

Les grands utilisateurs des soins de santé : point de vue de la santé de la population

Le rôle des médecins de famille

Christopher Stone Laura Rosella MHSc PhD Vivek Goel

La nécessité de transformer le système pour offrir des soins de santé viables et de grande qualité aux Canadiens est bien évidente. Au cours des récentes années, les soins et la prise en charge des grands utilisateurs des services de santé sont devenus un facteur central à prendre en compte dans toute élaboration d'un système de santé durable. Malgré l'insistance sur cette population, les questions suivantes sont demeurées relativement ignorées: quelle est la relation entre les grands utilisateurs des soins de santé et la santé de la population, et comment les médecins de famille peuvent-ils aborder les problèmes traditionnellement non cliniques pour contribuer à la transformation du système? Dans de nombreuses provinces, l'attention particulière envers les grands utilisateurs s'est surtout manifestée sous la forme de services plus appropriés et mieux coordonnés à leur intention dans le but d'améliorer leurs résultats et de réduire les coûts. Bien que ces efforts soient bien intentionnés, nous croyons que les médecins de famille doivent aller au-delà des milieux cliniques et hospitaliers pour s'occuper aussi des déterminants sociaux de la santé (DSS) qui contribuent aux problèmes de santé des grands utilisateurs.

Il n'existe pas de définition universelle des *grands utilisateurs*, mais cette population est généralement quantifiée comme étant la proportion de 1, 5 ou 10 % des plus fréquents usagers et elle est reconnue comme une faible part de la population qui consomme un pourcentage disproportionné des ressources du secteur de la santé¹. Dans un rapport rendu public par le Réseau local d'intégration des soins de santé de Toronto Centre, on attribuait à 5 % de grands utilisateurs de soins de santé 58 % des dépenses dans ce secteur en 2007 et on signalait que ces patients exigeaient des soins complexes et à fort coefficient de ressources². Des études canadiennes font valoir que cette population est plus susceptible d'avoir de multiples maladies chroniques, des problèmes psychologiques sérieux et des dépendances, qu'elle provient de groupes défavorisés, est sans emploi et a des soutiens sociaux limités^{1,2}. Quoique les problèmes de santé et les maladies qui accentuent le fardeau des grands utilisateurs varient peu d'un groupe socioéconomique à l'autre, les DSS prédisposent de tels patients à devenir des grands utilisateurs et influencent aussi leur cheminement un fois qu'ils appartiennent à ce groupe à utilisation intensive³.

Coordonner les soins aux grands utilisateurs

Il est bien connu que les DSS influencent notre trajectoire de vie et l'utilisation par nous tous des soins de santé³. À l'avenir, des modèles prédictifs pourraient dépister les populations en amont de l'utilisation intensive des ressources. Mais bien qu'une telle démarche et de meilleurs soins aux grands utilisateurs puissent alléger leur fardeau, nous croyons que des efforts pour améliorer les DSS seraient susceptibles de retarder ou de prévenir la transition des patients dans le groupe des grands utilisateurs et assurer de meilleurs résultats sur le plan de la santé dans ce groupe³. Nous considérons parfois que ces problèmes sont trop vastes pour tenter de les régler et qu'ils dépassent la sphère clinique, mais les médecins de famille devraient envisager ces grands enjeux comme un aspect important des soins aux utilisateurs intensifs. Dans notre cheminement vers une transformation du système, les médecins de famille peuvent s'inspirer de récents exemples de moyens pour améliorer les DSS tant sur le plan systémique que clinique.

Au niveau systémique, nous pouvons repenser nos programmes de santé, non seulement pour mieux coordonner les soins aux grands utilisateurs, mais aussi pour aider les médecins de famille à aborder leurs DSS. Gawande explique en détails les récents efforts de D^r Jeffrey Brenner pour utiliser des méthodes en santé de la population dans le but d'obtenir de meilleurs résultats chez les grands utilisateurs⁴. Brenner et son équipe multidisciplinaire repèrent des «points chauds» (grands utilisateurs) et leur fournissent des soins qui vont au-delà de la médecine clinique⁴. Pour ce faire, ils trouvent des logements adéquats pour les patients qui n'en ont pas, encouragent l'entraide collective pour ceux qui souffrent de problèmes psychologiques, aident les chômeurs à présenter une demande d'assurance-emploi et communiquent avec les patients chaque jour pour leur rappeler de prendre leurs médicaments⁴. Ici, au Canada, le programme Maillons santé de l'Ontario vise à réduire le coût des grands utilisateurs, à prévenir qu'ils soient obligés d'aller à l'urgence d'un hôpital et à mieux coordonner leurs soins et leur prise en charge⁵. Les dirigeants

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2014;60:790-2

This article is also in English on page 781.

de Maillons santé reconnaissent l'importance des médecins de famille dans les soins aux grands utilisateurs en exigeant qu'au moins 65 % des professionnels régionaux des soins primaires soutiennent le programme Maillons santé local⁶. Ces programmes peuvent aussi être modifiés pour coordonner l'ensemble des services sociaux qui s'occupent plus adéquatement de la gamme des DSS prédicteurs d'une utilisation intense des soins de santé et permettre aux médecins de famille d'accéder aisément à ces ressources⁴.

Les médecins de famille peuvent jouer un rôle dans l'amélioration des DSS en identifiant et en définissant les besoins des patients vus dans leur pratique^{1,7}. Pour Brenner, cette démarche implique d'obtenir des données démographiques complètes (revenu, voisinage, soutien social, éducation, statut d'immigrant, etc.) durant la visite des patients^{4,8}. De plus, il optimise l'échange de renseignements sur la santé contenus dans le dossier médical électronique et les bases de données de tels dossiers pour préciser l'utilisation des soins de santé et les besoins des patients auxquels on n'a pas répondu⁹. En Ontario, des médecins de famille de l'hôpital St Michael's à Toronto ont élaboré une trousse d'outils cliniques à l'intention de leurs homologues pour les aider à dépister en cabinet les DSS négatifs et à s'en occuper; ils fournissent aussi des suggestions d'interventions¹⁰. En définitive, les médecins doivent comprendre la vie des grands utilisateurs au-delà de leurs maladies pour obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé⁴.

Par la suite, cette information peut servir à élaborer des plans de soins pour les grands utilisateurs, qui englobent les DSS^{9,11}. Même s'il existe de nombreux modèles efficaces de prise en charge des maladies, les médecins de famille devraient reconnaître qu'il est essentiel pour obtenir de bons résultats en santé d'améliorer les DSS. L'administrateur en chef de la santé publique du Canada, Dr David Butler-Jones, propose la démarche PACEM (acronyme anglais pour partnership, advocacy, cheerleading, enabling et mitigation) pour aborder les DSS¹². Le *partenariat* désigne la collaboration avec les groupes communautaires qui partagent les mêmes intérêts à l'endroit des DSS; l'*assistance* implique la réponse aux besoins du patient qui vont au-delà du milieu clinique; le *plaidoyer* décrit le fait de se faire le porte-parole en faveur des politiques et des soutiens qui tentent d'éliminer les iniquités; l'*habilitation* concerne le leadership dans les pratiques éclairées par les données probantes et la responsabilisation du patient pour prendre en main sa santé; et l'*atténuation* représente les efforts pour régler les problèmes qui nuisent disproportionnellement à la santé de populations en particulier¹². S'ils sont entrepris pour les individus et les populations, ces travaux au niveau du système et sur le plan clinique permettraient aux médecins de famille de coordonner à la fois les soins aux grands utilisateurs et d'améliorer les

facteurs sociaux qui intensifient leur utilisation des soins de santé.


Valeur unique des médecins de famille

Une multitude de données scientifiques mettent en évidence la valeur unique qu'apportent les médecins de famille au système de santé et l'on s'entend pour dire que les soins primaires sont un déterminant majeur dans des soins de grande qualité à tous les patients. Il ne fait nul doute que l'adoption des grands principes énoncés par le Collège des médecins de famille du Canada¹³ est nécessaire pour prendre en charge efficacement et améliorer les DSS des grands utilisateurs. En plus des connaissances cliniques requises pour soigner ces personnes, la relation patient-médecin et la pratique communautaire du médecin de famille offrent des possibilités uniques de s'occuper des grands utilisateurs. Dans un système de santé qui fonctionnerait bien, la plupart de ces patients auraient des professionnels des soins primaires comme premiers contacts avec le système et la majorité de leurs contacts subséquents. Avant tout, peut-être, la nature longitudinale de la relation médecin de famille-patient permet à ces professionnels d'être idéalement placés pour comprendre les facteurs de risque sociaux auxquels font face ces personnes et leurs communautés.

Les médecins de famille devraient se voir comme des acteurs prédominants dans l'établissement de cette relation et dans l'intégration et la coordination des soins au patient¹⁴. Connaissant le patient sur le plan personnel et comprenant à la fois les situations et les ressources communautaires, les médecins de famille devraient être les intervenants en mesure de fournir le plus efficacement les soins centrés sur le patient dont ont besoin les grands utilisateurs. La continuité des soins avec le médecin de famille permet la prestation de ces soins, et les grands utilisateurs peuvent ainsi discuter des questions reliées aux DSS qui pourraient ne pas être reconnues ou réglées en soins de courte durée ou dans des milieux spécialisés. Si les progrès dans l'information et la technologie peuvent accroître l'efficacité du dépistage et de la gestion des soins aux grands utilisateurs dans le futur, les médecins de famille demeureront les personnes-ressources, les confidents et les défenseurs de ces personnes.

Conclusion

L'attention accordée aux grands utilisateurs des soins de santé présente aux médecins des possibilités considérables d'améliorer concrètement la prestation des soins de santé. Si les approches fondées sur la population deviennent des outils dans les pratiques futures, la collecte de renseignements et la recherche pourront servir à orienter les soins aux grands utilisateurs⁹. Les médecins peuvent aller au-delà des milieux traditionnels de la clinique et de l'hôpital pour répondre aux

besoins des grands utilisateurs⁹. Le fait de comprendre les gradients sociaux et de s'en préoccuper représente une démarche que tous les médecins de famille peuvent suivre, pas seulement ceux qui desservent les populations vulnérables. Ces changements pourraient produire des efficacités économiques tant dans le court que le long terme grâce à la prestation de soins de santé de grande qualité et à l'évitement des hospitalisations pour les grands utilisateurs⁹. En plus de répondre au problème de la viabilité économique, une prestation par les médecins de famille de soins plus appropriés aux grands utilisateurs, qui tiennent compte des DSS, contribuera à résoudre les préoccupations fondamentales sur les plans de l'équité, de l'efficacité, de la transformation et des DSS. Le moment est venu d'agir. 

M. Stone est étudiant en médecine et chercheur principal à la Faculté de médecine de la University of Toronto, en Ontario. **M^{me} Rosella** est professeure adjointe à la Faculté de santé publique Dalla Lana de la University of Toronto, scientifique à Santé publique Ontario et scientifique adjointe au Institute for Clinical and Evaluative Sciences. **D^r Goel** est stratège universitaire en chef à Coursera, professeur à la Faculté de santé publique Dalla Lana de la University of Toronto, scientifique senior au Institute for Clinical and Evaluative Sciences, et médecin en santé publique et médecine préventive.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M. Christopher Stone, University of Toronto, Medicine, 1 King's College Circle, Toronto, ON M5S 1A8; courriel cjl.stone@mail.utoronto.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Reid R, Evans R, Barer M, Sheps S, Kerluke K, McGrail K et collab.. Conspicuous consumption: characterizing high users of physician services in one Canadian province. *J Health Serv Res Policy* 2003;8(4):215-24.
2. Réseau local d'intégration des soins de santé de Toronto Centre. *Fact sheet: high-needs populations*. Toronto, ON: Réseau local d'intégration des soins

- de santé de Toronto Centre; 2012. Accessible à : www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Strategic_Plan_2012-2014/Fact%20Sheet%20High%20Needs.pdf. Réf. du 24 juillet 2014.
3. Roos N, Burchill C, Carriere K. Who are the high hospital users? A Canadian study. *J Health Serv Res Policy* 2003;8(1):5-10.
4. Gawande A. The hot spotters. Can we lower medical costs by giving the neediest patients better care? *The New Yorker* du 24 janvier 2011. Accessible à : www.newyorker.com/reporting/2011/01/24/110124fa_fact_gawande?currentPage=all. Réf. du 11 juillet 2013.
5. Silversides A, Laupacis A. Health Links: Ontario's bid to provide more efficient and effective care for its sickest citizens. *Healthy Debate* du 28 février 2013. Accessible à : <http://healthydebate.ca/2013/02/topic/innovation/the-ontario-health-links-initiative-what-is-it>. Réf. du 7 septembre 2013.
6. Angus H; Central West Local Health Integration Network. *Health Links: the provincial perspective*. Présenté au Governance to Governance and Leadership Forum; 28 février 2013; Brampton, Ont. Accessible à : www.centralwest-hin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/v2_Board_of_Directors/G2G%20Presentation%20February%2028%20IHSP%20and%20Health%20Links.pdf. Réf. du 24 juillet 2014.
7. Committee on Integrating Primary Care and Public Health, Board on Population Health and Public Health Practice, Institute of Medicine. *Primary care and public health: exploring integration to improve population health*. 1^e éd. Washington, DC: National Academies Press; 2012.
8. Rutty C, Sullivan SC. *This is public health: a Canadian history* [publication en ligne]. Ottawa, ON: Association canadienne de santé publique; 2010. Accessible à : www.cpha.ca/en/programs/history/book.aspx. Réf. du 2 juillet 2013.
9. Scutchfield FD, Michener JL, Thacker SB. Are we there yet? Seizing the moment to integrate medicine and public health. *Am J Prev Med* 2012;42(6 Suppl 2):S97-102.
10. Bloch G. *Poverty: a clinical tool for primary care in Ontario*. Toronto, ON: Health Providers Against Poverty; 2013. Accessible à : www.healthprovider-sagainstopoverty.ca/system/files/Poverty%20a%20Clinical%20Tool%20Nov%202013_0.pdf. Réf. du 11 juillet 2014.
11. DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J, McDonald J, Fihn J, Fan V et collab. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care* 2009;47(4):440-7.
12. Butler-Jones D. Addressing social determinants of health. *Healthc Manage Forum* 2012;25(3):130-7.
13. Collège des médecins de famille du Canada [site web]. *Four principles of family medicine*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2006. Accessible à : www.cfpc.ca/principles. Réf. du 11 juillet 2014.
14. Beaulieu MD, Dory V, Pestiaux D, Pouchain D, Rioux M, Rocher G et collab.. What does it mean to be a family physician? *Can Fam Physician* 2009;55:e14-20. Accessible à : www.cfp.ca/content/55/8/e14.full.pdf+html. Réf. du 11 juillet 2014.
