





Forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé

Rapport sommaire

Toronto, Canada Les 20 et 21 mars 2014



Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Remerciements	4
Résumé	5
Introduction et contexte	7
Résumé des données probantes sur les grands utilisateurs	8
Conceptualisation et identification des grands utilisateurs	10
Colombie-Britannique	10
Alberta	10
Saskatchewan	11
Manitoba	12
Ontario	13
Québec	13
Nouveau-Brunswick	13
Île-du-Prince-Édouard	14
Nouvelle-Écosse	14
Terre-Neuve-et-Labrador	14
Yukon	15
Nunavut	15
Détermination des solutions stratégiques au problème de la grande utilisation des services de santé	15
Meilleure compréhension du profil des grands utilisateurs	16
Approches opérationnelles pour résoudre le problème de la grande utilisation	
Prise en compte des déterminants sociaux de la santé	
Perspectives d'avenir	19
Récapitulation	22
Annexe 1: Ordre du jour	22
Annexe 2 : Liste des participants, Forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé, 20 et 21 mars 2014, Toronto, Ontario	24
Annexe 3 : Analyse de la portée de la littérature sur les grands utilisateurs du système de santé	26
Annexe 4 : Interventions canadiennes relatives aux grands utilisateurs du système de santé : résumé d'entretiens avec des intervenants	31
Références	34

Le présent rapport est un compte rendu sommaire du forum organisé par l'ICIS sur les grands utilisateurs du système de santé, tenu les 20 et 21 mars 2014 à Toronto.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la planification du Forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé et à l'élaboration du présent rapport :

- Irini Papanicolas, London School of Economics, pour l'ébauche du présent rapport;
- Terry Sullivan, spécialiste en gestion des services de santé, pour son apport à la planification et à l'animation du forum;
- Martha Burd, du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Stafford Dean, des Services de santé de l'Alberta, Randy Fransoo, de l'Université du Manitoba et Walter Wodchis, de l'Université de Toronto, pour les conseils prodigués pendant la phase de planification du forum.

Nous souhaitons également remercier les membres du personnel de l'ICIS qui ont rendu la tenue du forum possible grâce à leur aide au chapitre de la planification et de la logistique, de même que Keith Denny et Jeremy Veillard, qui ont produit la version définitive du présent rapport.

Enfin, nous souhaitons remercier les participants qui ont apporté une contribution inestimable, participé avec enthousiasme et donné généreusement de leur temps.

Résumé

Un vif intérêt a été manifesté pour les patients qui engendrent des coûts et une utilisation élevés, soit une minorité de la population de patients associée à une grande proportion des dépenses totales en santé. Selon une nouvelle notion, les systèmes de santé pourraient tirer grandement profit d'une meilleure gestion des soins dispensés à ce groupe relativement petit, notamment en améliorant la coordination des soins cliniques et des services sociaux.

L'ICIS a organisé un forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé, qui s'est déroulé à Toronto les 20 et 21 mars 2014 sur invitation. Au total, 40 personnes ont participé au forum, notamment des décideurs des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ainsi que des cadres supérieurs de Santé Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada, de Statistique Canada, de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, d'instituts provinciaux de recherche en santé et de conseils de la qualité.

Les objectifs du forum étaient les suivants :

- Favoriser l'apprentissage collectif en offrant aux participants la possibilité d'échanger de l'information et de discuter à propos des stratégies et des interventions concernant les grands utilisateurs du système de santé dans leur province ou territoire et dans le reste du pays.
- Présenter les principales priorités en matière de recherche et relever celles qui sont communes à l'ensemble des provinces et territoires.
- Déterminer comment les données, la mesure de la performance et la recherche et l'analyse peuvent appuyer les provinces et territoires.

Les participants ont pris part à diverses discussions au cours de ce forum d'une journée et demie. Voici un résumé des principaux thèmes :

- Les participants ont confirmé que la question des grands utilisateurs constitue une priorité à l'échelle pancanadienne, l'utilisation fréquente et les coûts élevés étant des sources de préoccupation.
- Bien que la capacité et les priorités varient, un large éventail d'initiatives ont été mises en œuvre au pays pour mesurer la grande utilisation. Dans la plupart des cas, les coûts élevés et la grande utilisation ont été mesurés à partir des données sur les soins de courte durée (services d'urgence et hospitalisations). Certaines provinces et certains territoires utilisent toutefois les données sur les soins primaires, les services à domicile, les soins communautaires et les médicaments, et parfois les données démographiques et sur les services sociaux. Les participants ont confirmé que de nombreux grands utilisateurs présentent les caractéristiques suivantes : âge avancé, multiples affections chroniques (principalement les troubles de santé mentale, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète et les maladies cardiaques) et déterminants sociaux (p. ex. manque de soutien social, pauvreté, le fait d'être sans-abri). Ils ont cependant précisé que les utilisateurs qui engendrent des coûts élevés et les grands utilisateurs forment un groupe hétérogène et qu'il n'existe pas de solution unique au problème.

- Deux types d'approches distincts ont été définis concernant la grande utilisation.
 Les approches conceptuelles, qui visent à prédire la grande utilisation à des fins de prévention et les approches opérationnelles, qui tentent d'identifier les grands utilisateurs à des fins de gestion et de réduction du nombre.
- En ce qui concerne les politiques et les programmes, les participants ont convenu que les approches multisectorielles et l'intégration des soins cliniques et sociaux doivent faire partie de la solution optimale au problème de la grande utilisation. Les discussions ont révélé un éventail d'interventions à l'échelle du pays, notamment les partenariats en soins cliniques et en services sociaux, les initiatives de recensement des cas à risque, la gestion coordonnée des maladies chroniques, le personnel paramédical en soins avancés, les cliniques de soins primaires pour les sans-abri et la gestion des cas. Les participants ont toutefois exprimé leur préoccupation quant à l'évaluation de telles initiatives. Ils croient que la capacité analytique, de même que la détermination des mesures appropriées, posaient problème pour l'évaluation.
- Pour l'avenir, les participants estiment que l'adoption d'approches collaboratives en matière d'analyse et d'évaluation pourrait s'avérer avantageuse. Il a été suggéré que les provinces et territoires disposant de moins de capacités d'analyse dans ce domaine pourraient tirer des leçons des provinces et territoires plus expérimentés. Plus particulièrement, les participants souhaitent encourager l'échange d'expérience et d'expertise en méthodes d'évaluation, modélisation prédictive, adoption plus large et diffusion des pratiques novatrices et communication efficace de l'information utile aux décideurs.

Introduction et contexte

Les 20 et 21 mars 2014, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a organisé un forum sur invitation d'une journée et demie à Toronto, en Ontario, en vue d'étudier les enjeux relatifs aux grands utilisateurs du système de santé.

Le forum avait pour objectif principal de favoriser et de promouvoir l'échange d'approches en matière de conceptualisation, d'identification et d'intervention stratégique en ce qui concerne les grands utilisateurs au Canada. Il avait également pour objectif de déterminer les formes de soutien que les organismes pancanadiens peuvent offrir aux provinces et territoires.

Les discussions se sont articulées autour de quatre questions clés :

- 1. Quelles sont les activités entreprises pour analyser et mesurer la grande utilisation du système de santé?
- 2. Quelles sont les caractéristiques associées à la « grande utilisation » dans les différentes provinces et les différents territoires?
- 3. Quelles sont les solutions stratégiques mises de l'avant?
- 4. De quel type de soutien les provinces et les territoires ont-ils besoin pour mettre en œuvre leurs solutions?

Pour obtenir le programme du forum, veuillez consulter l'annexe 1.

Environ 50 personnes, notamment des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des chercheurs et des cadres supérieurs d'organismes non gouvernementaux pancanadiens et provinciaux, ont participé au forum. La liste complète des participants figure à l'annexe 2.

Le présent document se veut un résumé des discussions tenues lors du forum. Il se compose de cinq parties :

- résumé des données probantes sur les grands utilisateurs
- conceptualisation et identification des grands utilisateurs au Canada
- recherche des solutions stratégiques à la grande utilisation du système de santé au Canada
- perspectives d'avenir
- récapitulation

Résumé des données probantes sur les grands utilisateurs

Le forum s'est ouvert avec trois exposés. Le premier a présenté les leçons tirées du Service national de santé (NHS) de l'Angleterre, le deuxième a fait état des constatations issues de la litérature internationale, et le troisième a dressé un portrait de la situation actuelle au Canada.

Martin Bardsley, Leçons tirées de l'expérience du National Health Service

Martin Bardsley, directeur de la recherche au Nuffield Trust en Angleterre, a fait un exposé sur les leçons tirées de l'expérience vécue dans son pays. À l'heure actuelle, les priorités stratégiques en Angleterre consistent à trouver des moyens de réaliser des gains d'efficacité de l'ordre de 20 milliards de livres sterling. La réduction des soins à coût élevé revêt donc une importance considérable.

M. Bardsley a expliqué qu'en Angleterre, les efforts visant à réduire la grande utilisation du système de santé ciblent les maladies à long terme. Celles-ci affichent une hausse significative en raison du vieillissement de la population, ce qui entraîne une hausse des coûts des soins de santé. Il a également présenté des données qui indiquent que les deux dernières semaines de vie constituent une période d'utilisation extrêmement élevée. M. Bardsley a fait mention des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA), qui jouent un rôle en matière de grande utilisation du système de santé et pour lesquelles la prestation de soins plus appropriés pourrait aider à réduire les coûts. Son exposé a porté plus précisément sur un certain nombre d'affections appartenant à ce groupe et montré que, parmi celles-ci, les infections des voies urinaires sont très répandues et en augmentation chez ce groupe de population. De plus, M. Bardsley a insisté sur la différence entre les grands utilisateurs épisodiques et les grands utilisateurs à long terme.

M. Bardsley a mentionné différentes initiatives entreprises en Angleterre pour résoudre le problème de la grande utilisation du système de santé. L'une d'entre elles consiste à utiliser la modélisation prédictive par stratification des risques pour tirer des leçons des grands utilisateurs actuels afin de prédire les caractéristiques des futurs grands utilisateurs et de mieux comprendre comment des patients qui ne sont pas de grands utilisateurs le deviennent. Il a également fait mention d'initiatives comme les visites d'infirmières en chef communautaires, les salles virtuelles, une meilleure intégration des soins de santé et des services sociaux, et les politiques d'amélioration des soins en fin de vie à l'extérieur de l'hôpital. Le Royaume-Uni espère que les services de télésanté permettront de réduire le nombre d'admissions au service d'urgence (SU) sur son territoire.

M. Bardsley a insisté sur le fait que l'exécution est un facteur de réussite essentiel et qu'un modèle logique sous-jacent doit être établi pour faciliter la mise en œuvre. Il a prévenu les participants que la période nécessaire pour démontrer l'efficacité des interventions peut être relativement longue, ajoutant l'importance d'avoir des attentes réalistes en matière d'évaluation. Jusqu'à maintenant, le Royaume-Uni a été en mesure de réaliser des économies relatives aux soins non urgents et aux soins aux patients en consultation externe.

Irini Papanicolas, Grands utilisateurs du système de santé : analyse documentaire

Irini Papanicolas, de la London School of Economics, a présenté un survol de l'analyse de la portée de la litérature internationale sur les grands utilisateurs. Son exposé portait sur les questions suivantes :

- terminologie et définitions
- caractéristiques des grands utilisateurs
- répercussion de la grande utilisation sur le système de santé
- politiques de réduction de la grande utilisation

Un résumé du rapport sur lequel reposait l'exposé se trouve à l'annexe 3.

Keith Denny, Survol des activités canadiennes liées aux grands utilisateurs du système de santé

L'exposé de Keith Denny a résumé les points de vue des intervenants sur les descriptions, les définitions, les approches en matière de mesures et les politiques ou initiatives abordant la question des grands utilisateurs au Canada. Les résultats révèlent les points suivants :

- La question est jugée importante partout au pays.
- L'analyse et la mesure de la grande utilisation s'appuient principalement sur les données sur les hôpitaux, les services d'urgence et la pharmaceutique.
- Des interventions sont en cours partout au pays; elles sont classées dans deux grandes approches: les soins intégrés et les soins multisectoriels.
- La plupart des intervenants croyaient que la modélisation des risques, l'intégration des systèmes ou la continuité des soins, les soins primaires et les déterminants sociaux de la santé présentaient tous des occasions d'interventions clés.

Un résumé du rapport sur lequel reposait l'exposé se trouve à l'annexe 4.

La période de questions ayant suivi chacun des exposés a fait ressortir d'autres enjeux importants. Par exemple, un participant a demandé s'il existait des données sur la différence entre les grands utilisateurs épisodiques et les grands utilisateurs à long terme. Il a été convenu que cette question importante doit être étudiée de plus près, notamment pour comprendre comment un patient qui n'est pas un grand utilisateur du système de santé devient un grand utilisateur du système de santé et vice versa.

Conceptualisation et identification des grands utilisateurs

Une discussion de groupe a suivi les exposés. Les participants à un sondage pancanadien ont été invités à réfléchir aux activités entreprises par leur organisme ou leur province ou territoire en vue d'analyser et de mesurer la grande utilisation. Plusieurs participants ont également discuté des programmes mis en œuvre pour réduire la grande utilisation.

Colombie-Britannique

Une distinction a été faite entre les approches conceptuelle (prospective) et opérationnelle (réactive) visant à identifier les grands utilisateurs en Colombie-Britannique. L'approche conceptuelle identifie les types de personnes qui sont des grands utilisateurs et leurs caractéristiques afin de planifier, de concevoir et de mettre en œuvre des programmes de prévention de la grande utilisation. Par le passé, divers projets du ministère de la Santé ont examiné les caractéristiques des patients qui se classent parmi les premiers 5 % au chapitre du plus grand nombre de jours d'hospitalisation. Toutefois, au cours des trois dernières années, le ministère a plutôt élaboré une approche de segmentation de la population appelée Blue Matrix.

La Blue Matrix est une analyse rétrospective d'un an qui classe toute la population de la Colombie-Britannique en 13 groupes selon leur état de santé et leurs besoins en services de santé dans l'ensemble du système (médecins, hôpitaux, médicaments d'ordonnance, services à domicile et services de soins communautaires). Cette approche permet au ministère de connaître les grands utilisateurs de tous les soins de santé publics, ainsi que de mieux comprendre pourquoi ces groupes présentent une utilisation élevée et de déterminer comment le système de santé pourrait leur fournir des soins mieux adaptés à leurs besoins.

L'approche opérationnelle consiste à identifier les personnes qui sont déjà de grands utilisateurs afin de leur dispenser de meilleurs soins et de réduire leur utilisation globale du système de santé. Par exemple, l'approche a permis de mettre sur pied un programme de soins intégrés pour une patiente qui a visité le service d'urgence plus de 10 fois. À l'heure actuelle, les autorités sanitaires mènent un éventail d'initiatives visant à identifier les grands utilisateurs des soins de courte durée et à leur dispenser des soins plus appropriés. Un exemple d'approche opérationnelle est l'initiative Breathe Well, qui cible les personnes souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et identifie les grands utilisateurs des services d'urgence.

Alberta

Les travaux visant les grands utilisateurs ont occupé une place prépondérante en Alberta au cours de la dernière année. Un cadre qui utilise les coûts estimés de chaque habitant de la province pour le système de santé a été élaboré. Des 17 milliards de dollars consacrés annuellement aux soins de santé en Alberta, 9,6 ont été alloués. Les coûts associés aux soins de courte durée, aux services d'urgence, aux soins ambulatoires, spécialisés et à long terme ainsi qu'aux soins primaires ont été intégrés au modèle. Ce dernier n'inclut pas encore d'autres

coûts, comme ceux des laboratoires communautaires, de la pharmaceutique, des services à domicile et d'autres services de soutien. Une analyse typologique visant les patients qui se classent parmi les premiers 5 % au chapitre de l'utilisation (selon les coûts) a été effectuée en Alberta. Les résultats ont permis de grouper ces personnes aux besoins complexes et élevés dans six profils généraux :

- patients âgés et faibles (principalement âgés de plus de 75 ans)
- personnes âgées aux besoins complexes (dont beaucoup présentent d'importants problèmes de santé mentale et de toxicomanie)
- cas en santé génésique (événements de maternité ou d'obstétrique complexes)
- cas complexes de nourrissons et tout-petits (incluant les bébés hospitalisés à l'unité de soins intensifs néonatals)
- jeunes affichant des besoins élevés (incluant les profils de santé mentale, de toxicomanie et de blessure)
- enfants affichant des besoins élevés (incluant ceux qui présentent des retards de développement)

Les profils dressés à l'échelle de l'Alberta sont propres à chacune des 64 zones géographiques de services de santé. L'établissement des profils a révélé l'existence de nombreux facteurs clés propres à différentes collectivités. Par exemple, la vulnérabilité de la population, causée notamment par l'itinérance, est un facteur clé contribuant à l'utilisation des services d'urgence dans les quartiers centraux urbains. L'analyse existante est fondée sur des données transversales, mais des données longitudinales sur neuf ans et des données communautaires non cliniques (sociales) tirées du recensement sont désormais disponibles pour la réalisation d'une étude longitudinale.

Saskatchewan

Des projets pilotes axés sur les utilisateurs engendrant des coûts élevés et les utilisateurs fréquents du système de santé sont prévus en Saskatchewan. Le ministère de la Santé collabore avec les régions sanitaires au lancement de deux projets pilotes de recensement des cas à risque, soit un à Regina et un à Saskatoon, ciblant les patients associés à une utilisation et à des coûts élevés. Ces initiatives, qui seront lancées en 2014-2015, cibleront des groupes de patients pour qui des soins personnalisés, y compris la gestion des cas nécessitant des soins intensifs, pourraient être bénéfiques afin d'améliorer les résultats pour les patients et de réduire les coûts évitables. Parmi les types de données utilisées pour guider ces projets pilotes, mentionnons les données sur les hôpitaux, les services d'urgence, les médecins et les médicaments, en ciblant les grands utilisateurs qui se classent parmi les premiers 1 % et 5 % selon les coûts et l'utilisation fréquente ou élevée. Par l'intermédiaire de l'initiative Emergency Department Waits and Patient Flow, le ministère et ses partenaires fourniront également du soutien aux utilisateurs fréquents des services d'urgence (en particulier ceux souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie) dans le cadre d'un troisième projet pilote en 2014-2015.

Le ministère de la Justice dirige par ailleurs des travaux qui appuient la mise en œuvre d'un modèle appelé HUB and COR, élaboré initialement sous l'égide de Community Mobilization Prince Albert. Le HUB est formé d'effectifs du service de police et des services sociaux (secteurs des services sociaux, de l'éducation et autres) qui participent à une réunion multidisciplinaire deux fois par semaine. Pendant ces rencontres, ils passent en revue les cas à risque (dont ceux à risque d'utilisation élevée) et élaborent en temps réel des solutions et des interventions immédiates. Le COR est formé de représentants de partenaires du HUB qui procèdent à une analyse et à des travaux plus poussés en vue d'instaurer des changements durables à partir des leçons conjointes tirées du HUB. À l'échelle provinciale, des données intersectorielles sont en cours d'intégration pour appuyer l'identification des grands utilisateurs et les options visant à aborder les déterminants sociaux de la grande utilisation. Les initiatives de recensement des cas à risque à venir dépasseront le cadre des projets pilotes pour porter sur d'autres groupes de patients qui se classent parmi le premier 1 % au chapitre de l'utilisation.

Manitoba

Deux exemples de travaux conceptuels pertinents en cours au Manitoba ont été relevés. Le premier porte sur les utilisateurs fréquents des services d'urgence¹. Pour grouper ces grands utilisateurs, des limites d'inclusion ont été déterminées à différents niveaux (6, 12 et 18 visites); les caractéristiques des groupes ainsi obtenus variaient considérablement. Fait à souligner, le groupe formé des plus grands utilisateurs se distinguait des autres groupes par le fait que les maladies mentales y représentaient le problème de santé prédominant. Le second est un rapport (*Who Is in Our Hospitals... and Why?*) ayant pour objet d'identifier les types de patients qui utilisent les hôpitaux. Une de ses principales constatations est que les patients en niveau de soins alternatif (NSA) se classent cinquièmes au chapitre de la fréquence, mais troisièmes au chapitre du nombre de jours d'hospitalisation (17 %).

Des travaux opérationnels sont en cours à l'échelle régionale sur la question de la grande utilisation. Certaines initiatives examinent les soins primaires dispensés à domicile et le rôle des ambulanciers paramédicaux communautaires. D'autres types d'initiatives utilisées pour s'attaquer au problème des grands utilisateurs comprennent les services à domicile, comme l'établissement de relations spéciales avec des agences externes pour fournir des services de gestion de cas et aider un sous-ensemble d'utilisateurs à se loger. Bien qu'elle soit coûteuse, la gestion de cas produit des résultats.

Enfin, l'absence de collaboration systématique entre les soins de courte durée et les soins communautaires a été soulignée. De nombreux intervenants estiment que les solutions ont une dimension sociale et communautaire, mais le profil des grands utilisateurs demeure méconnu. Il importe de lier les données pour mieux comprendre les caractéristiques des grands utilisateurs du système de santé, et de se montrer ouvert à l'adoption d'une approche axée sur la collaboration.

Ontario

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'intéresse à la question de la grande utilisation depuis près de trois ans. La première approche dont il a été question est de nature conceptuelle et axée sur les données. Elle a porté sur les données de trois exercices issues de divers milieux de soins (soins de courte durée, chirurgies d'un jour, demandes de remboursement des médecins, santé mentale et soins de longue durée) et ciblé les patients qui se classent parmi les premiers 1 % et 5 % d'utilisateurs engendrant les coûts les plus élevés. Les données montrent qu'environ 40 % des grands utilisateurs le sont pendant deux ans, et que 20 % d'entre eux meurent au cours de la première année. Elles révèlent également la présence de 47 affections courantes chez les grands utilisateurs et une augmentation graduelle des coûts selon le nombre d'affections. L'obtention d'autres données, comme celles sur la pharmaceutique, a été difficile. Les responsables de l'initiative détermineront quels groupes cibler pour les travaux futurs.

L'initiative Health Links vise à bâtir des réseaux de soins cliniques et sociaux pour coordonner les soins à l'échelle de la province. Il existe à l'heure actuelle 54 réseaux Health Links qui couvrent environ 50 % de la population. Une fois pleinement mis en œuvre, les réseaux devraient couvrir 98 % de la population. L'organisation de chaque réseau est très souple. Beaucoup d'entre eux ont recours à diverses méthodes pour identifier les grands utilisateurs. La plupart du temps, ceux-ci sont des « visages familiers » (des patients qui affichent déjà une grande utilisation des ressources), mais les travailleurs sont à la recherche de conseils pour cibler les patients *potentiels* des réseaux Health Links.

Québec

Un certain nombre d'initiatives en cours au Québec examinent le niveau de soins chez certaines populations (comme les enfants et les personnes âgées). Les grands utilisateurs sont ceux qui se classent parmi les premiers 5 % ou 10 % au chapitre de l'utilisation des ressources. Ces initiatives porteront sur les grands utilisateurs de services hospitaliers, de services d'urgence et de médicaments, et permettront d'analyser les données séparément et ensemble. Les données régionales de certains fournisseurs ont été liées, et des analyses régionales et nationales ont été réalisées pour les grands utilisateurs qui se classent parmi les premiers 10 %.

Nouveau-Brunswick

On a fait remarquer que le Nouveau-Brunswick fait une distinction entre grands *utilisateurs* et grande *utilisation*, bien que l'analyse à l'échelle individuelle soit limitée. La grande utilisation concerne principalement le diabète, les maladies mentales, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'insuffisance cardiaque congestive et le NSA. Des initiatives ont été lancées pour réduire l'utilisation associée à ces affections, y compris des stratégies exhaustives visant le diabète et les maladies mentales, qui sont axées sur la mise en œuvre de pratiques exemplaires et la formation; la création d'équipes d'intervention d'urgence mobiles; la création d'équipes visant la santé de la famille et la mise sur pied de centres de traitement des CPSA comme les MPOC. Toutes les initiatives comprennent un volet d'évaluation; les résultats préliminaires disponibles sur le diabète indiquent des améliorations cliniques.

On a fait remarquer que les déterminants sociaux de la santé, en particulier le logement, exercent une influence importante sur la grande utilisation, et que les initiatives doivent en tenir compte pour produire des résultats. Le succès qu'a connu l'initiative accordant la priorité au logement Chez soi, qui fournit un logement stable aux participants avant de s'attaquer à leurs problèmes de santé, a été mentionné².

Île-du-Prince-Édouard

Les travaux effectués à ce jour à l'Île-du-Prince-Édouard sont principalement de nature conceptuelle et ciblent les utilisateurs fréquents (soit au moins quatre épisodes en soins pour patients hospitalisés sur une période de deux ans). Ces utilisateurs sont essentiellement atteints de maladies chroniques ou mentales. Les CPSA posent un grand problème pour la province, et les MPOC en seraient la cause principale. L'approche préconisée auprès des personnes souffrant de ces maladies consiste à les sensibiliser à leur état en mettant l'accent sur l'autogestion. Déjà, des projets de petite envergure ont été mis en œuvre pour cibler les MPOC, le diabète et les maladies mentales. Les prochains s'attaqueront à l'insuffisance cardiaque et à l'obésité.

Nouvelle-Écosse

Une analyse longitudinale fondée sur des données administratives (portant exclusivement sur les services d'urgence de l'Autorité sanitaire Capital) et ciblant les utilisateurs qui se classent parmi le premier 1 % au chapitre de l'utilisation des ressources est en cours en Nouvelle-Écosse. Les résultats indiquent que les grands utilisateurs sont principalement des personnes âgées, souffrant de maladies mentales ou présentant de multiples comorbidités.

La prochaine étape consistera à lier les données du projet avec celles de Community Counts, qui incluent des données géographiques et démographiques, comme la défavorisation sociale. Des travaux sont également en cours pour accroître la quantité de données issues des dossiers médicaux électroniques et des instruments d'évaluation interRAI. L'objectif ultime est de parvenir à affecter des ressources ciblées à des populations ciblées.

Terre-Neuve-et-Labrador

Le Newfoundland and Labrador Centre for Health Information a présenté un rapport sur les soins complexes au ministère de la Santé de la province en novembre 2013. Les soins complexes y sont définis comme ceux dispensés aux utilisateurs qui se classent parmi les premiers 5 % au chapitre des coûts; ceux-ci ont été ciblés au moyen d'un suivi des visites à l'hôpital et chez les médecins et de la participation aux régimes d'assurance-médicaments. La plupart sont âgés de plus de 65 ans, présentent des comorbidités multiples (il s'agit souvent de MPOC), visitent fréquemment le service d'urgence, n'ont pas de soutien dans la collectivité et souffrent de problèmes de santé mentale (surtout les hommes de 20 à 40 ans). Le rapport n'examine pas les déterminants sociaux, comme le chômage ou l'itinérance. Les analystes ont découvert que les patients qui reçoivent des soins complexes peuvent être identifiés au moyen de données rudimentaires, mais qu'il est beaucoup plus difficile de lier les données et de les rendre accessibles aux responsables de l'élaboration des politiques.

Yukon

Le Yukon compte une faible population (36 000 personnes) concentrée à Whitehorse (de 25 000 à 26 000 personnes). Des travaux effectués pour identifier les utilisateurs fréquents et les utilisateurs liés aux coûts élevés indiquent que ces patients présentent généralement des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Un des principaux problèmes auxquels est confronté le territoire est l'augmentation du nombre de visites au service d'urgence, et ce, en raison d'une pénurie de médecins. Pour réduire la pression exercée sur le service d'urgence, une clinique d'orientation a été mise sur pied. Cette clinique, exploitée par une équipe formée de médecins, d'un travailleur social et d'une infirmière spécialisée en santé mentale, s'adresse aux personnes affichant des besoins complexes. L'équipe a réussi à réduire de 190 à 40 le nombre de visites annuelles au service d'urgence pour un des patients. La clinique a également pu identifier un certain nombre de personnes aux besoins complexes qui n'étaient pas connues dans le système de santé. Au total, 5 grands utilisateurs connus du service d'urgence ont été pris en charge par la clinique, qui a également accueilli 42 nouveaux utilisateurs.

Nunavut

Caractérisé par une très faible population (33 000 personnes) dispersée géographiquement, le Nunavut est d'abord et avant tout confronté à un problème d'accès aux services. Chaque collectivité possède un centre de santé dont l'objectif est d'améliorer les soins de santé primaires et la gestion de cas. Des services spécialisés sont dispensés en collaboration avec des partenaires situés au sud. Environ la moitié de la population est âgée de moins de 25 ans, les taux de suicide sont élevés et l'accent est mis sur le renforcement des capacités de résilience et d'adaptation. Les déterminants sociaux de la santé sont considérés comme l'un des principaux enjeux.

Un autre défi de taille est l'absence de dossiers de santé électroniques. À l'heure actuelle, toutes les données sont recueillies manuellement. Le territoire travaille à la mise en place d'un dossier de santé électronique intégré, mais il doit d'abord convaincre les médecins de la valeur d'un tel outil. Un protocole d'entente avec les ministères de la Justice et de l'Éducation a également été conclu en vue de la création d'une infrastructure d'information conjointe.

Détermination des solutions stratégiques au problème de la grande utilisation des services de santé

Pendant toute la durée du forum, les participants ont discuté des solutions novatrices et des améliorations mises en place dans l'ensemble du pays pour s'attaquer au problème de la grande utilisation du système de santé, et fait ressortir un certain nombre d'approches et d'initiatives. Quelques-unes ont été examinées de plus près : l'approche Blue Matrix en Colombie-Britannique; l'analyse typologique effectuée en Alberta; l'initiative Health Links en Ontario³; ainsi que le Programme de soins paramédicaux prolongés⁴ et les centres

d'urgence collaboratifs en Nouvelle-Écosse⁵. Les échanges entre les participants ont permis de dégager des thèmes jugés essentiels aux processus d'innovation et d'amélioration entrepris dans l'ensemble des provinces et territoires.

Meilleure compréhension du profil des grands utilisateurs

Le thème qui a continué à susciter beaucoup d'attention comprenait les travaux conceptuels entrepris par beaucoup de provinces et territoires afin d'en apprendre plus sur le profil des grands utilisateurs. Une des questions demeurées centrales consistait à déterminer si les analystes devaient accorder la priorité aux données sur les coûts ou à celles sur l'utilisation, et à trouver comment régler le problème de la faible disponibilité des données.

Les discussions ont permis de constater qu'une méthode relativement courante consiste à examiner différentes régions au sein d'une même province, ou encore à regrouper les grands utilisateurs selon différents profils. De plus, certains profils se retrouvent dans l'ensemble des provinces et territoires, comme les personnes âgées et faibles, les patients souffrant de maladies chroniques (en particulier la MPOC et le diabète) et les patients atteints de maladies mentales.

Les participants ont discuté des approches qui permettent de comprendre et de catégoriser les variations à l'intérieur des profils. Les questions clés suivantes relatives au profil des grands utilisateurs demeurent sans réponse :

- Qu'est-ce qui constitue une grande utilisation?
- Quelles sont les caractéristiques associées à la grande utilisation?
- Que peut-on déduire des patients qui affichent des caractéristiques similaires, mais ne sont pas de grands utilisateurs?
- Dans quelle mesure les modèles de grande utilisation sont-ils transitoires ou chroniques dans les différents milieux de soins?

Ces questions ont été abordées lors d'un exposé sur l'initiative Blue Matrix. Par exemple, au sein de l'échantillon étudié en Colombie-Britannique, les personnes qui développent des comorbidités ou qui ont reçu un diagnostic récent sont plus susceptibles d'être de grands utilisateurs que celles dont l'état est stable à l'intérieur d'un même segment de population. En Alberta, il a été souligné que la catégorie des grands utilisateurs ne comprend pas exclusivement les grands utilisateurs chroniques, mais également des personnes qui vivent des événements à coût élevé. Il faut rechercher des possibilités d'amélioration dans ces deux groupes. Les participants ont fait remarquer qu'il existera toujours de très grands utilisateurs et que la réussite des initiatives passe par la modification de leur profil.

Les échanges ont également fait ressortir les points suivants :

- le rôle potentiel de la modélisation prédictive dans l'identification des futurs grands utilisateurs à partir des données existantes;
- la nécessité de trouver des mécanismes efficaces de diffusion des résultats aux décideurs:

- la nécessité de mobiliser le personnel et les personnes au sein de la collectivité;
- l'importance d'élaborer des indicateurs de grande utilisation et de les intégrer aux tableaux d'indicateurs et aux cadres de mesure de la performance.

Les participants étaient généralement d'avis que la disponibilité des données et la capacité analytique étaient des obstacles à ce type de travaux. Plus précisément, ils ont convenu que le couplage de données à l'échelle des services de soins et des services sociaux serait avantageux pour les analyses de ce genre, tout comme l'accès à des données longitudinales. Le groupe a insisté sur le fait que d'importants progrès pourraient être réalisés grâce au partage des connaissances et à l'amélioration de la communication.

Approches opérationnelles pour résoudre le problème de la grande utilisation

La prochaine question importante qui a fait l'objet de discussions portait sur des approches plus opérationnelles, soit la façon de prendre en charge les personnes identifiées comme de grands utilisateurs et d'intervenir afin de leur offrir de meilleurs soins et de réduire globalement leur utilisation des ressources et les coûts qu'ils engendrent pour le système.

Les discussions ont porté sur le recensement des cas à risque comme approche pour cibler les grands utilisateurs et intervenir afin de répondre à leurs besoins. Cette approche est actuellement mise en œuvre en Saskatchewan. Elle a été lancée initialement par la division des services policiers et correctionnels du ministère de la Justice, qui a fait appel à des travailleurs sociaux pour identifier les « personnes en crise » et intervenir avant que leur situation ne dégénère. La province travaille maintenant à l'élaboration d'un modèle d'intervention en soins fondé sur cette approche. Les participants ont longuement discuté de l'importance de cerner les cas à risque dans l'ensemble des secteurs en utilisant les renseignements des ministères de la Justice, de l'Éducation et de la Santé, et en encourageant les partenariats intersectoriels. Ils étaient généralement d'avis que la collaboration entre les secteurs est importante.

Les participants ont mentionné d'autres types d'approches opérationnelles, et beaucoup ont également fait référence à la mobilisation des ressources en soins primaires ou communautaires pour dispenser des soins mieux adaptés aux besoins des grands utilisateurs. À titre d'exemple, le Programme de soins paramédicaux prolongés de la Nouvelle-Écosse traite des patients dans les centres de soins infirmiers pour réduire la fréquence de visites de ces derniers au service d'urgence. Près des trois quarts (74 %) des appels ont été traités au centre de soins infirmiers. Sans l'existence du programme, bon nombre de patients se seraient rendus au service d'urgence. La Nouvelle-Écosse a également mis sur pied des centres d'urgence collaboratifs qui dispensent des soins primaires pendant des heures de service prolongées dans le but de réduire le nombre de visites au service d'urgence en soirée. À l'Île-du-Prince-Édouard, les initiatives ciblent particulièrement les utilisateurs présentant une MPOC. L'autogestion des patients avec l'appui d'infirmières a permis de réduire le nombre d'hospitalisations et la durée de celles-ci. En Ontario, le programme Health Links, articulé autour des besoins des patients, dispense des soins communautaires qui dépassent le cadre des soins de santé.

Prise en compte des déterminants sociaux de la santé

L'influence des déterminants sociaux de la santé sur la grande utilisation a constitué l'un des principaux points abordés lors du forum. Les participants ont été nombreux à faire remarquer que l'itinérance ou l'appauvrissement étaient des facteurs clés tant du côté des services correctionnels que de celui des services sociaux et de santé.

Au Nunavut, des intervenants des milieux de l'éducation, de la justice et de la santé ont uni leurs efforts afin de mobiliser les personnes et les collectivités pour mettre sur pied des programmes de mentorat. Des services communautaires à domicile sont offerts partout au Yukon, de même que le programme Homecare for the Homeless. Ces initiatives ont permis de réduire le nombre d'admissions en soins de courte durée.

La Colombie-Britannique a mis sur pied à Vancouver un programme en santé mentale et en toxicomanie, en partenariat avec le service de police et la Ville. L'itinérance est un problème clé dans la province. Il a été démontré que la fourniture d'un logement à un grand utilisateur permet de réduire grandement la fréquence de ses visites au service d'urgence. Le Manitoba a également remarqué que l'amélioration des services dans les refuges, les services d'aide à l'emploi et d'autres agences permet d'améliorer la santé, mais que cette initiative est coûteuse. Les participants néo-brunswickois ont également discuté d'un certain nombre d'initiatives intersectorielles visant la santé mentale, la gestion des patients de NSA, la toxicomanie et l'itinérance.

En Alberta, un hôpital a mis en place une approche progressive qui a d'abord ciblé les 5 plus grands utilisateurs d'un service d'urgence dans un emplacement, puis les 25 et finalement les 125 plus grands utilisateurs. Les responsables du projet ont trouvé difficile d'y aller par étapes et d'implanter la même approche dans d'autres emplacements. Des participants néo-brunswickois ont fait état d'une initiative similaire, financée au moyen d'économies réalisées par la prescription de médicaments génériques.

D'une province ou d'un territoire à l'autre et à l'intérieur de ceux-ci, un éventail de solutions novatrices, d'améliorations et d'approches ont été mises de l'avant, ce qui a mené les discussions vers la question suivante : quand faut-il avoir recours à la prévention, et quand faut-il utiliser la gestion de cas? Les participants ont perçu une distinction entre les approches ciblant la grande *utilisation* (prévention) et celles ciblant les grands *utilisateurs* (gestion de cas).

Les participants ont également exprimé certaines préoccupations quant à l'évaluation de telles initiatives, estimant que la capacité analytique posait problème, tout comme la détermination des paramètres de réussite des initiatives.

Perspectives d'avenir

Avant la conclusion du forum, les participants ont été appelés à réfléchir aux formes de soutien que pourraient offrir les agences fédérales et pancanadiennes. Voici quelques-uns des points clés qu'ils ont soulevés :

- Certains participants estiment que l'ICIS et les IRSC pourraient mobiliser les dispensateurs et la collectivité dans le cadre du partage et de l'analyse des données, notamment en communiquant les avantages de ces activités aux praticiens et en les aidant à comprendre en quoi consiste la gestion des changements.
- Les participants ont fait remarquer que le forum était une excellente façon d'en apprendre plus sur les différentes initiatives en cours dans les autres provinces et régions, mais qu'il serait également bénéfique d'assurer un partage des connaissances sur une base continue. Plus précisément, il a été proposé de fournir de l'information sur les initiatives en cours dans l'ensemble des provinces et territoires, et de lier les travaux en cours aux objectifs globaux en matière de performance. Dans le même ordre d'idées, il serait utile de poursuivre les discussions avec les responsables de l'élaboration des politiques ainsi que les analystes et les chercheurs, comme l'a permis le forum.
- Les participants ont estimé que l'adoption d'approches collaboratives en matière d'analyse pourrait s'avérer avantageuse. Il a notamment été proposé de créer un répertoire de connaissances que les provinces qui n'utilisent pas la modélisation à l'heure actuelle pourraient consulter afin d'en apprendre plus sur ce qui se fait dans les autres provinces. Plus précisément, il a été demandé de mettre sur pied un système de partage des méthodes d'évaluation, de modélisation prédictive et de prévision. Une liste de coordonnées des intervenants et de leur domaine d'activité serait un bon point de départ.

Pour conclure la séance, l'ICIS, Statistique Canada, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et les IRSC ont fait état des initiatives en cours et à venir relatives aux grands utilisateurs.

L'ICIS mène un certain nombre d'initiatives relatives aux grands utilisateurs :

- En collaboration avec Qualité des services de santé Ontario et Santé Manitoba, l'ICIS a élaboré un nouvel outil intitulé Prévision du risque d'admission à l'hôpital (PRAH), à l'intention des hôpitaux et des dispensateurs de soins primaires afin de les aider à détecter les patients susceptibles d'être réadmis à l'hôpital dans les 30 jours ou les 15 mois suivant l'obtention de leur congé en se basant sur 5 ou 10 caractéristiques des patients.
- Un groupeur ajusté aux risques de la population (GARP) est également en cours d'élaboration et devrait être publié en 2015.
- Un rapport sur les MPOC (un des facteurs déterminants de la grande utilisation) devrait également être publié en 2015.

- Parmi les initiatives à venir figure un sondage sur l'expérience des patients en soins de courte durée, dont les résultats permettront d'orienter l'élaboration de mesures déclarées par le patient (projet qui verra le jour si un nombre suffisant de provinces et de territoires manifestent leur intérêt).
- Un nouvel indicateur des admissions multiples à l'hôpital est également en cours d'élaboration.

Sur le plan des données, l'ICIS collabore avec les provinces et territoires pour

- faciliter le couplage des données;
- acquérir des données sur la facturation des médecins rémunérés à l'acte.

L'ICIS a également créé le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), qui comprend des données sur tous les soins ambulatoires en milieu hospitalier et communautaire, y compris

- · les chirurgies d'un jour;
- les cliniques de consultation externe;
- les services d'urgence.

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé mène un certain nombre d'initiatives susceptibles d'intéresser les participants au forum, dont les suivantes :

- le modèle de soins INSPIRED pour les personnes souffrant de MPOC dans la collectivité (Implementing a Novel and Supportive Program of Individualized care for patients and families living with REspiratory Disease);
- le Défi Santé, une initiative de réduction de l'utilisation fréquente du système de santé chez les hommes qui souffrent de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, adaptée du programme Community Matron du National Health Service du Royaume-Uni; le Défi Santé a permis de réduire de 10 % l'occupation de lits dans les hôpitaux;
- l'Initiative de diffusion des innovations dans les services de santé (un partenariat entre la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, l'Institute for Healthcare Improvement et Kaiser);
- une cohorte canadienne du programme à trois volets de l'Institute for Healthcare Improvement;
- des projets de participation des patients.

Statistique Canada effectue des analyses visant à déterminer les caractéristiques associées à la grande utilisationⁱ. Ces travaux ont montré que des facteurs comme le faible statut socioéconomique, les problèmes de santé mentale, les CPSA et le fait d'être un Autochtone vivant hors réserve sont autant de prédicateurs d'une grande utilisation.

i. Par exemple: http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2011006-fra.pdf.

Statistique Canada peut offrir du soutien aux provinces et territoires dans des secteurs clés comme les cadres de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels, la compréhension des questions relevant de la comparabilité entre les provinces et territoires (et à l'intérieur de ceux-ci), la mise en commun d'ensembles de données et la compréhension des données.

L'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) et l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP), qui appartiennent aux IRSC, viennent tout juste de lancer un programme quinquennal de réseaux d'apprentissage baptisé Réseau de la SRAP (Stratégie de recherche axée sur le patient) sur les innovations en soins de santé intégrés et de première ligne. Le programme est axé sur de nouvelles approches en matière de prestation de soins de santé intégrés (y compris la prévention primaire et les soins de santé primaires) horizontalement et verticalement à l'échelle du continuum de soins afin de

- venir en aide aux personnes qui présentent des besoins en soins complexes tout au long de leur vie;
- permettre l'intégration multisectorielle des stratégies de prévention en amont et des modèles de prestation des soins (y compris l'évaluation des prédicateurs en amont de la grande utilisation du système de santé ainsi que l'identification subséquente de stratégies de prévention et d'interventions ciblées).

Le Réseau de la SRAP consiste en un modèle distribué de réseaux provinciaux et territoriaux en cours d'élaboration. Étant donné la correspondance entre le point de mire du réseau et les objectifs de l'atelier, l'ISPS et l'ISPP ont encouragé les participants à communiquer avec leur réseau provincial ou territorial respectif et offert de faciliter le contactⁱⁱ.

ii. http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/43626.html; http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/47870.html.

Récapitulation

En conclusion, Terry Sullivan et Jeremy Veillard ont fait remarquer que les défis en matière de détermination des mesures conceptuelles et opérationnelles à adopter sont de taille, mais que les innovations dont il a été question pendant les discussions sont prometteuses et éclairantes. Par ailleurs, l'intérêt est évident pour la collaboration en matière de saisie et d'analyse des données, de même qu'en matière d'innovation et de mise en œuvre à plus grande échelle. M. Veillard a fait mention d'éventuelles prochaines étapes, notamment

- un soutien logistique à des communautés de pratique autodirigées, si les participants manifestent un intérêt suffisamment marqué, dans trois secteurs prioritaires :
 - l'évaluation analytique;
 - les programmes;
 - les changements au sein du système;
- la publication d'un numéro spécial de Healthcare Papers consacré aux grands utilisateurs;
- la convocation des participants au forum à la conférence 2015 de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé (ACRSPS).

Annexe 1 : Ordre du jour

Forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé

Hôtel Sheraton Gateway Salle Alpine Aérogare 3, Aéroport international de Toronto Toronto (Ontario) 20 et 21 mars 2014

Ordre du jour

Objectifs

Favoriser l'apprentissage collectif et offrir aux participants la possibilité d'échanger de l'information et de discuter à propos des stratégies et des interventions concernant les grands utilisateurs du système de santé dans leur province ou territoire et dans le reste du pays.

Présenter les priorités en matière de recherche et relever celles qui sont communes à l'ensemble des provinces et territoires.

Déterminer comment les données, la mesure de la performance et la recherche et l'analyse peuvent appuyer les provinces et territoires.

	Jeudi 20 mars 2014
Heure	Point
9 h 30	Inscription — foyer Alpine
10 h	Mot de bienvenue
10 h 5	Introduction et survol de l'ordre du jour • Animateur : Terry Sullivan
10 h 15 à 12 h	Séance 1 : Perspectives sur la question des grands utilisateurs à l'échelle nationale et internationale
10 h 15	 Leçons tirées de l'expérience du National Health Service Conférencier : Martin Bardsley, Nuffield Trust, RU.
11 h	Recherche et politiques : présentation sommaire de la situation internationale Conférencière : Irene Papanicolas, London School of Economics, RU.
11 h 30	Situation au Canada : un aperçu général Conférencier : Keith Denny, Institut canadien d'information sur la santé
12 h	Dîner — foyer Alpine
13 h	Séance 2 : Comment identifier les grands utilisateurs du système de santé au Canada : discussion sur la recherche et l'analyse (tour de table)
14 h 30	Pause — foyer Alpine
14 h 45	Séance 3 : Passer de la description à l'action : discussion sur les différentes expériences (tour de table)
16 h 15	Synthèse et levée de la réunion
18 h 30	Souper — salle Geneva

Vendredi 21 mars 2014	
Heure	Point
7 h 45	Déjeuner — foyer Alpine
8 h 30	Mot de bienvenue, récapitulation et survol • Animateur : Terry Sullivan
8 h 45	Séance 4 : Efforts d'innovation et d'amélioration concernant la question des grands utilisateurs
10 h 15	Pause — foyer Alpine
10 h 30	Séance 5 : Comment appuyer l'innovation et l'amélioration au sein des provinces et territoires
11 h 45	Conclusion et prochaines étapes
12 h 15	Dîner — foyer Alpine

Annexe 2 : Liste des participants, Forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé, 20 et 21 mars 2014, Toronto, Ontario

Owen Adams

Vice-président Association médicale canadienne Ottawa, Ont.

owen.adams@cma.ca

Lynn Barr-Telford

Directrice générale Statistique Canada Ottawa, Ont.

Lynn.Barr-Telford@statcan.gc.ca

Onil Bhattacharyya

Maître de conférence et clinicien-chercheur Université de Toronto Toronto, Ont.

onil.bhattacharyya@wchospital.ca

Martha Burd

Directrice Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique Victoria, C.-B. martha.burd@gov.bc.ca

Erica Di Ruggiero

Directrice adjointe Instituts de recherche en santé du Canada Ottawa. Ont. e.diruggiero@utoronto.ca

Darlene Dreilich

Analyste de politiques Ministère de la Santé du Manitoba Winnipeg, Man. darlene.dreilich@gov.mb.ca

Eric Fournier

Directeur général adjoint Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Québec, Qc eric.fournier@msss.gouv.gc.ca

Anna Greenberg

Directrice, Secrétariat au renouvellement Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario Toronto, Ont. Anna.Greenberg@ontario.ca

Martin Bardsley

Directeur de recherche **Nuffield Trust** London, R.-U.

martin.bardsley@nuffieldtrust.org.uk

Trish Bergal

Directrice régionale Office régional de la santé de Winnipeg Winnipeg, Man. tbergal@wrha.mb.ca

Alison Blair

Directrice Ministère de la Santé et des Soins de

longue durée de l'Ontario Toronto, Ont.

alison.blair@ontario.ca

Heather Bursey

Conseillère en soins de santé Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick Fredericton, N.-B. heather.bursey2@gnb.ca

Heather Diamond

Coordonnatrice de gestion de l'utilisation Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard Charlottetown, Î.-P.-É. hcdiamond@ihis.org

Paula English

Sous-ministre déléguée par intérim Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse Halifax, N.-É. paula.english@gov.ns.ca

Randy Fransoo

Professeur Centre manitobain des politiques en matière de santé Winnipeg, Man. randy fransoo@cpe.umanitoba.ca

Christine Grimm

Chef, Information sur la santé Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse Halifax, N.-É. christine.grimm@gov.ns.ca

Marilyn Barrett

Directrice Santé Î.-P.-É. Charlottetown, Î.-P.-É. mabarrett@gov.pe.ca

Julie Bernier

Gestionnaire de recherche Statistique Canada Ottawa, Ont.

Julie.Bernier@statcan.gc.ca

Tom Briggs

Agent principal de programme Planning and Performance Services de santé de l'Alberta Calgary, Alb. tom.briggs@albertahealthservices.ca

Keith Denny

Chercheur principal Institut canadien d'information sur la santé Ottawa. Ont. KDennv@icis.ca

Brent Diverty

Vice-président Institut canadien d'information sur la santé Ottawa, Ont. BDiverty@icis.ca

Rim Fayad

Analyste de recherche en information Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick Moncton, N.-B. Rim.Fayad@nbhc.ca

Katarina Gapanenko

Gestionnaire Institut canadien d'information sur la santé Toronto, Ont. KGapanenko@icis.ca

Abby Hoffman

Sous-ministre adjointe Santé Canada Ottawa, Ont. abby.hoffman@hc-sc.gc.ca

Geoff Hynes

Gestionnaire
Institut canadien d'information
sur la santé
Ottawa, Ont.
GHynes@icis.ca

Jason Liggett

Gestionnaire
Ministère de la Santé de
la Saskatchewan
Regina, Sask.
Jason.Liggett@health.gov.sk.ca

Kim McGrail

Professeure adjointe
Université de la ColombieBritannique
Vancouver, C.-B.
kmcgrail@chspr.ubc.ca

Steve O'Reilly

Directeur exécutif Institut canadien d'information sur la santé St. John's, T.-N.-L. SOreilly@icis.ca

Jennie Pickard

Vice-président intérimaire, Integrated Program Delivery Qualité des services de santé Ontario Toronto, Ont. Jennie.pickard@hgontario.ca

Stephen Samis

Vice-président
Fondation canadienne pour
l'amélioration des soins de santé
Ottawa, Ont.
stephen.samis@cfhi-fcass.ca

John Thomson

Directeur exécutif Santé Alberta Edmonton, Alb. john.thomson@gov.ab.ca

Walter Wodchis

Professeur associé Université de Toronto Toronto, Ont. walter.wodchis@utoronto.ca

Markus Lahtinen

Chef d'équipe, Mesure Health Quality Council of Alberta Calgary, Alb. Markus.Lahtinen@hqca.ca

Don MacDonald

Vice-président Newfoundland and Labrador Centre for Health Information St. John's, T.-N.-L. don.macdonald@nlchi.nl.ca

Meg McMahon

Directrice associée Instituts de recherche en santé du Canada Ottawa, Ont. mmcmahon.ihspr@mcgill.ca

Meric Osman

Analyste de la recherche Saskatchewan Health Quality Council Saskatoon, Sask. mosman@hgc.sk.ca

Brigitte Poussart

Professionnelle/agente de recherche Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Québec, Qc brigitte.poussart@msss.gouv.qc.ca

Karen Stone

Sous-ministre adjointe Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador St. John's, T.-N.-L. karens@gov.nl.ca

Jeremy Veillard

Vice-président
Recherche et Analyse
Institut canadien d'information
sur la santé
Toronto, Ont.
JVeillard@icis.ca

Sherri Wright

Sous-ministre adjointe Ministère de la Santé et des Affaires sociales Whitehorse, Yn sherri.wright@gov.yk.ca

Rebecca Lickiss

Étudiante au programme d'enseignement coopératif Institut canadien d'information sur la santé Toronto, Ont.

RLickiss@icis.ca

Anne McFarlane

Vice-présidente Institut canadien d'information sur la santé Victoria, C.-B. AMcFarlane@icis.ca

Monita O'Connor

Sous-ministre adjointe Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut Iqaluit, Nun. mo'connor@gov.nu.ca

Irini Papanicolas

Professeure adjointe London School of Economics and Political Science Londres, R.-U. i.n.papanicolas@lse.ac.uk

Kenneth Ross

Sous-ministre adjoint Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick Fredericton, N.-B. ken.ross@gnb.ca

Terrence Sullivan

Gestion des services de santé, Amélioration des politiques et de la performance Toronto, M5N 1X3 terrence.sullivan@utoronto.ca

Charlotte Whitbread

Conseillère
Ministère de la Santé et des
Services sociaux du Nunavut
Toronto, Ont.
cwhitbread@gov.nu.ca

Greg Zinck

Gestionnaire
Institut canadien d'information
sur la santé
Ottawa, Ont.
GZinck@icis.ca

Annexe 3 : Analyse de la portée de la littérature sur les grands utilisateurs du système de santé

Sommaire (points saillants)

Préparé par Irini Papanicolas pour le Forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé, qui se tiendra à Toronto les 20 et 21 mars 2014.

Cette analyse documentaire rassemble la littérature portant sur ce champ de recherche afin de mieux comprendre l'ampleur des coûts et de l'utilisation attribuables aux « grands utilisateurs » ainsi que les caractéristiques associées à ceux-ci, et de déterminer s'il existe des politiques qui permettraient de répondre plus efficacement à leurs besoins.

Terminologie

Un nombre important de nouvelles études portent sur la grande utilisation des services de santé. Cependant, on observe dans la littérature que les définitions utilisées pour identifier les grands utilisateurs varient sensiblement. Néanmoins, il est possible de dégager trois approches générales pour définir les grands utilisateurs :

- les populations au-dessus d'un seuil absolu préétabli, le plus souvent associé au coût ou à l'utilisation des services de santé;
- les populations au-dessus d'un seuil relatif associé au coût ou à l'utilisation des services de santé;
- les populations respectant un certain seuil normatif de coût et d'utilisation.

La terminologie semble varier selon la caractéristique utilisée pour définir une grande utilisation; les intervenants qui définissent celle-ci en fonction de l'utilisation des services de santé emploient habituellement l'expression « utilisateurs fréquents », alors que ceux qui examinent l'utilisation des services selon une perspective de coût financier utilisent l'expression « utilisateurs à coûts élevés ».

On observe également parmi ces définitions des différences dans les types de services analysés; certaines études portent sur des milieux de services en particulier comme les soins ambulatoires et les soins aux patients hospitalisés, alors que d'autres examinent un large éventail de milieux de dispensateurs.

Une grande partie de la littérature applique des définitions ponctuelles de grands utilisateurs qui ont été élaborées pour les besoins d'une enquête précise. L'établissement a priori de définitions — employant des seuils absolus ou relatifs variés — peut mener à des conclusions très différentes concernant les populations de grands utilisateurs du système de santé.

Caractéristiques

Les études passées en revue évaluaient une vaste gamme de caractéristiques des grands utilisateurs. On a constaté que, parmi celles-ci, six caractéristiques générales étaient fréquemment associées à une grande utilisation des services de santé : l'âge, le sexe, la morbidité, une utilisation généralement élevée des services de santé, l'itinérance et la situation sur le plan des assurances.

En outre, de nombreux résultats empiriques ont montré une corrélation positive entre une grande utilisation de soins médicaux et l'âge du patient. Plusieurs études aux États-Unis, au Canada, en Suède et en Grande-Bretagne sont parvenues à la même conclusion. Cette corrélation repose en partie sur l'observation que les dépenses sont élevées durant la dernière année de vie.

Par ailleurs, certaines études indiquent que le coût moyen par patient âgé dans le groupe d'utilisateurs à coûts élevés était en fait inférieur à celui par patient d'âge moyen, ce qui donne à penser que les populations d'utilisateurs engendrant des coûts élevés pourraient être associées à un ensemble unique de concentrations des coûts à l'échelle des groupes d'âge, qui diffèrent des augmentations typiques associées à l'âge dans les coûts de santé.

La plupart des rapports consultés font état d'une plus grande utilisation des services de santé chez les femmes au sein de différents systèmes de santé. Celles-ci sont en effet systématiquement surreprésentées dans les populations d'utilisateurs fréquents et engendrant coûts élevés, peu importe le service à l'étude (p. ex. les soins primaires, l'utilisation des services d'urgence, les soins aux patients hospitalisés, l'utilisation de produits pharmaceutiques), même après avoir tenu compte de la variable de la grossesse.

D'autres études suggèrent qu'il existe une relation indirecte entre le sexe et l'utilisation des services de santé, laissant entendre que l'effet de cette variable sur la tendance à utiliser les services de santé pourrait être influencé par des caractéristiques distinctes qui définissent le profil des populations de grands utilisateurs, comme l'âge et le type de service utilisé.

Dans l'ensemble, la littérature montre que les populations de grands utilisateurs présentent généralement des facteurs de morbidité et de comorbidité importants. Ces populations sont plus susceptibles d'avoir un état de santé autoévalué moins bon, une forte prévalence de troubles de santé chroniques, notamment de coronaropathie, d'insuffisance cardiaque et de diabète, ainsi qu'un plus grand nombre de troubles psychosociaux, les plus courants étant les troubles anxieux, l'alcoolisme, la schizophrénie, la toxicomanie et la dépression. La détresse psychosociale, qu'elle soit accompagnée ou non d'une autre maladie mentale, peut également augmenter la probabilité d'utilisation des services de santé. Les patients dont les structures de soutien social (p. ex. des proches qui prennent soin d'eux) sont faibles ont tendance à utiliser davantage les services de soins primaires.

On a également constaté que les grands utilisateurs d'un type de service en particulier faisaient aussi grand usage de divers autres services de santé. Les visiteurs fréquents des services d'urgence fréquentent généralement d'autres établissements de soins, notamment de soins de santé primaires, de consultation externe et hospitaliers.

Plusieurs recherches ont examiné l'itinérance comme caractéristique d'une grande utilisation des services de santé. Selon des études récentes, l'utilisation des services est très hétérogène parmi les populations de sans-abri, alors qu'une partie de la littérature dans ce domaine estime que l'appauvrissement, plutôt que l'itinérance comme telle, entraîne une grande utilisation.

La grande utilisation de soins médicaux a également été évaluée relativement à la situation sur le plan des assurances, surtout aux États-Unis. Cependant, les résultats de ces études — même menées dans un milieu identique — sont contradictoires et montrent différentes orientations quant à cette association. Les écarts dans les résultats pourraient s'expliquer par l'utilisation de bases de données, de conditions d'échantillonnage ou d'approches méthodologiques différentes, ou encore ils pourraient refléter les approches variables pour définir une « grande utilisation ». D'autres études semblent toutefois nécessaires pour clarifier dans quelle mesure la situation sur le plan des assurances influe sur l'utilisation de soins médicaux.

Répercussions

Aux États-Unis, différentes estimations montrent que 5 % de la population engendrent de 49 % à 52 % des dépenses totales en santé et que cette concentration des coûts est restée relativement stable au cours des dernières décennies. Une autre étude, qui évaluait les dépenses en santé pour les grands utilisateurs relativement à des populations témoins, a conclu que cette population est à l'origine de coûts 4,69 fois plus élevés dans les soins épisodiques, 2,72 fois plus élevés dans les soins communautaires de longue durée et 1,84 fois plus élevés dans les soins en établissement à séjour prolongé.

Lorsqu'on examine les valeurs absolues des dépenses attribuables aux grands utilisateurs aux États-Unis, on estime que seul un faible pourcentage de patients ont engendré des coûts de plus d'un million de dollars par année (0,5 %) et de 250 000 \$ par année (6,5 %).

D'autres analyses ont tenté de déterminer la quantité de services utilisés par les grands utilisateurs, mais les résultats varient, surtout en raison des différentes définitions d'un grand utilisateur. Divers résultats donnent à penser que les grands utilisateurs aux États-Unis représentent 17,6 % à 28 % des visites aux services d'urgence et utilisent plus de 20 % de tous les services de soins pour patients hospitalisés en psychiatrie.

Au Canada, les estimations indiquent que 1 % de la population a engendré 49 % des coûts combinés des soins aux patients hospitalisés et des services à domicile, et que 5 % de la population est à l'origine de 84 % de ces coûts. Selon de nombreuses études, les répercussions des grands utilisateurs sur le système de santé semblent être relativement stables au fil du temps.

Des rapports en Ontario, au Manitoba, en Colombie-Britannique et en Saskatchewan présentent également des estimations de la quantité de services utilisés chez les grands utilisateurs. Toutefois, les estimations et les méthodes utilisées varient, d'où la difficulté d'établir des comparaisons directes. En Ontario, on estime que 39 000 personnes sont à l'origine de 30 % des coûts des soins aux patients hospitalisés et des services à domicile. Au Manitoba, les grands utilisateurs des services médicaux représenteraient 45 % de tous les jours de soins hospitaliers, même si ce groupe ne représente que 2,57 % des patients hospitalisés et 0,33 % de la population de la province.

Une étude menée en Colombie-Britannique désigne les grands utilisateurs comme la tranche de 5 % de la population engendrant les coûts les plus élevés dans les services remboursés. En se fondant sur cette définition, les auteurs estiment que les grands utilisateurs sont à l'origine de 2 902 \$ en paiements de médecins en moyenne, soit 7,9 fois plus que les patients qui ne sont pas de grands utilisateurs. En Saskatchewan, les estimations donnent à penser que le 20^e percentile des utilisateurs dans chaque domaine de service est associé à une limite inférieure de 2 visites à l'hôpital, de 32 visites chez le médecin et de 29 médicaments par année.

Des données probantes limitées provenant d'autres pays comme la Finlande, la Suède et l'Australie font état d'approches et de répercussions variables. En Finlande, on estime que 5 % de la population était à l'origine d'environ 50 % des dépenses en médicaments en 2009. En Suède, les utilisateurs fréquents des services d'urgence représentaient seulement 4 % de la population, mais étaient à l'origine de 18 % de toutes les visites aux services d'urgence en 1996. En Australie, les utilisateurs faisant partie de la tranche de 5 % engendrant les coûts totaux les plus élevés pour les services aux patients hospitalisés étaient à l'origine de 38,4 % de ces coûts et des jours de présence des patients hospitalisés.

Politiques

La plupart des politiques ayant ciblé la grande utilisation des services de santé ont été élaborées et mises en œuvre à une échelle locale. Récemment, des initiatives politiques ont vu le jour à une échelle plus grande, notamment provinciale ou nationale.

Les médias de masse, la littérature grise et les études évaluées par les pairs suggèrent tous que des initiatives politiques ciblées, notamment l'aide au logement et la gestion de cas, pourraient réduire la grande utilisation des services de santé par les populations de sans-abri, et avoir ainsi des répercussions positives sur les dépenses en santé et la surutilisation des services de santé.

Althaus et ses collaborateurs ont élaboré un mécanisme de regroupement pour classer les initiatives ciblant les grands utilisateurs de soins médicaux. Ils ont établi une typologie à trois volets pour regrouper les politiques en la matière :

- des programmes de gestion de cas (regroupant divers intervenants en soins cliniques et services sociaux pour planifier et mettre en œuvre des mécanismes améliorés de soins aux patients);
- des interventions de soutien de travailleurs sociaux (programmes utilisant des ressources des services sociaux pour améliorer les résultats pour les patients);
- des interventions selon un plan de soins coordonnés (programmes qui visent à améliorer les soins en planifiant une meilleure coordination de ceux-ci).

Parmi les études évaluées (au nombre de huit), cinq ont été classées comme des programmes de gestion de cas et trois comme des programmes de non-gestion de cas.

Les « salles virtuelles », qui visent à améliorer l'intégration des soins de santé et des services sociaux pour les patients présentant un risque élevé d'hospitalisation en reconnaissant et en abordant leurs besoins complexes et interdépendants, ont vu le jour au Royaume-Uni au début des années 2000. Elles ont depuis été étendues dans tout le pays, de même qu'au Canada et aux États-Unis. Les différentes adaptations du modèle de salle virtuelle dans divers milieux de soins représentent un champ d'études qui pourrait produire des résultats intéressants pour les chercheurs et les décideurs. À ce jour, peu d'études ont été menées pour évaluer les répercussions de ces programmes.

De même, le « foyer médical » axé sur le patient représente également une nouvelle approche potentielle pour accroître la qualité des soins de santé, maîtriser les coûts et améliorer l'expérience du patient aux États-Unis. Ce modèle repose essentiellement sur des mécanismes permettant d'organiser les soins primaires de façon à fournir des soins de grande qualité répondant à l'ensemble des besoins d'un patient. Malgré le grand enthousiasme suscité par le concept de foyer médical, peu de publications revues par les pairs ont conclu que l'application de ce concept produit des améliorations mesurables en matière de qualité et d'efficacité des soins. Toutefois, les analyses comparatives sont limitées en raison du manque d'uniformité dans les définitions et la terminologie.

Les premières études sur cette nouvelle approche semblent refléter une grande variation quant à la conception et à la mise en œuvre des foyers médicaux dans la pratique, et quant aux méthodes choisies par les chercheurs pour évaluer cette conception et cette mise en œuvre. Alors que certains aspects du foyer médical semblent prometteurs et que de nombreuses études font état de résultats favorables pour un ou plusieurs indicateurs, quelques études constatent des effets fâcheux sur les coûts et d'autres produisent des résultats non concluants.

Les approches préconisées par les programmes analysés ainsi que les populations ciblées varient, de même que la mesure dans laquelle les résultats font l'objet de suivis et de comptes rendus. Toutefois, les résultats donnent à penser que les systèmes de gestion de cas relevant ou non des hôpitaux pourraient être convenablement outillés pour assurer le suivi des grands utilisateurs et répondre à leurs besoins.

Annexe 4 : Interventions canadiennes relatives aux grands utilisateurs du système de santé : résumé d'entretiens avec des intervenants

Sommaire (points saillants)

Préparé par Eleni Antoniadou pour le Forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé, qui se tiendra à Toronto les 20 et 21 mars 2014.

L'étude portait sur les points de vue des intervenants en ce qui concerne les descriptions, les définitions et les approches en matière de mesure et les politiques ou initiatives axées sur les grands utilisateurs au Canada. Les résultats indiquent que le problème est d'envergure, comme le démontrent les données sur les coûts et l'utilisation recueillies et analysées en vue de mesurer la grande utilisation des services hospitaliers, des services d'urgence et des médicaments, principalement. Cinq pour cent de la population est à l'origine de 50 % à 67 % des coûts totaux de la santé, ce groupe de patients étant caractérisé par une incidence élevée de maladies chroniques multiples et certains déterminants sociaux de la santé. Des approches politiques multisectorielles de soins coordonnés semblaient être la façon la plus appropriée de s'attaquer au problème, alors que les principales occasions d'intervention comprenaient l'intégration des systèmes, les soins primaires et le ciblage des déterminants sociaux.

Le présent sommaire donne un aperçu descriptif général de la portée et des types d'activités se rapportant à la question des grands utilisateurs, cernés lors des discussions avec les intervenants clés. L'ICIS a fourni une liste d'intervenants clés potentiels en vue d'entrevues téléphoniques reposant sur un questionnaire structuré composé de neuf éléments. Le rapport résume les résultats de huit entretiens, de discussions au sein d'un petit groupe de consultation et de trois questionnaires papier. Huit provinces, un territoire et plusieurs organismes pancanadiens étaient représentés par des intervenants œuvrant au sein de ministères et de régies régionales de la santé, d'universités, d'instituts de recherche et d'organismes bailleurs de fonds de la recherche.

Les entretiens ont révélé que la question des grands utilisateurs était jugée prioritaire autant par les organismes participants que par les gouvernements. Seuls deux répondants ont indiqué que cette question n'était pas la priorité absolue de leur gouvernement; toutefois, ils ont ajouté qu'elle était en train de devenir un domaine prioritaire à traiter en raison des données probantes de plus en plus nombreuses sur les coûts élevés et les besoins insatisfaits de ce groupe de patients.

La quasi-totalité des organismes des participants a entrepris un large éventail d'initiatives pour mesurer la grande utilisation. Dans la plupart des cas, la recherche se concentre sur l'examen des dossiers cliniques pour recueillir des données sur l'utilisation et les coûts afin de dégager le profil des patients qui font un usage excessif des services et des ressources et, à l'aide de cette information, de mieux comprendre leurs besoins. La plupart des répondants ont mentionné avoir recours à des données sur les coûts et l'utilisation des services hospitaliers, des services

d'urgence et des médicaments (dans certains cas, dans le contexte d'initiatives particulières comme les « maillons santé ») pour analyser et mesurer la grande utilisation. Les résultats pour la santé de la population, les tendances en matière de morbidité et les données sur les dépenses ont permis de dresser le portrait des grands utilisateurs et de les distinguer des utilisateurs dont l'utilisation est « plus grande que prévu ». La plupart des répondants ont déclaré que la recherche dans ce domaine vise à aider les intervenants à mieux comprendre les besoins complexes de ces patients afin d'élaborer des approches multisectorielles et individuelles dans un contexte de soins intégrés et de ciblage des déterminants sociaux de la santé.

La plupart des répondants ont déclaré utiliser des données sur les coûts ou sur les coûts et l'utilisation pour identifier les grands utilisateurs dans leur province. Dans la plupart des cas, ils ont défini les grands utilisateurs comme étant la tranche de 5 % de la population utilisant le plus le système de santé, en plus d'indiquer que ce pourcentage est à l'origine de 50 % à 67 % des dépenses totales en santé.

La classification des grands utilisateurs s'effectuait principalement selon l'utilisation des soins de courte durée (service d'urgence et hospitalisation) dans l'ensemble des provinces et territoires. Dans trois cas toutefois, l'utilisation des soins primaires, des soins de courte durée, des médicaments, des services multiples et des chirurgies à coût élevé constituait les principaux facteurs d'une utilisation élevée.

Selon la majorité des intervenants participants, les grands utilisateurs se caractérisent par une combinaison de maladies chroniques (principalement les troubles de santé mentale, les MPOC et les maladies cardiaques) et de déterminants sociaux de la santé (p. ex. la pauvreté, l'itinérance). Bon nombre d'intervenants ont également mentionné que l'âge avancé était une caractéristique commune des grands utilisateurs.

L'un des aspects les plus importants de la problématique des grands utilisateurs est l'évaluation de leurs besoins, notamment ceux associés aux déterminants sociaux de la santé. Une approche politique multisectorielle de soins coordonnés par diverses autorités (p. ex. la police, les services sociaux, les services d'urgence) a été citée comme étant la plus appropriée.

Deux initiatives politiques régionales ont été mentionnées par les intervenants dans la majorité des entretiens : les maillons santé et Blue Matrix, la première étant la plus connue. Les maillons santé ont été reconnus comme une approche politique novatrice pouvant à la fois répondre aux besoins des grands utilisateurs et réduire les coûts associés à leurs soins. Mise en œuvre en Ontario, elle invite des groupes de dispensateurs de soins (hospitaliers, primaires et communautaires) à conjuguer leurs efforts pour fournir des soins sur mesure aux grands utilisateurs afin de réduire l'utilisation excessive des ressources ainsi que les dépenses de santé.

Blue Matrix a été conçu en Colombie-Britannique pour mieux comprendre les besoins de la population en matière de soins et le type de services utilisés, et ce, dans le but de prévoir les besoins futurs en matière de soins de santé. Selon ce concept, la population est segmentée en groupes définis selon l'état de santé, allant des personnes en bonne santé aux personnes

exigeant des soins palliatifs, en passant par celles à faible risque ou en état de grossesse. L'analyse du type de services utilisés et de la fréquence de l'utilisation au fil du temps a permis de faire des prévisions de base en matière de coûts pour des groupes précis.

Plusieurs projets de gestion de cas et de salle virtuelle ont connu un succès même si leur évaluation est toujours en cours. Mentionnons parmi ces initiatives la conversion d'un ancien hôtel en logements avec services de soutien à l'intention des sans-abri chroniques, la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire itinérante de soutien aux sans-abri et aux grands utilisateurs, et des projets de soins pour les personnes souffrant de maladies chroniques et présentant un risque d'hospitalisation ou d'utilisation fréquente des services d'urgence.

La majorité des intervenants ont évoqué la difficulté d'évaluer l'efficacité des interventions en cours étant donné leur caractère récent.

La plupart des intervenants croyaient manifestement que la modélisation du risque, l'intégration des systèmes ou la continuité des soins, les soins primaires et les déterminants sociaux de la santé présentaient des occasions d'interventions clés.

Références

- 1. Doupe MB, Palatnick W, Day S, et al. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Ann Emerg Med.* 2012;60:24-32.
- Goering P, Veldhuizen S, Watson A, Adair C, Kopp B, Latimer E, Nelson G, MacNaughton E, Streiner D, Aubry T. Rapport final du projet Chez Soi.
 Calgary, AB: Commission de la santé mentale du Canada; 2014.
 http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/MHCC At Home Report %28National Cross-Site%29 FRE.pdf. Consulté le 28 mai 2014.
- 3. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Transformation du système de soins de santé : les maillons santé communautaires fournissent des soins coordonnés, efficients et efficaces aux aînés et aux personnes ayant des besoins complexes. http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/transformation/community.aspx. Consulté le 28 mai 2014.
- 4. Emergency Health Services, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse et Emergency Medical Care Inc. *Nova Scotia Extended Care Paramedic Program*. http://ipac.ca/documents/Extended-Care-Paramedic-Program.pdf. Consulté le 28 mai 2014.
- 5. Yorke, J. Collaborative Emergency Centres: Improving Access to Primary and Emergency Care in Rural Nova Scotia. http://www.healthcouncilcanada.ca/n3w11n3/HIC/JakeYorke.pdf. Consulté le 28 mai 2014.

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé 495, chemin Richmond, bureau 600 Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860 Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca

droitdauteur@icis.ca

© 2014 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title *Pan-Canadian Forum on High Users of Health Care—Summary Report.*

Parlez-nous

ICIS Ottawa 495, rue Richmond, bureau 600 Ottawa (Ontario) K2A 4H6 Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300 Toronto (Ontario) M2P 2B7 Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600 Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7

Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal 1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300 Montréal (Québec) H3A 2R7 Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701 St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6 Téléphone : 709-576-7006



