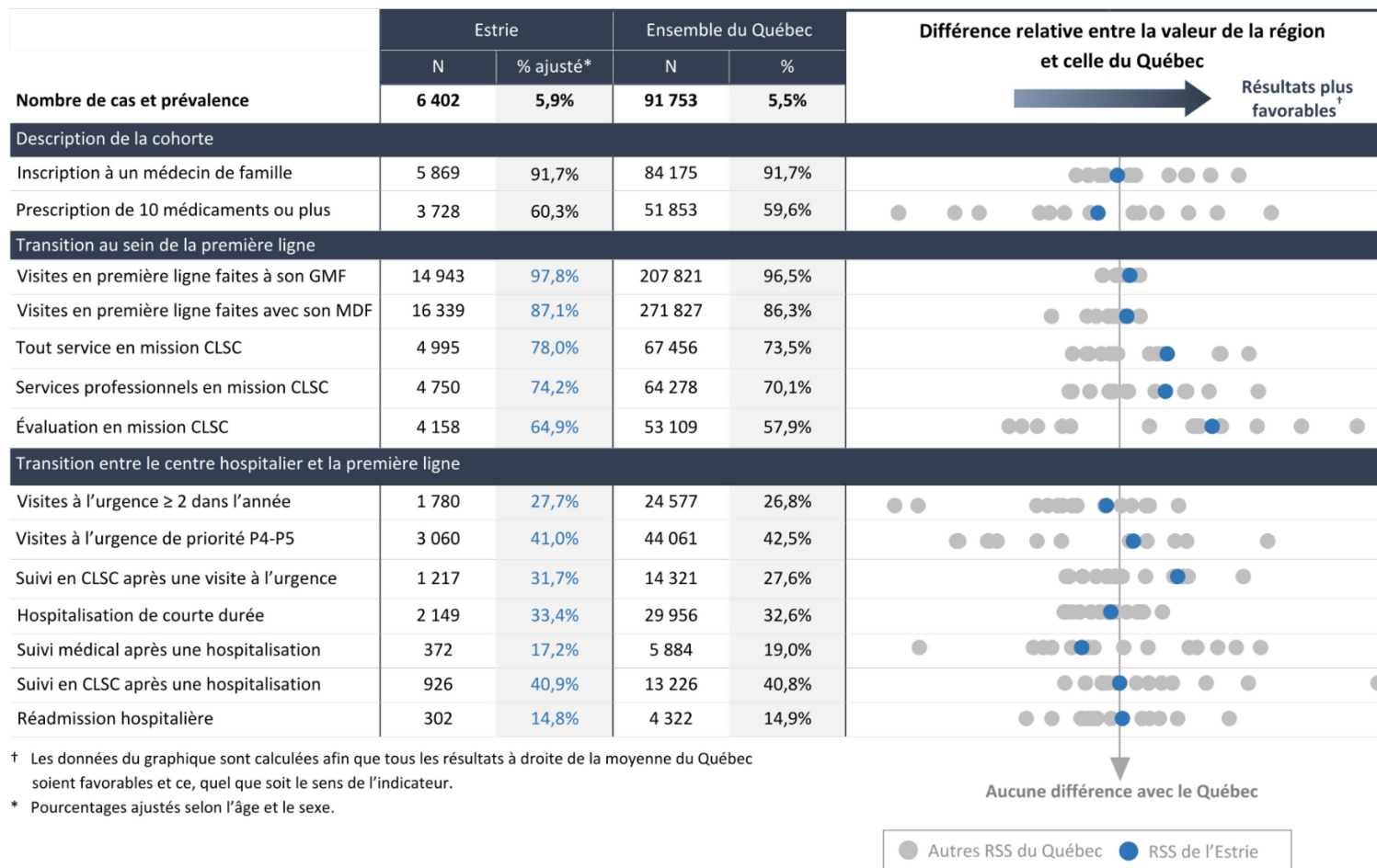
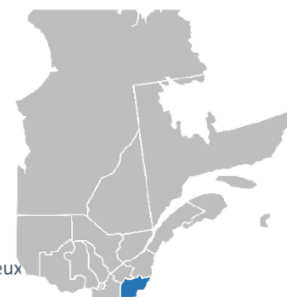
- Les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM de la Mauricie et du Centre-du-Québec utilisent davantage les services d'urgence et d'hospitalisation que la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis après hospitalisation et après visite à l'urgence sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec.



Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de l'Estrie (2021-2022)

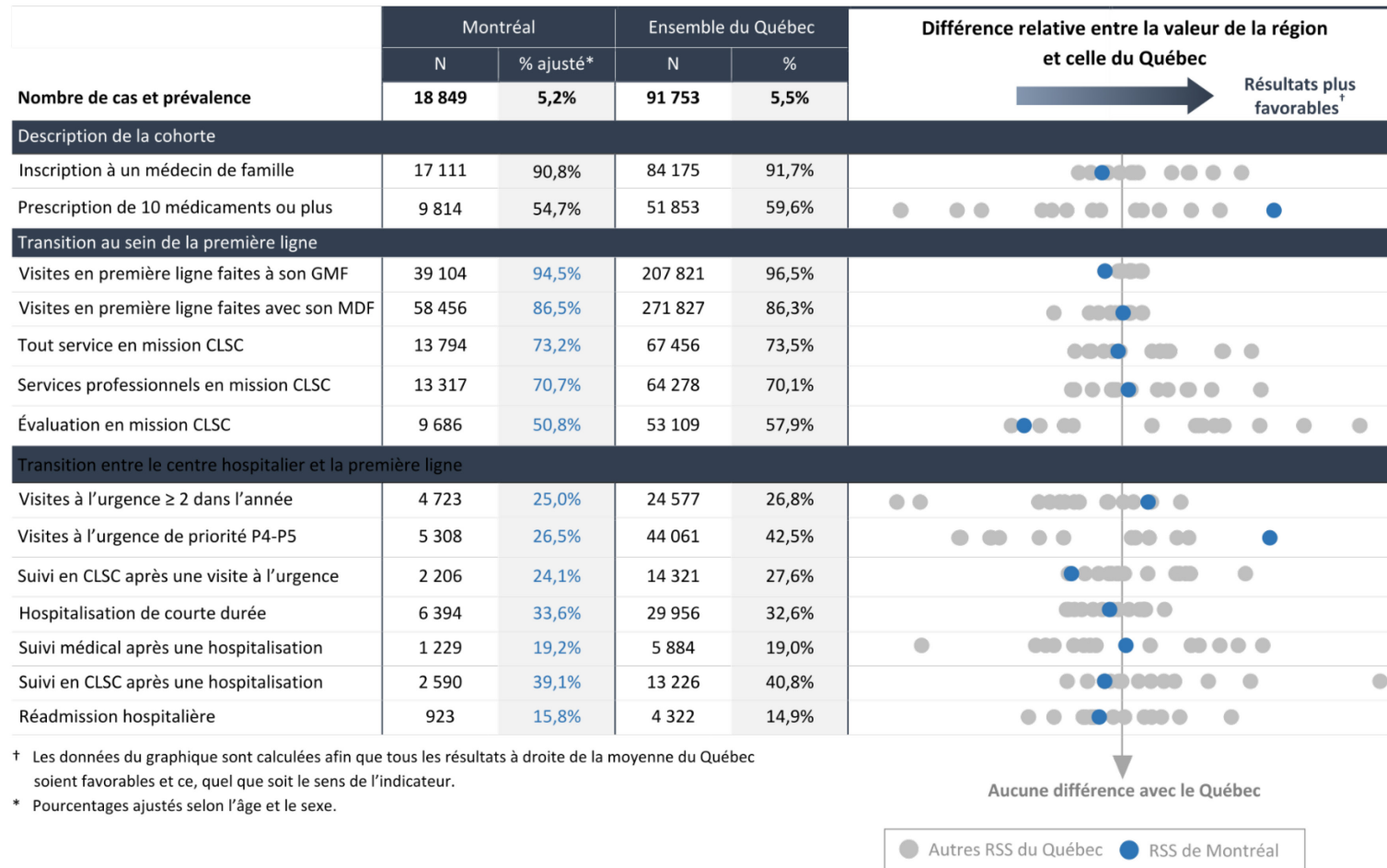
- Les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM de l'Estrie ont une utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation comparable à la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis en mission CLSC après hospitalisation et après visite à l'urgence sont comparables voire plus favorables à ceux de l'ensemble du Québec tandis que le suivi médical après une hospitalisation est moins favorable.



Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de Montréal (2021-2022)

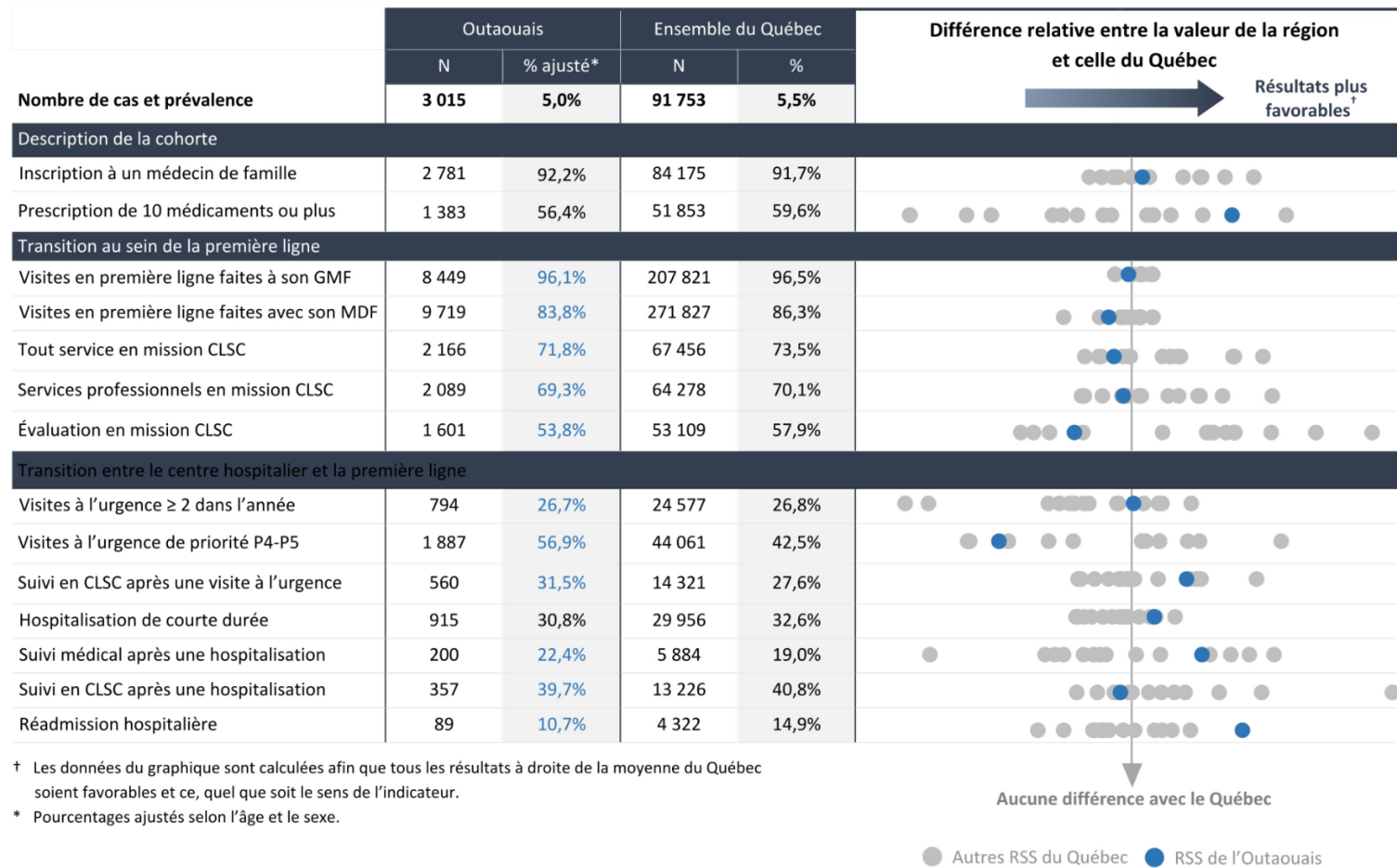
- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont comparables à ceux de l'ensemble du Québec;
- Les cas TNCM de la région de Montréal utilisent moins les services d'urgence que la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis en mission CLSC après hospitalisation et après visite à l'urgence sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec.



Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de l'Outaouais (2021-2022)

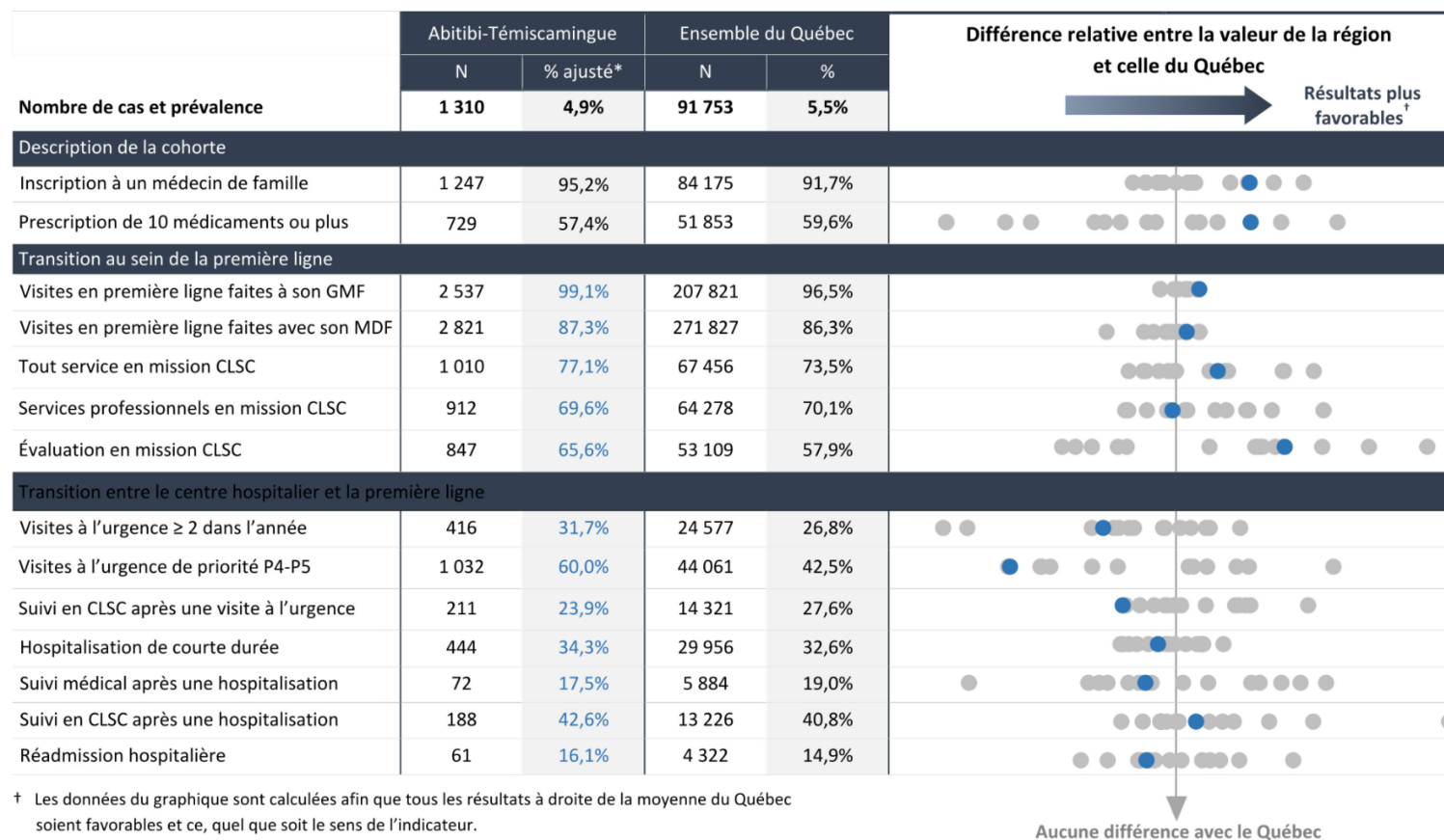
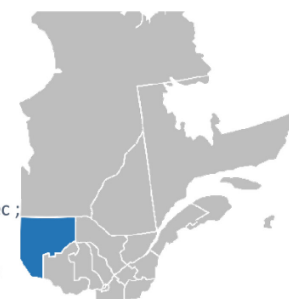
- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont légèrement moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM de l'Outaouais ont une utilisation des services d'urgence et d'hospitalisations comparables à la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis après hospitalisation et après visite à l'urgence sont généralement plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec.



Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de l'Abitibi-Témiscamingue (2021-2022)

- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM de l'Abitibi-Témiscamingue utilisent davantage les services d'urgence et d'hospitalisation que la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis après hospitalisation et après visite à l'urgence sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec à l'exception du suivi en mission CLSC après une hospitalisation.

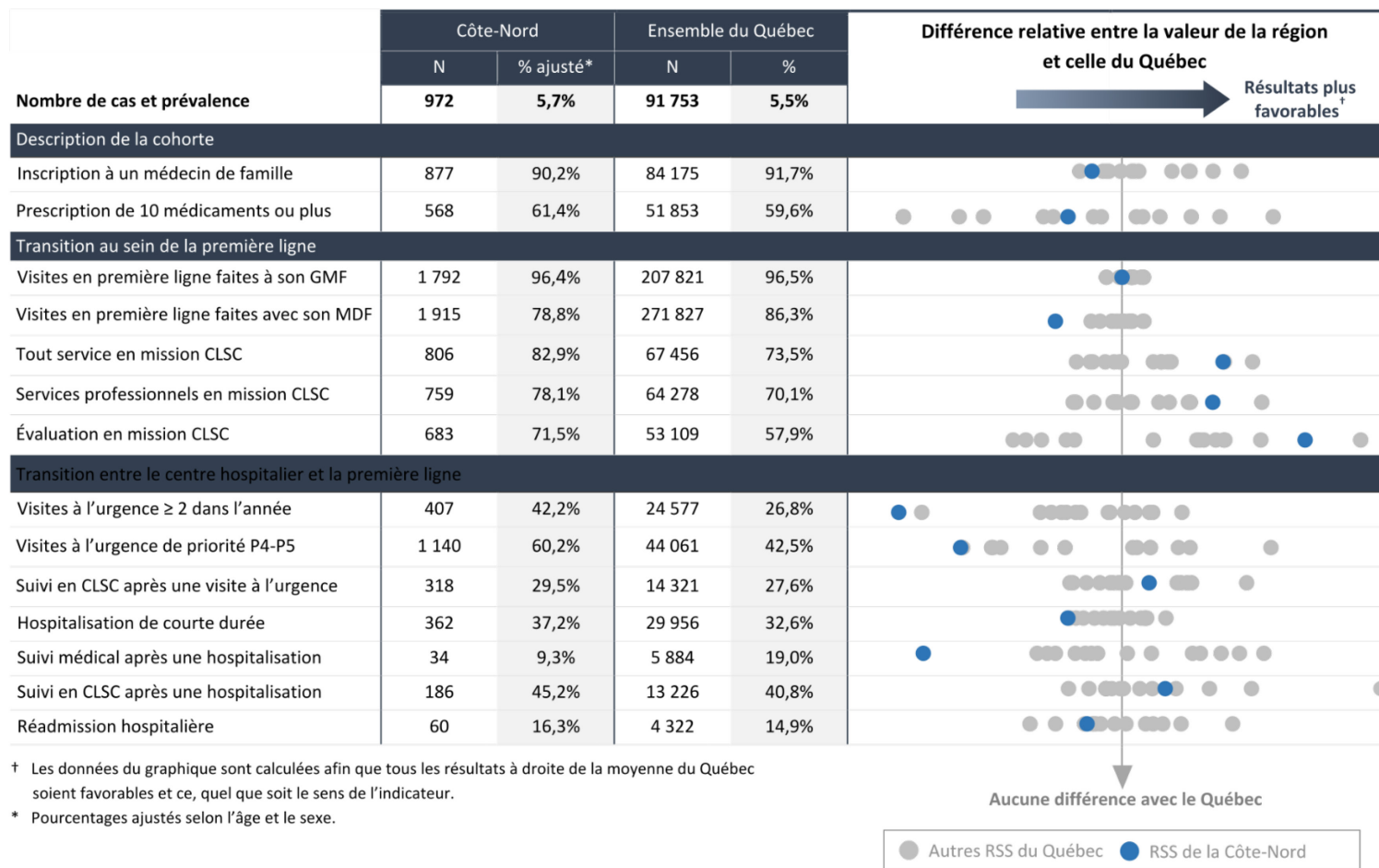
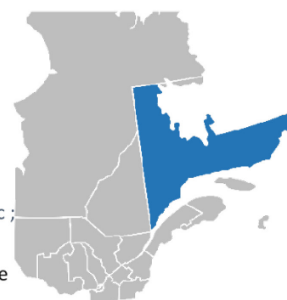


● Autres RSS du Québec ● RSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de la Côte-Nord (2021-2022)

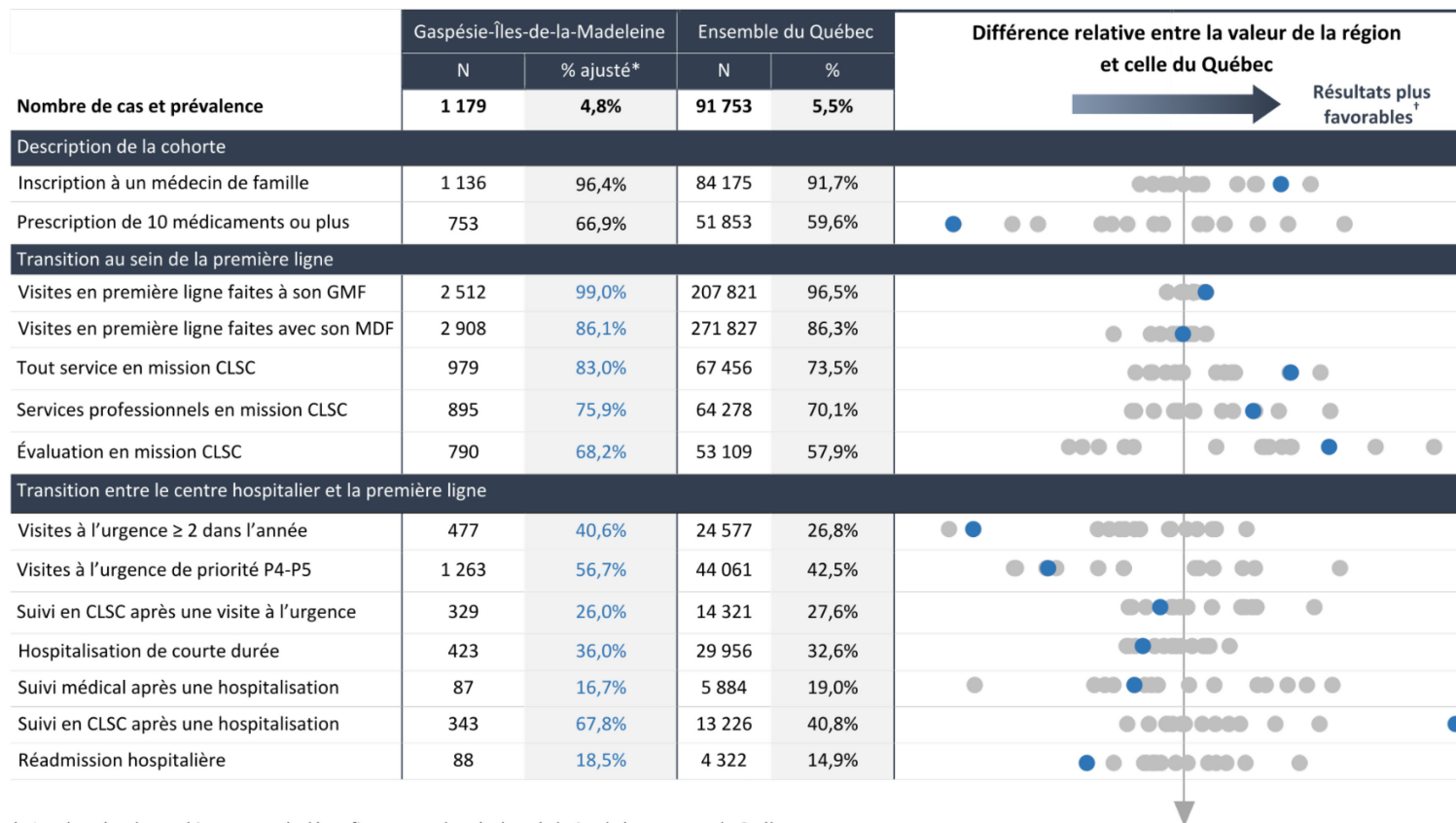
- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM de la Côte-Nord utilisent davantage les services d'urgence et d'hospitalisation que la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis en mission CLSC après hospitalisation et après visite à l'urgence sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec tandis que le suivi médical après une hospitalisation est moins favorable.



Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (2021-2022)

- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine utilisent davantage les services d'urgence et d'hospitalisation que la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis après hospitalisation et après visite à l'urgence sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec à l'exception du suivi en mission CSLC après une hospitalisation qui est plus favorable.



† Les données du graphique sont calculées afin que tous les résultats à droite de la moyenne du Québec soient favorables et ce, quel que soit le sens de l'indicateur.

* Pourcentages ajustés selon l'âge et le sexe.

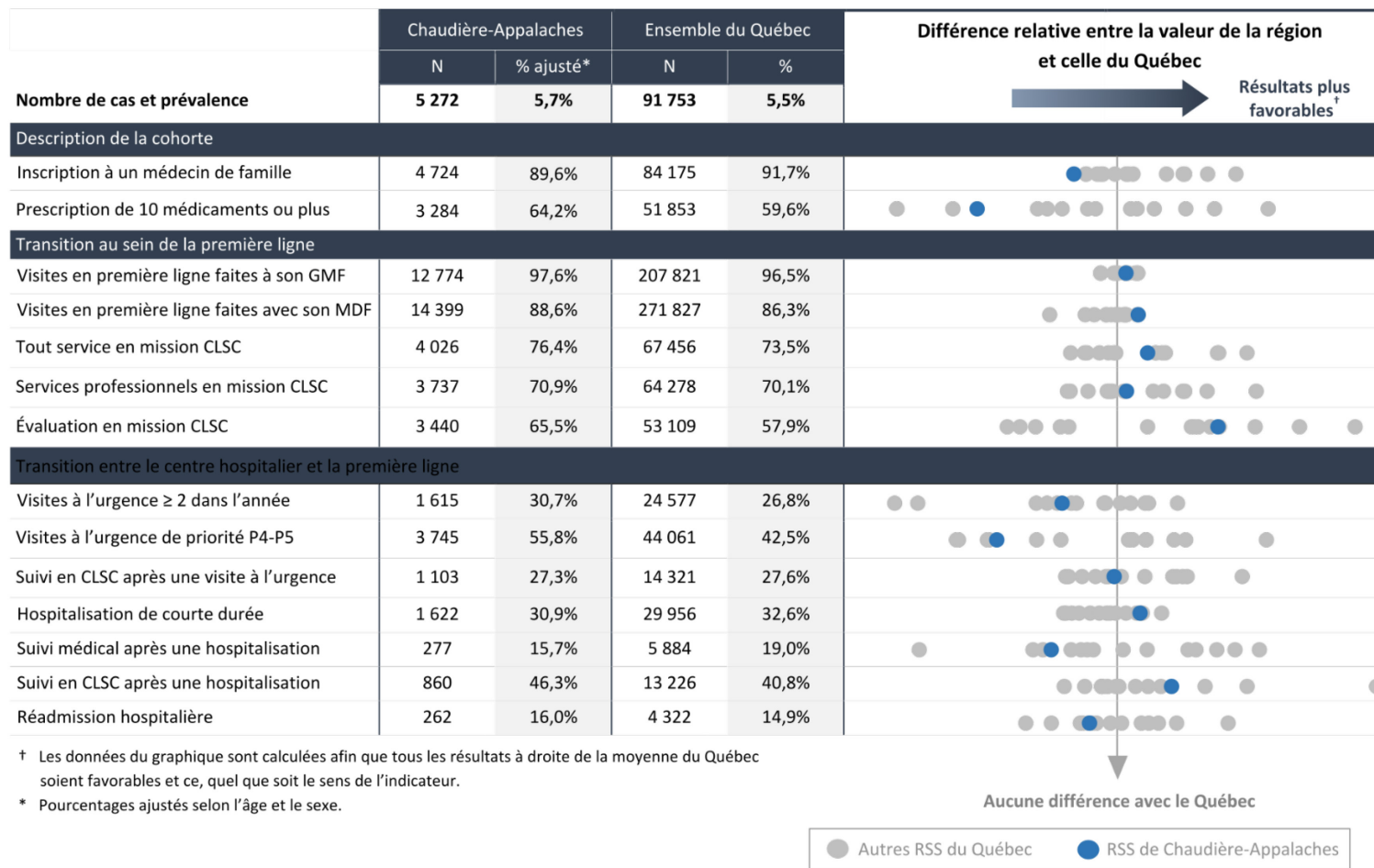
Aucune différence avec le Québec

● Autres RSS du Québec ● RSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de Chaudière-Appalaches (2021-2022)

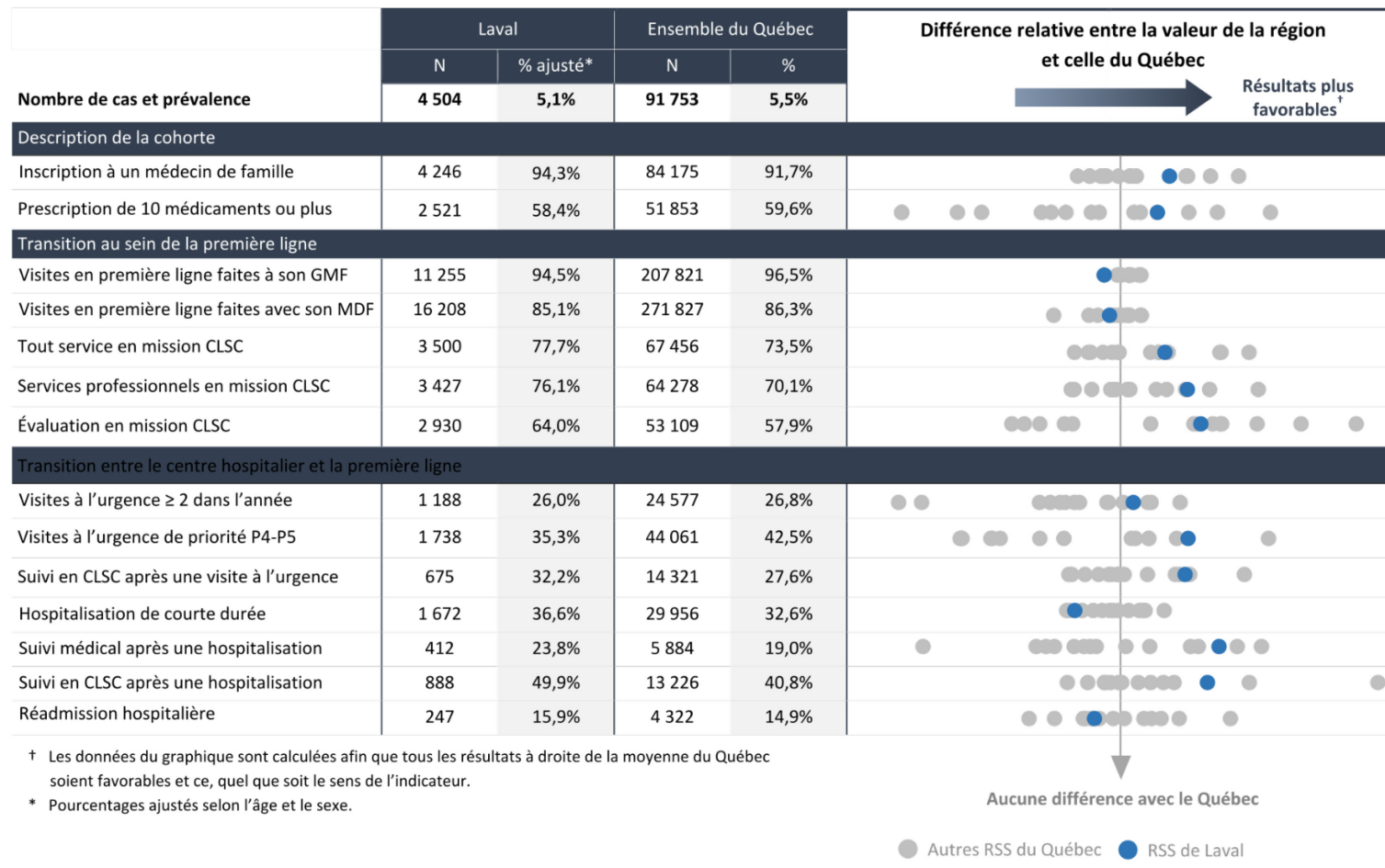
- Les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM de Chaudière-Appalaches utilisent davantage les services d'urgence que la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis après hospitalisation et après visite à l'urgence sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec à l'exception du suivi en mission CLSC après une hospitalisation qui est plus favorable.



Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de Laval (2021-2022)

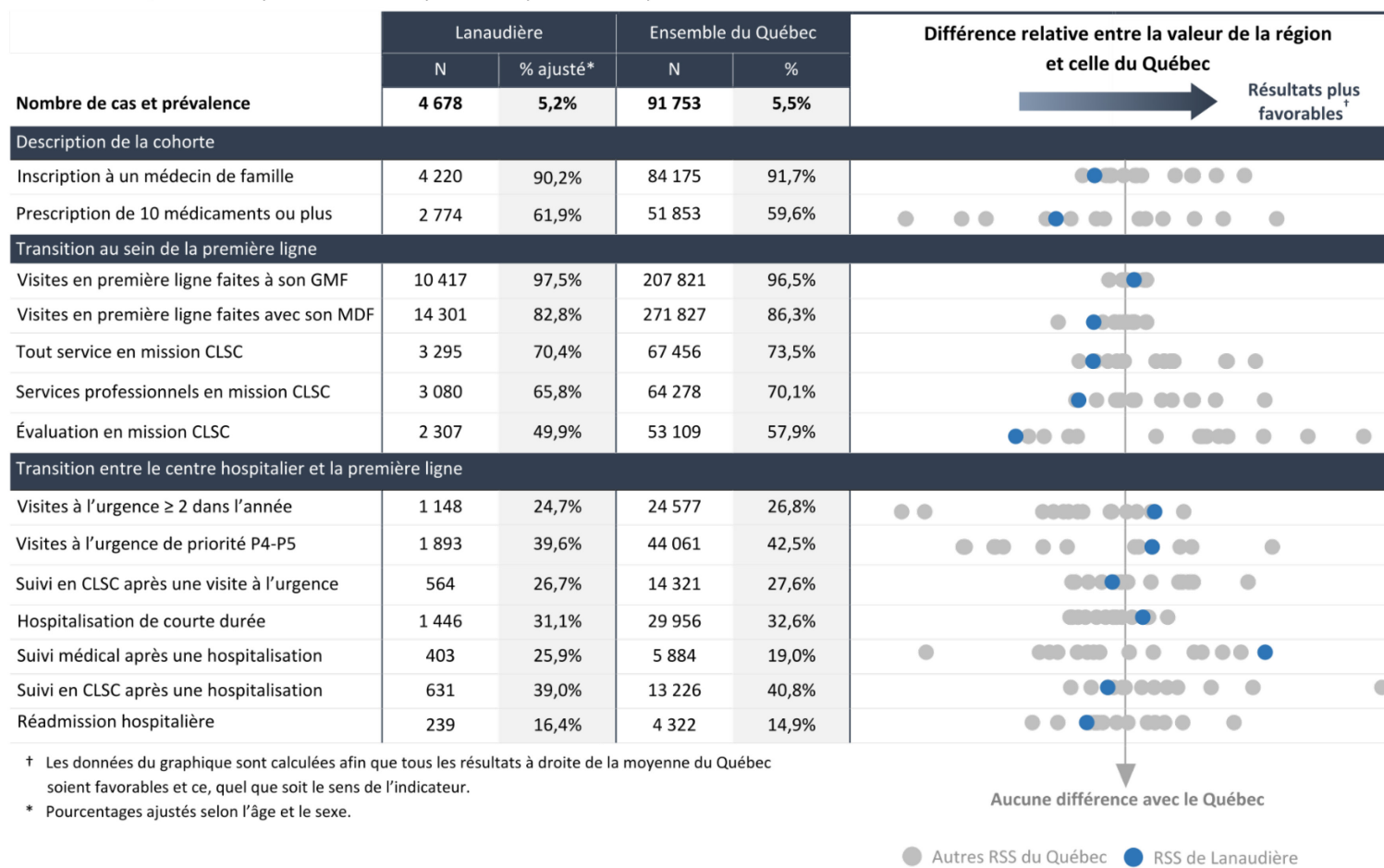
- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM de Laval utilisent moins les services d'urgence que la moyenne du Québec mais sont plus hospitalisés ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis après hospitalisation et après visite à l'urgence sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec.



Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de Lanaudière (2021-2022)

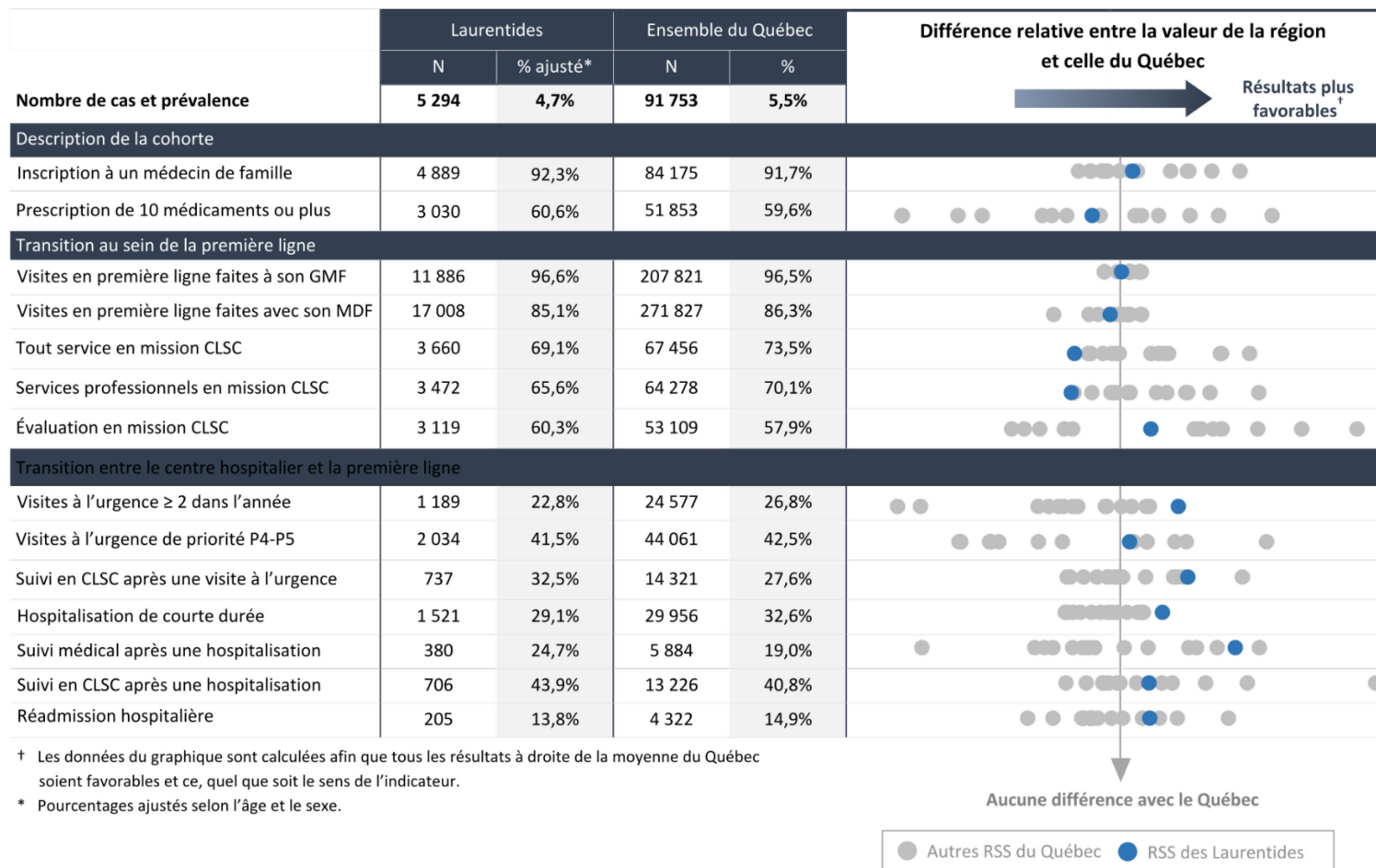
- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM de Lanaudière utilisent moins les services d'urgence et d'hospitalisation que la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis en mission CLSC après hospitalisation et après visite à l'urgence sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec tandis que le suivi médical après une hospitalisation est plus favorable.



Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région des Laurentides (2021-2022)

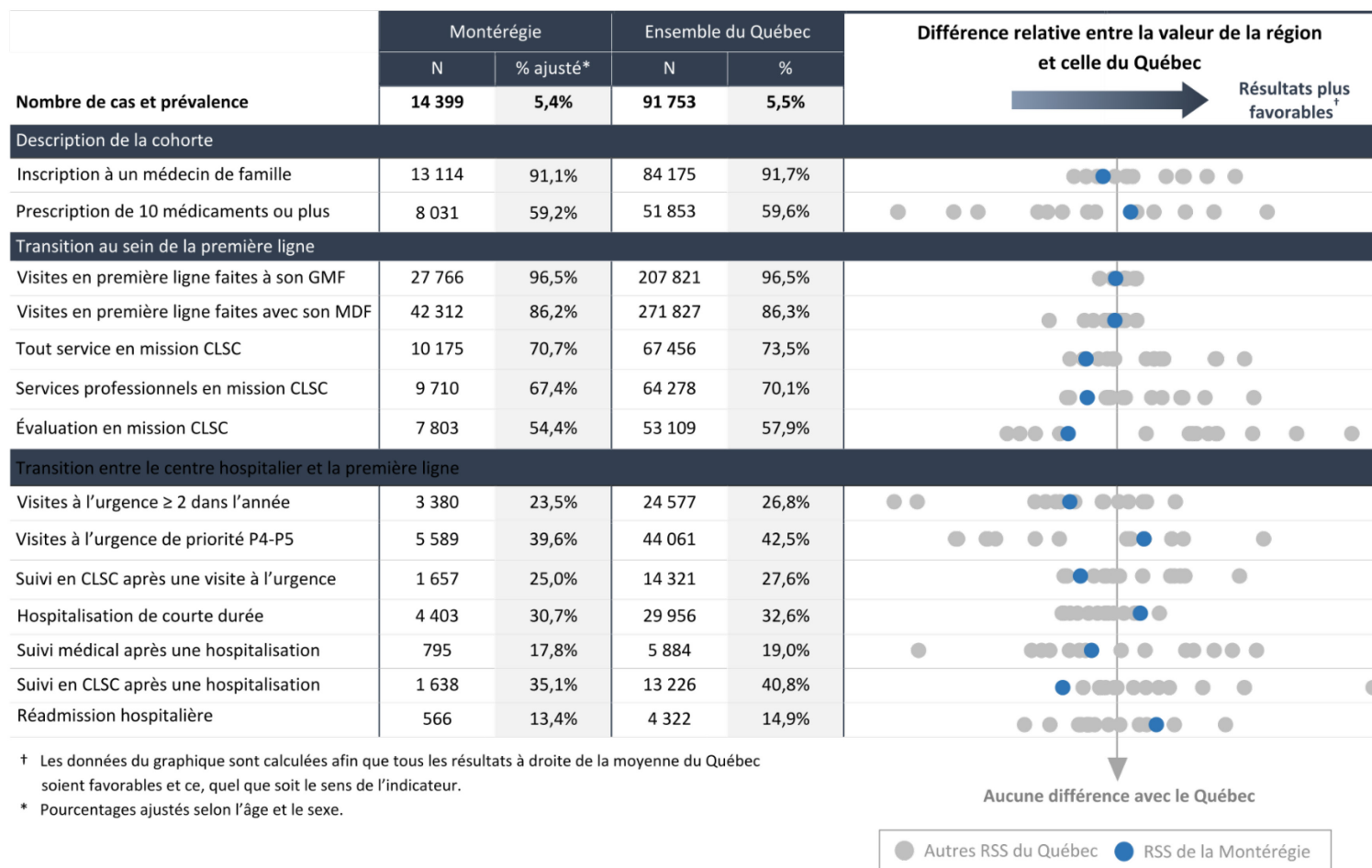
- De façon générale, les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM des Laurentides utilisent moins les services d'urgence et d'hospitalisation que la moyenne du Québec ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis après hospitalisation et après visite à l'urgence sont plus favorables que ceux de l'ensemble du Québec.



Indicateurs en transitions de soins et services des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté avec un diagnostic de TNCM

Région de la Montérégie (2021-2022)

- Les résultats des indicateurs sur les transitions au sein de la première ligne sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec ;
- Les cas TNCM de la Montérégie utilisent davantage des services d'urgence que la moyenne du Québec mais sont légèrement moins hospitalisés ;
- Les résultats des indicateurs sur les suivis après hospitalisation et après visite à l'urgence sont moins favorables que ceux de l'ensemble du Québec.



*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

