

PORTRAIT DES GRANDS UTILISATEURS DE SOINS PUBLICS DE SANTÉ AU QUÉBEC

Cette note présente un portrait des grands utilisateurs de soins publics de santé au Québec, réalisé à l'aide de données longitudinales sur les dépenses publiques de soins de santé par individu. Elle montre tout d'abord que le 1 % des plus grands utilisateurs de soins publics de santé représentait un peu plus du quart (26,5 %) des dépenses publiques de soins de santé en 2016. Elle montre également que le poids des dépenses en médicaments de ce groupe dans les dépenses publiques de soins de santé a augmenté plus fortement de 1997 à 2016 (3,4 fois) que le poids de ces dépenses chez les autres utilisateurs (1,8 fois). Par ailleurs, un bouleversement des parts de dépenses selon la catégorie de médicaments est observé de 1997 à 2016, alors que celles des dépenses d'hôpitaux selon le diagnostic ont peu changé. Pour finir, ces changements sont concomitants avec une diminution du taux de mortalité et une amélioration de l'état de santé à court et moyen terme du 1 % des plus grands utilisateurs de soins publics de santé.

Note d'analyse
N° 2022-03

Nicholas-James Clavet

HEC Montréal et ESG UQAM

Raquel Fonseca

ESG UQAM et CIRANO

Pierre-Carl Michaud

HEC Montréal et CIRANO

Julien Navaux

HEC Montréal et ESG UQAM

Les opinions et analyses contenues dans les notes d'analyse de la Chaire ne peuvent en aucun cas être attribuées aux partenaires ni à la Chaire elle-même et elles n'engagent que leurs auteurs.

© 2022 Nicholas-James Clavet, Raquel Fonseca, Pierre-Carl Michaud et Julien Navaux. Tous droits réservés. Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.

INTRODUCTION

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses publiques de santé au Québec ont augmenté à un rythme soutenu de 5,3 % par an en moyenne de 2000 à 2016¹. Cette croissance se traduit par un poids économique de plus en plus important des dépenses publiques de santé. Leur part dans le PIB est passée de 6,7 % en 2000 à 9,0 % en 2016. Dans une précédente note d'analyse (Clavet et al. 2022), il a été montré que cette hausse substantielle s'explique par plusieurs facteurs dont le vieillissement de la population (1,7 point de % de croissance annuelle), la hausse des salaires des médecins (1,7 point de % également) et l'augmentation de la quantité de médicaments prescrits (0,5 point de % de croissance annuelle).

En complément de cette précédente note, qui s'intéressait à la croissance agrégée, la présente note a pour objectif de brosser le portrait de la distribution des dépenses publiques de soins de santé par individu. Notre intérêt se porte tout particulièrement sur le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé (centile supérieur de la distribution des dépenses publiques de soins de santé par individu recevant des soins). L'étude de l'évolution des caractéristiques de ce groupe particulier est importante, puisqu'elle permet d'identifier les catégories de soins pour lesquelles des gains d'efficacité pourraient être le plus avantageux et aussi pour lesquelles des réductions de coûts ont déjà été réalisées.

De nombreuses recherches se sont intéressées aux grands utilisateurs de soins publics de santé. En Ontario, Wodchis, Austin et Henry (2016) ont montré que les personnes du centile supérieur de dépenses de santé par individu comptent pour 33 % du total de celles-ci. Une étude plus récente de Weir et al. (2020) réalisée sur la même province tend à confirmer ce résultat avec une valeur de 30,5 % des dépenses totales. À notre connaissance, une perspective aussi élargie des soins publics de santé n'a jamais été adoptée au Québec, même si des études ont été réalisées sur des catégories précises de dépenses de santé, comme les travaux de Demers (1995) sur les soins ambulatoires ou d'autres travaux sur les services d'urgences (Dufour et al. 2020, 2021).

¹ Le calcul est issu du document des « Tendances des dépenses nationales de santé » de l'ICIS (2021). Plus précisément, il repose sur la somme des « dépenses des gouvernements provinciaux et

Bases de données MED-ÉCHO et RAMQ

Les bases de données MED-ÉCHO et RAMQ auxquelles a accès l'équipe de recherche contiennent de l'information sur tous les Québécois nés en avril ou octobre durant une année impaire. Le nombre de personnes incluses par année varie entre 775 000 et 840 000 de 1997* à 2016.

De nombreux détails à propos de ces bases de données sont fournis par Côté-Sergent et al. (2016). Nous proposons ici un résumé de leur contenu.

La base de données MED-ÉCHO comprend toutes les informations relatives aux séjours hospitaliers assumés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux**. Elle permet d'identifier le motif de l'hospitalisation et elle permet également de calculer le coût de chaque séjour avec le code de niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU).

La base de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) contient les informations relatives aux actes des médecins pour lesquels une demande de paiement a été effectuée à la RAMQ, ainsi que les données sur les dépenses de médicaments assumées par le régime public d'assurance médicaments. Précisons que la contribution de la personne assurée (franchise et coassurance) n'est pas prise en compte dans le coût des médicaments de la présente note.

Enfin, un fichier patient, pouvant être apparié aux bases MED-ÉCHO et RAMQ, fournit plusieurs informations sociodémographiques sur les individus, notamment le jour de naissance et le jour de décès.

* A noter que l'année 1997 est retenue comme borne inférieure de notre analyse car elle correspond à la première année complète d'existence du régime public d'assurance médicaments.

** Des informations sur les chirurgies d'un jour sont disponibles dans la base, mais leur coût n'est pas disponible sur l'ensemble de la période d'analyse. Elles sont donc exclues de la présente note.

territoriaux » du Québec pour les médecins (Tableau E.4.1.1), les hôpitaux (Tableau E.2.1.1) et les médicaments (Tableau E.6.20.1).



La présente note prend une perspective relativement étendue, car elle s'intéresse au 1 % des plus grands utilisateurs de soins publics de santé liés aux actes de médecins, aux hospitalisations et aux médicaments. Les données utilisées pour cette analyse (MED-ÉCHO et RAMQ) correspondent aux dépenses publiques de soins de santé liées aux séjours hospitaliers (excluant les chirurgies d'un jour), aux actes facturés des médecins et aux dépenses de médicaments assumées par le régime public d'assurance médicaments (voir encadré à la page précédente). Les dépenses prises en compte regroupent 63,8 % du total des dépenses publiques de santé au Québec en 2016² (ICIS, 2021). Elles excluent donc par exemple les dépenses de soutien à l'autonomie des personnes âgées. À des fins de simplicité, les dépenses considérées sont nommées dépenses publiques de soins de santé ou soins publics de santé dans la suite de la note.

UNE RÉPARTITION INÉGALE DES SOINS PUBLICS DE SANTÉ

Au Québec, 64,8 % de la population a eu recours à des soins publics de santé en 1997. Cette proportion a augmenté de 2,2 points de % au cours des 20 années suivantes, passant à 67,0 % en 2016. Cette hausse s'explique intégralement par le vieillissement de la population québécoise, car cette proportion aurait été égale à 64,9 % en 2016 si la structure par âge de la population était restée identique à celle de 1997.

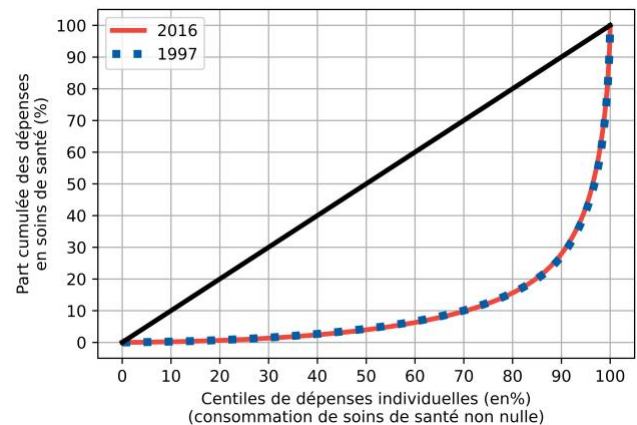
En s'intéressant aux utilisateurs de soins de santé, il est possible d'analyser la répartition des dépenses publiques de soins de santé par individu recevant des soins. La Figure 1 présente la courbe de Lorenz des dépenses publiques de soins de santé (hôpitaux, médecins et médicaments) par utilisateur de soins, en 1997 et en 2016. Elle permet d'illustrer la part cumulée des dépenses publiques de soins de santé par utilisateur selon le centile de dépenses individuelles de soins de santé.

² Le résidu étant composé des dépenses des autres établissements (15,5%), des immobilisations (4,4%), de la santé publique (3,2%), des autres professionnels (3%), des dépenses administratives (1,2%) et d'autres dépenses (8,9%).

La figure montre ainsi une forte concentration des soins de santé. En 2016, les dépenses cumulées pour les 30 % des plus grands utilisateurs de soins de santé (70^e centile et plus) représentaient 90 % de la somme des dépenses de soins publics de santé; les 10 % des plus grands utilisateurs de soins de santé (90^e centile et plus) représentaient près des trois-quarts des dépenses (72,1 %); et le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé (99^e centile) comptait à lui seul pour un peu plus du quart des dépenses (26,5%).

À titre de comparaison, les dépenses de soins de santé sont plus concentrées que les revenus après impôts par individu (non nuls) calculés avec la base de données du modèle de simulation de politique sociale de Statistique Canada (2020)³. En 2016, 30 % des individus les plus aisés concentrent 81,5 % des revenus après impôts. Les 10 % de revenu le plus élevé représente environ à la moitié des revenus après impôts, tandis que le 1 % supérieur reçoit 16,1 % des revenus après impôts.

Figure 1. Courbe de Lorenz des dépenses en soins publics de santé par individu recevant des soins en 1997 et en 2016



Source : calculs des auteurs avec les données MED-ÉCHO et RAMQ.

Pour finir, la comparaison des courbes de Lorenz pour les années 1997 et 2016 présente une très légère, mais sensible atténuation des inégalités de dépenses en soins de santé. Cette diminution des inégalités est d'autant plus sensible que le centile de dépense est élevé. Le décile (10 %) le plus élevé

³ L'analyse contenue dans ce paragraphe est fondée sur la base de données et le modèle de simulation de politique sociale de Statistique Canada. Les hypothèses et les calculs qui ont servi à l'analyse ont été faits par les auteurs du présent texte et l'interprétation de ces données n'engage que leur responsabilité.



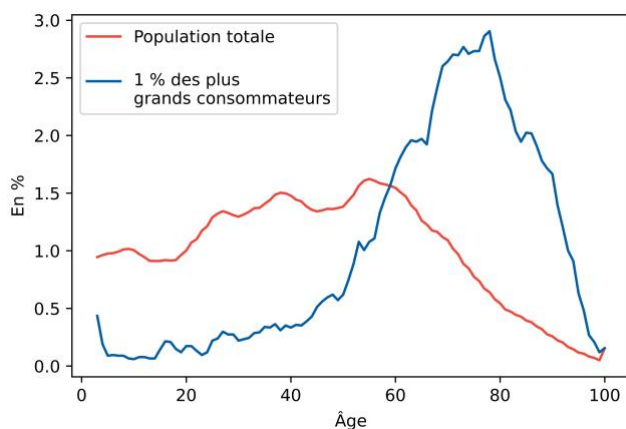
de la population utilisatrice de soins de santé représentait 72,8 % de la somme des dépenses considérées en 1997 et 72,1 % en 2016, soit une diminution de 0,7 point de %. Les cinq centiles les plus élevés réunissaient 58,8 % des dépenses publiques de soins de santé en 1997 et 57,5 % de ces dépenses en 2016 (-1,3 point de %). Le dernier centile représentait 28,6 % des soins publics de santé en 1997 et 26,5 % en 2016 (-2,1 points de %).

GROS PLAN SUR LE 1 % DES PLUS GRANDS UTILISATEURS

Une forte concentration aux âges avancés

La Figure 2 montre que le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé est bien plus concentré aux âges avancés que l'ensemble de la population. Alors que l'âge médian du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé est de 67 ans, cet âge est de 43 ans pour l'ensemble de la population. En outre, parmi le 1 % des plus grands utilisateurs, les 60 ans et plus concentrent 76,4 % des dépenses, tandis que parmi l'ensemble de la population, cette proportion n'est que de 32,4 %.

Figure 2. Structure par âge de la population totale et du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé en 2016



Source : calculs des auteurs avec les données MED-ÉCHO et RAMQ.

Une modification des parts selon la catégorie de dépenses

Le Tableau 1 présente les parts de dépenses publiques de soins de santé selon la catégorie de dépenses et le groupe de personnes (1 % des plus grands utilisateurs de soins de

santé et ensemble des utilisateurs de soins). Pour l'ensemble des utilisateurs de soins, les parts de dépenses de soins de santé étaient de 36,4 % pour les hôpitaux, de 35,7 % pour les médecins et de 27,9 % pour les médicaments en 2016. Pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé, on observait une surreprésentation des dépenses hospitalières, 16,2 % des dépenses publiques de soins de santé étant dédiées à celles-ci, représentant 45 % de l'ensemble des dépenses hospitalières. De plus, les dépenses hospitalières représentaient 61,1 % des dépenses du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé.

De 1997 à 2016, les parts des différentes catégories de dépenses de soins de santé ont connu des changements importants. Tout d'abord, le poids des dépenses hospitalières dans les dépenses de soins de santé du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé a reculé : il est passé de 80 % des dépenses de ce groupe en 1997 à 61,1 % en 2016. Les dépenses hospitalières du 1 % des plus grands utilisateurs sont passées de 23,1 % des dépenses publiques de soins de santé en 1997 à 16,2 % en 2016, ce qui représente une baisse de près de 7 points de %. Ce phénomène s'observe aussi pour l'ensemble des utilisateurs, chez qui les dépenses hospitalières sont passées de 51,4 % en 1997 à 36,4 % en 2016, soit une baisse de 15 points de %.

Tableau 1. Part des dépenses publiques de soins de santé selon la catégorie de dépenses et le groupe de personnes (1 % des plus grands utilisateurs et ensemble de la population), en 1997 et 2016

	Médecins	Médic.	Hôpitaux	Total
1997				
1% sup.	4,0%	1,6%	23,1%	28,7%
Ensemble	32,9%	15,7%	51,4%	100%
2016				
1% sup.	4,9%	5,4%	16,2%	26,5%
Ensemble	35,7%	27,9%	36,4%	100%
Différence (2016-1997)				
1% sup.	0,9%	3,8%	-6,9%	-2,2%
Ensemble	2,8%	12,2%	-15,0%	-

Source : calculs des auteurs avec les données MED-ÉCHO et RAMQ. Notes : 1% sup. : 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé.

Pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé, cette baisse des dépenses hospitalières s'explique en partie par la réduction de la durée annuelle d'hospitalisation, qui est



passée de 46,6 jours en 1997 à 40,8 jours en 2016⁴. En revanche, une telle évolution n'a pas été observée pour les autres utilisateurs de soins de santé, pour qui le nombre de jours d'hospitalisations est passé de 7 en 1997 à 7,4 en 2016.

Parallèlement à la diminution du poids relatif des dépenses hospitalières, les dépenses de médicaments occupent une place de plus en plus importante. Cela s'explique par une augmentation importante du nombre de prescriptions à tous les âges, qui est particulièrement marquée pour la population âgée de 75 ans et plus (voir Clavet et al. 2022).

L'effet est soutenu pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé, étant donné que les dépenses de médicaments de ce groupe sont passées de 1,6 % de l'ensemble des dépenses de soins publics de santé en 1997 à 5,4 % en 2016. Cette part a donc été multipliée par 3,4 en dix-neuf ans, tandis que ce multiplicateur n'est que de 1,8 pour la population totale (de 15,7 % à 27,9 %).

STRUCTURE DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES ET DE MÉDICAMENTS

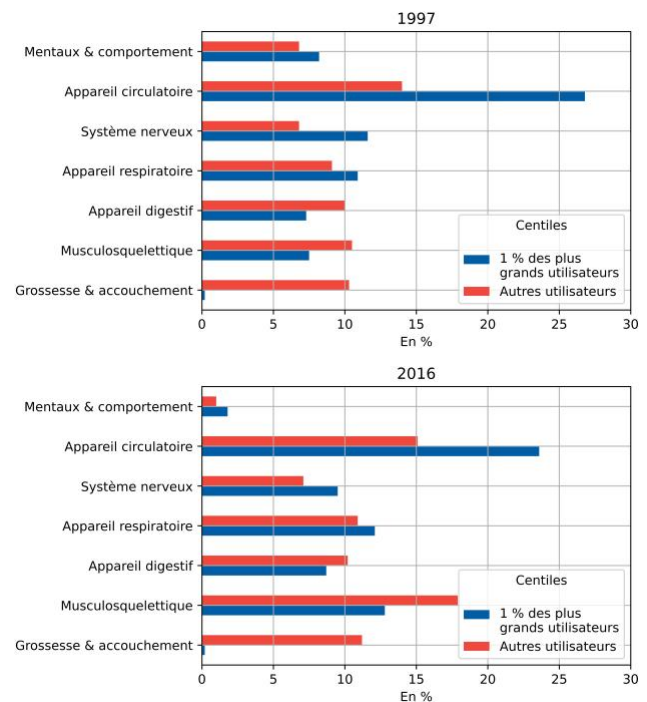
Comme mentionné précédemment, les proportions de dépenses hospitalières et de dépenses en médicaments par rapport à la somme des dépenses publiques de soins de santé ont connu des variations importantes de 1997 à 2016, alors que la proportion de dépenses pour les médecins est restée relativement stable, tant pour l'ensemble de la population que pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins. Cette section se concentre donc sur les dépenses hospitalières et en médicaments afin d'évaluer si les variations importantes observées sont liées à la structure de ces dépenses.

Les parts des diagnostics dans les dépenses hospitalières ont peu changé

La Figure 3 présente les parts de dépenses d'hôpitaux selon les 7 principaux groupes de diagnostics⁵ et selon le groupe d'utilisateurs (1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé et autres utilisateurs). Elle permet de comparer la structure des dépenses du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé à celle des autres utilisateurs. Tout

d'abord, la figure montre que 23,6 % des dépenses d'hôpitaux pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé étaient dues à des soins liés à l'appareil circulatoire en 2016, tandis que ce diagnostic ne représentait que 15,1 % des dépenses pour les autres utilisateurs de soins de santé durant la même année. Ce groupe de diagnostics comprend notamment l'hypertension, les infarctus du myocarde et les opérations cardiovasculaires majeures. Plus largement, par rapport aux autres utilisateurs de soins de santé, le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé présente une surreprésentation des soins liés à l'appareil respiratoire, au système nerveux, aux troubles mentaux et du comportement, ainsi qu'à l'appareil circulatoire. En 2016, ces quatre catégories de diagnostics représentaient 47 % des dépenses des hôpitaux pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé, alors qu'elles ne représentaient que 34,1 % des dépenses pour les autres utilisateurs.

Figure 3. Part des dépenses hospitalières selon les 7 principaux groupes de diagnostics et le groupe d'utilisateurs (1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé et les autres utilisateurs), en 1997 et 2016



Source : calculs des auteurs avec les données MED-ÉCHO et RAMQ.

⁵ En 2016, ces 7 groupes de diagnostics représentent 68,7 % des dépenses du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé et 73,4 % des dépenses des autres utilisateurs.

⁴ Excluant toujours les chirurgies d'un jour.



Deux modifications significatives sont à noter, lorsqu'on compare les parts de 1997 et de 2016. On observe une baisse importante du poids des diagnostics liés aux troubles mentaux et du comportement dans les deux groupes. Les parts de ce groupe de diagnostics ont diminué de 6,4 points de % pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé (de 8,2 % à 1,8 %) et de 5,8 points de % pour les autres utilisateurs (de 6,8 % à 1 %). Cette diminution pourrait être due à la politique de désinstitutionnalisation des personnes avec des troubles mentaux et du comportement (Dorvil et al. 1997). Ensuite, les dépenses pour les soins musculosquelettiques (liés aux os, articulations, muscles et tissu conjonctif) ont augmenté de 5,3 points de % pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé (de 7,5 % à 12,8 %) et de 7,4 points de % pour les autres utilisateurs (de 10,5 % à 17,9 %).

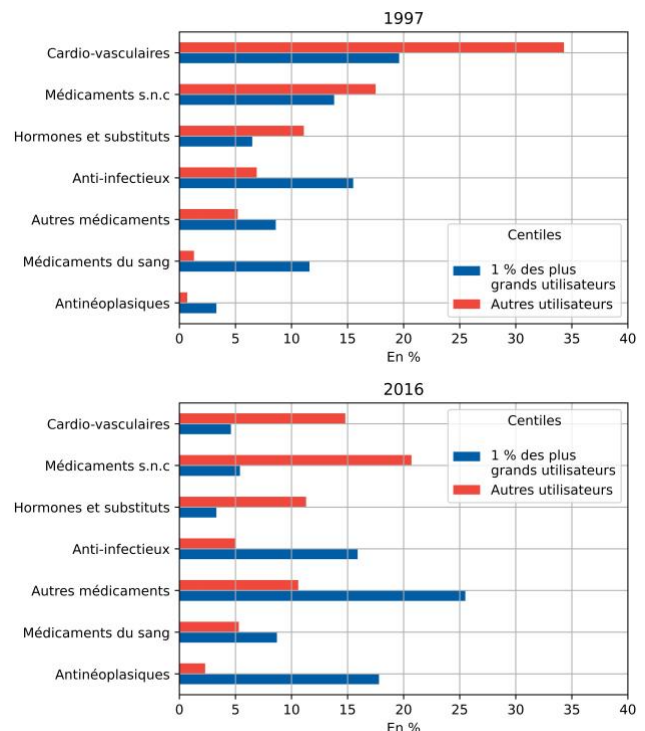
Les parts des autres diagnostics, qui représentent la grande majorité des dépenses des hôpitaux, ont seulement connu de légères variations. Par exemple, les diagnostics liés à l'appareil circulatoire, qui sont la catégorie dominante, représentaient respectivement 26,8 % et 23,6 % des dépenses du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé en 1997 et en 2016. Ils représentaient 14,0 % en 1997 et 15,1 % en 2016 des dépenses des autres utilisateurs.

Un bouleversement de la structure des dépenses de médicaments

Des bouleversements majeurs accompagnent l'évolution des dépenses de médicaments de 1997 à 2016. La Figure 4 présente les parts de dépenses de médicaments selon la catégorie de ceux-ci⁶ et le groupe d'utilisateurs (1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé et les autres utilisateurs). Cette figure montre qu'en 1997, les médicaments cardio-vasculaires représentaient 19,6 % des dépenses du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé et 34,3 % des dépenses de médicaments des autres utilisateurs de soins de santé. En 2016, cette catégorie de médicaments ne représentait plus que 4,6 % des dépenses de médicaments du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé et 14,8 % des dépenses de médicaments des autres utilisateurs. Cette baisse de la part des dépenses des

médicaments liés aux maladies cardio-vasculaires s'explique par un recul spectaculaire de la prévalence de ces maladies et de la mortalité associée (Boisclair et al. 2018).

Figure 4. Part des dépenses de médicaments selon la catégorie de médicaments et le groupe d'utilisateurs (1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé et les autres utilisateurs), en 1997 et 2016



Source : calculs des auteurs avec les données MED-ÉCHO et RAMQ. Note : s.n.c. : système nerveux central.

Parallèlement à la baisse de la part des dépenses en médicaments cardio-vasculaires, soulignons une augmentation importante de la part des dépenses dans la catégorie « autres médicaments ». Tout d'abord, cette catégorie correspond à la catégorie résiduelle du système de classification, qui regroupe un ensemble diversifié de médicaments⁷. Cette catégorie représentait 8,6 % des dépenses du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé en 1997 et 25,5 % des dépenses de ce groupe en 2016 (augmentation de 16,9 points de %). Cette catégorie est passée de 5,2 % des dépenses des autres utilisateurs de soins en 1997 à 10,6 % en 2016 (augmentation de 5,4 points

⁶ La figure inclut les 7 catégories principales de médicaments qui représentent 81,2 % des dépenses de médicaments du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé et 70,0 % des dépenses de médicaments des autres utilisateurs.

⁷ Incluant notamment la goutte, les rhumatismes et certains cancers. Voir la description de la classe dans un encadré de Clavet et al. (2022).



de %). La forte croissance de cette catégorie de médicaments a été analysée par Clavet et al. (2022) qui ont montré une très forte augmentation des quantités prescrites à tous les âges, mais qui est particulièrement forte aux âges avancés.

Le poids des médicaments antinéoplasiques, aussi appelés anticancéreux, a également augmenté dans les deux groupes d'utilisateurs, mais cette hausse est particulièrement forte pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé. Le poids a augmenté de 14,5 points de % pour ce groupe, passant de 3,3 % en 1997 à 17,8 % en 2016. Pour leur part, les médicaments antinéoplasiques sont passés de 0,7 % des dépenses des autres utilisateurs en 1997 à 2,3 % en 2016, soit une hausse de 1,6 point de %.

Les médicaments du système nerveux central (s.n.c) ont également connu une diminution importante pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé (de 13,8 % en 1997 à 5,4 % en 2016), tandis que leur part a augmenté pour les autres utilisateurs de soins (de 17,5 % en 1997 à 20,7 % en 2016). Il en est de même pour les médicaments du sang dont le poids est passé de 11,6 % à 8,7 % pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé et de 1,3 % à 5,3 % pour les autres utilisateurs.

PERSISTANCE DE L'APPARTENANCE AUX GRANDS UTILISATEURS DE SOINS

En plus d'avoir des informations sur les caractéristiques du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé, l'aspect longitudinal des données nous permet d'analyser la persistance de l'appartenance à ce groupe. Cette analyse nous permet de voir si les utilisateurs de ce groupe ont des besoins de soins de santé ponctuels ou plus durables qui influenceront différemment les dépenses publiques de santé à venir. Le Tableau 2 présente la probabilité cumulative de maintien dans le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé et celle de sortie du groupe conditionnellement à y être entré en 1998 ou 2011. L'année 2011 est retenue comme borne supérieure car elle permet de suivre les individus durant les 5 années suivantes, jusqu'en 2016, qui constitue la dernière année dont nous disposons. L'année 1998 est retenue comme la borne inférieure, car l'année 1997, dont nous avons besoin pour identifier les nouveaux entrants dans

le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé en 1998, est la première année complète d'existence du régime public d'assurance médicaments. Deux possibilités de sortie du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé sont considérées : le décès ou l'amélioration de leur santé, illustrée par la diminution de leurs dépenses individuelles de soins de santé en dessous du seuil d'appartenance au 1 % des plus grands utilisateurs de soins. Au total, 23 % des utilisateurs qui sont entrés dans le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé durant 2011 sont décédés avant la fin de celle-ci. Inversement, cela signifie que 77 % des membres de la cohorte 2011 du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé ont survécu au 31 décembre 2011. Parmi les individus entrés dans le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé en 2011, 65,2 % sont décédés au cours des 5 années suivantes.

Le Tableau 2 permet également de comparer la mortalité associée aux cohortes de 1998 et de 2011 du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé. En particulier, la dernière partie du tableau mesure la différence entre les probabilités des deux cohortes. Les individus du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé de la cohorte de 2011 ont une probabilité de décéder, durant leur année d'entrée, inférieure de 4,7 points de % à celle des individus de la cohorte de 1998. En outre, on observe une persistance des gains en survie durant les années suivantes. La probabilité de décéder durant l'année suivant l'entrée dans le groupe est passée de 41 % à 37,7 % entre la cohorte 1998 et celle de 2011, soit un gain de 3,3 points de %. Les gains sont toujours existants à plus long terme, puisque la probabilité de décéder 5 années après l'entrée dans le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé est égale à 65,7 % pour la cohorte de 1998 et à 65,2 % pour la cohorte de 2011. Cette différence représente un gain de 0,5 points de %.

Le Tableau 2 montre que la persistance dans le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé a diminué de 1 à 5 ans après l'entrée dans ce groupe. Elle a diminué de 0,7 point de % l'année suivant l'entrée dans le groupe et elle a diminué de 1,1 point de % 5 années après l'entrée dans le groupe. Pour finir, la baisse de la mortalité et de la persistance de l'appartenance aux grands utilisateurs de soins se traduit par une amélioration de l'état de santé (+4 points de % un an après et +1,6 point de % 5 ans après).



Tableau 2. Probabilité cumulative de maintien dans le 1 % des plus grands utilisateurs de soins et de sortie du groupe conditionnellement à y être entré en 1998 ou 2011

Statut	Nombre d'années depuis l'année d'entrée dans le 1 % des plus grands utilisateurs de soins					
	0	1	2	3	4	5
Cohorte 1998						
Maintien	72,3	18,7	12,4	10,7	9,3	7,8
Sortie						
Décès	27,7	41	49,4	55,3	60,9	65,7
Amélioration santé	-	40,3	38,2	34	29,8	26,5
Total	100	100	100	100	100	100
Cohorte 2011						
Maintien	77,0	18,0	11,9	10,1	7,8	6,7
Sortie						
Décès	23,0	37,7	47,0	54,1	60,2	65,2
Amélioration santé	-	44,3	41,1	35,8	32,0	28,1
Total	100	100	100	100	100	100
Différence						
Maintien	4,7	-0,7	-0,5	-0,6	-1,5	-1,1
Sortie						
Décès	-4,7	-3,3	-2,4	-1,2	-0,7	-0,5
Amélioration santé	-	4	2,9	1,8	2,2	1,6

Source : calculs des auteurs avec les données MED-ÉCHO et RAMQ.

CONCLUSION

En conclusion, cette note a permis d'identifier plusieurs caractéristiques du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé. Les dépenses d'hôpitaux sont prédominantes pour ce groupe par rapport aux dépenses de médecins et de médicaments. De plus, la durée moyenne d'hospitalisation pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé est de 40,8 jours par année en 2016, soit plus de 5 fois supérieure à celle des autres utilisateurs de soins (7,4 jours). À l'hôpital, les deux catégories de diagnostics les plus importantes pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé sont les maladies et troubles de l'appareil circulatoire et musculosquelettiques. Pour leur part, les deux catégories de médicaments les plus importantes, en 2016, sont celles des « autres » médicaments et des antinéoplasiques (utilisés notamment contre les cancers).

En ajout de ce portrait réalisé sur une année donnée, certains changements ont été observés de 1997 à 2016 dans les caractéristiques du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé. Tout d'abord, la durée moyenne d'hospitalisation de ce groupe a diminué de 5,8 jours par année. De plus, la

part des dépenses d'hôpitaux qui s'explique par les troubles mentaux et du comportement ont connu une diminution spectaculaire. En revanche, les parts des autres catégories de diagnostics ont relativement peu changé sur la période d'analyse. De plus, le poids des dépenses de médicaments du 1 % des plus grands utilisateurs dans le total des dépenses publiques de soins de santé a augmenté plus fortement (3,4 fois), de 1997 à 2016, que celui chez les autres utilisateurs (1,8 fois). Un bouleversement de l'importance des catégories de médicaments a, d'ailleurs, été observé au cours des années. En 1997, la catégorie de médicaments la plus importante pour le 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé est celle des médicaments cardio-vasculaires (19,6 %), mais la part de dépenses de cette catégorie s'est grandement réduite pour atteindre moins de 5 % en 2016. Durant cette dernière année, la catégorie de médicaments « autres » est la plus importante (25,5 %). Ce bouleversement montre une forte diversification des causes de médication.

Le 1 % des plus grands utilisateurs de soins publics de santé représente un peu plus du quart des dépenses publiques de soins de santé en 2016. Le poids de ce groupe a légèrement diminué (-2,2 points de %) de 1997 à 2016. Il est intéressant



de mettre en relation ce résultat avec un autre résultat de la note, qui montre que les individus faisant partie du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé décèdent moins qu'auparavant durant les années suivant leur entrée dans ce groupe. L'état de santé des nouvelles cohortes du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé s'est en fait plutôt amélioré de 1997 à 2011. Après avoir vécu un épisode de besoins élevés en soins, ces individus sont maintenant plus susceptibles de rester en vie tout en quittant le groupe du 1 % des plus grands utilisateurs de soins de santé. Enfin, ce constat en est un parmi d'autres qui laisse croire que l'enjeu de la persistance des besoins de santé en général devrait être à l'ordre du jour de prochaines études.

RÉFÉRENCES

- Boisclair, D., Décarie, Y., Laliberté-Auger, F., Michaud, P.-C. & C. Vincent (2018). The economic benefits of reducing cardiovascular disease mortality in Quebec, Canada. *PLoS ONE* 13(1):e0190538.
- Clavet, N.-J., Fonseca, R., Michaud, P.-C. & J. Navaux (2022). Mieux comprendre la croissance structurelle des dépenses publiques de santé au Québec. Cahier CREEi n° 2022-01.
- Côté-Sergent, A., Échevin, D. & P.-C. Michaud (2016). The Concentration of Hospital-Based Medical Spending: Evidence from Canada. *Fiscal Studies: The Journal of Applied Public Economics* 37(3-4):627-651.
- Demers, M. (1995). Frequent users of ambulatory health care in Quebec: the case of doctor-shoppers. *Canadian Medical Association journal* 153(1):37-42.
- Dorvil, H., Guttman, H.A., Ricard, N. & A. Villeneuve (1997). Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Rapport soumis au Ministre de la Santé et des Services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_155co.pdf
- Dufour, I., Dubuc, N., Chouinard, MC., Chiu, Y., Courteau, J. & C. Hudon (2020). Profiles of Frequent Geriatric Users of Emergency Departments: A Latent Class Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* 69(3):753-761.
- Dufour, I., Chiu, Y., Courteau, J., Chouinard, MC., Dubuc, N. & C. Hudon (2021). Frequent emergency department use by older adults with ambulatory care sensitive conditions: A population-based cohort study. *Geriatrics & Gerontology International* 20(4):317-323.
- Institut canadien d'information sur la santé (2021). Tendances des dépenses nationales de santé. 25^e édition. <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante>
- Sirois, C. (2017). La polypharmacie, en quelques concepts, Actes de la conférence *Polypharmacie et déprescription : des réalités cliniques et de recherche jusqu'à la surveillance*. INSPQ https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2269_polypharmacie_deprescription_realites_cliniques.pdf
- Statistique Canada (2020). Base de données et modèle de simulation de politique sociale, version 28.1, Ottawa, Ontario.
- Van Tiel, S., Rood, P., Bertoli-Avella, A.M., Erasmus, V., Haagsma, J., Van Beek, E., et al. (2015). Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. *European Journal of Emergency Medicine* 22(5):306-315.
- Weir, S., Steffler, M., Li, Y., Shaikh, S. & J.G. Wright (2020). Use of the Population Grouping Methodology of the Canadian Institute for Health Information to predict high-cost health system users in Ontario. *Canadian Medical Association journal* 192(32):E907-E912.
- Wodchis, W. P., Austin, P. C. & D.A. Henry (2016). A 3-year study of high-cost users of health care. *Canadian Medical Association journal* 188(3):182-188.

