

PERSPECTIVES

2 avril 2026

Une minorité de Québécois mobilise la majorité des ressources en santé

Comprendre les trajectoires des grands utilisateurs pour mieux orienter les politiques de santé

MAUDE LABERGE

Professeur titulaire,
Département de médecine sociale et préventive
de l'Université Laval
Chercheuse CIRANO

BILE YACOUBA DJEDOU

Doctorant,
Département d'opérations et systèmes de décision
de l'Université Laval

ANAÏS LACASSE

Professeure titulaire,
Département des sciences de la santé
de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

CATHERINE HUDON

Professeure titulaire,
Département de médecine de famille et de médecine d'urgence
de l'Université de Sherbrooke

THOMAS PODER

Professeur agrégé,
Département de médecine sociale et préventive,
Faculté de médecine, Université Laval
Chercheur CIRANO

La concentration des dépenses de santé au sein d'une minorité d'usagers est un phénomène bien documenté. Comprendre les trajectoires de soins de ces grands utilisateurs de services de santé est essentiel pour mieux orienter les politiques publiques. En exploitant les données médico-administratives longitudinales de la cohorte TorSaDE, les auteurs d'une étude CIRANO (Laberge et al., 2025) apportent une contribution originale dans le contexte québécois. Ils analysent les profils d'utilisation des grands utilisateurs et identifient les principaux facteurs associés à leurs

trajectoires de soins. L'étude met en évidence la diversité des parcours et la complexité des besoins de ces personnes. Les constats appellent à repenser les stratégies actuelles et à privilégier des approches personnalisées permettant d'anticiper les besoins, de mieux accompagner les personnes et d'améliorer l'efficacité du système.

Au Canada, les dépenses totales en santé sont estimées à 400 milliards de dollars en 2025, soit 13 % du produit intérieur brut (PIB) ou 9 626 \$ par habitant. Dans le budget de mars 2025, le gouvernement fédéral annonçait des augmentations du Transfert canadien en matière de santé de 5 % par an jusqu'en 2028. Malgré ce financement supplémentaire, les besoins croissent plus vite que les budgets publics. Cette pression est particulièrement marquée au Québec. Selon le dernier budget du Québec, le gouvernement consacrera 69 milliards de dollars à la santé et aux services sociaux en 2026-2027, soit environ 40 % des dépenses publiques totales. Il s'agirait d'une augmentation de 4 % par rapport à l'année précédente. Malgré ces efforts financiers, le système de santé demeure confronté à de fortes tensions, notamment liées au vieillissement de la population, à la pénurie de personnel et à la complexité croissante des besoins.

Derrière ces chiffres se cache un constat marquant : une minorité d'usagers mobilise la majorité des ressources en santé. Ces personnes présentent des profils marqués par la multimorbidité, la vulnérabilité socioéconomique et des trajectoires de soins fragmentées. Si la concentration des dépenses est bien documentée, l'analyse des trajectoires de ces personnes reste peu explorée. La majorité des études utilisent des données transversales, offrant une vision statique de l'utilisation des soins. Or, les parcours d'utilisation de soins sont dynamiques, non linéaires et hétérogènes, ce qui justifie une approche longitudinale pour mieux les comprendre.

L'étude de l'intensité d'utilisation des soins par certains individus a conduit à l'émergence du concept de grands utilisateurs (GU) de soins (Krieg et al., 2016 ; Moe et al., 2013). La littérature ne propose pas de définition universelle des GU. Certaines études les définissent selon la fréquence d'utilisation, par exemple quatre visites ou plus aux urgences, dix consultations médicales annuelles ou au moins cinq hospitalisations en douze mois (Chiu et al., 2022 ; Doupe et al., 2012). D'autres privilégient une approche fondée sur les coûts, en considérant les 5 à 10 % des personnes générant entre 40 et 60 % des dépenses totales (Nghiem et al., 2023 ; Sowa et al., 2021 ; Wong et al., 2024). Cette méthode permet de mieux refléter le fardeau économique disproportionné de ces personnes et d'assurer la comparabilité entre études. C'est l'approche que nous avons retenue.

Dans notre étude, une personne est considérée comme GU si elle fait partie du 5e centile de coûts les plus élevés. Autrement dit, nous avons défini les GU comme les 5 % d'individus engendrant les coûts annuels d'utilisation de tous les services utilisés les plus élevés. Le coût annuel total inclut quatre composantes : le coût des hospitalisations, des chirurgies d'un jour, des visites à l'urgence et des consultations médicales. Les coûts de services pharmaceutiques ne sont pas inclus, car ces données ne sont disponibles que pour les personnes couvertes par le régime public d'assurances médicaments.

Le calcul des coûts est basé sur le Niveau d'Intensité Relative des Ressources Utilisées (NIRRU), un indicateur largement connu permettant d'évaluer l'intensité des ressources de santé utilisées en fonction des services reçus. Les données médico-administratives de la RAMQ jumelées au NIRRU permettent de calculer le coût de chaque séjour hospitalier. En 2019, soit l'année la plus récente pour laquelle on dispose des données monétaires des NIRRU, la valeur monétaire d'un NIRRU pour une hospitalisation était de 6 026 \$. Le coût de chaque hospitalisation est calculé en multipliant le NIRRU de l'hospitalisation par la valeur monétaire d'un NIRRU. Par exemple, si une hospitalisation a un NIRRU de 2, le coût serait de 12 052 \$. La valeur monétaire d'un NIRRU pour une chirurgie d'un jour était de 1 368 et celle d'une visite à l'urgence était de 356 \$. Quant aux consultations médicales, le coût est basé sur les montants facturés pour chaque acte médical par les médecins à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Le fardeau économique des grands utilisateurs des services de santé : une tendance sur dix ans

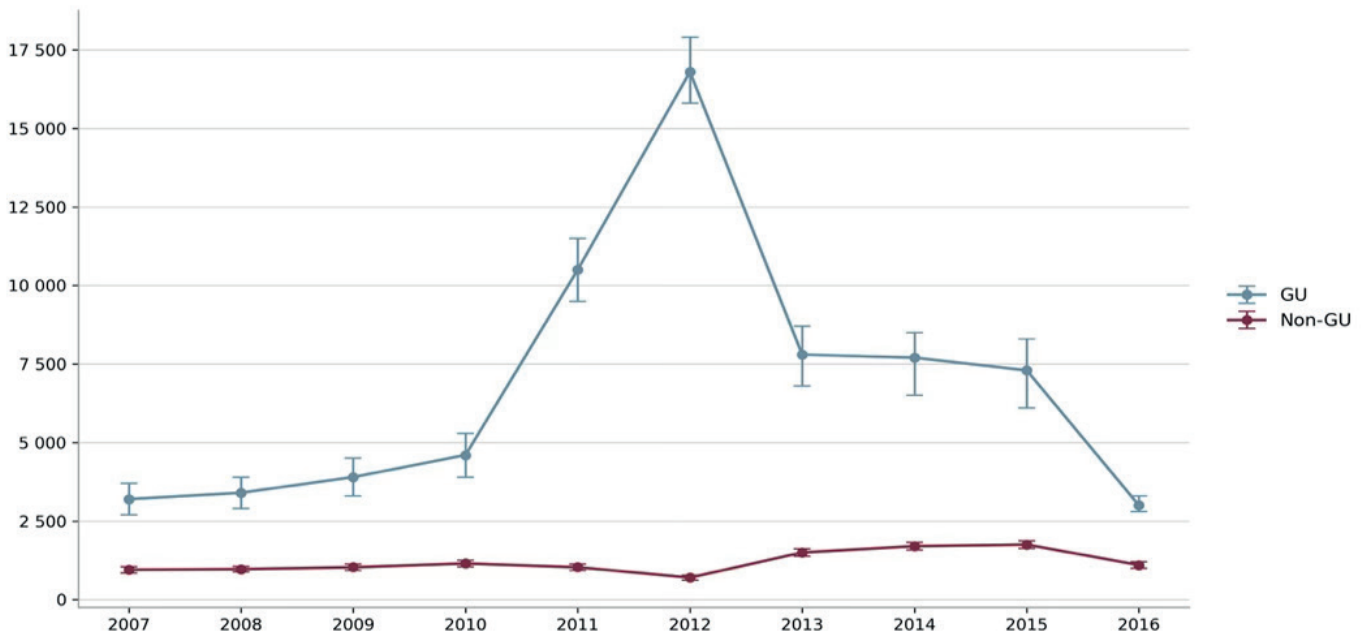
La cohorte TorSaDe compte un peu plus de 103 000 participants. En ne conservant que les personnes ayant répondu à l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008 et celle de 2009-2010 et pour lesquelles nous disposons de données complètes sur leurs coûts d'utilisation des services de santé, nous obtenons un échantillon de 19 556 personnes parmi lesquelles 977 étaient des GU en 2012 et 18 579 n'étaient pas des GU en 2012.

Le choix de l'année 2012 comme année de référence permet de suivre l'évolution des coûts associés aux GU et aux non-GU sur une période d'étude de dix ans, incluant l'année de référence, les cinq années précédentes (2007-2011) et les quatre années suivantes (2013-2016).

La figure ci-dessous compare les « GU de 2012 » aux « non-GU de 2012 » et met en évidence trois tendances majeures : une différence de coûts déjà marquée avant 2012 entre les GU et les non-GU, un pic exceptionnel en 2012, inhérent à la méthode que nous avons utilisée pour identifier les GU, et une baisse progressive des coûts après 2012. Avant 2012, les GU de 2012 présentaient déjà des coûts moyens annuels nettement

supérieurs à ceux des non-GU. En 2007, les coûts pour les GU étaient en moyenne de 3 200 \$ contre 900 \$ pour les non-GU. En 2011, ces coûts atteignaient 10 500 \$, soit plus de dix fois les coûts moyens de 980 \$ pour les non-GU.

Après 2012, les coûts moyens diminuent graduellement, atteignant environ 7 800 \$ en 2013 puis 3 000 \$ en 2016. Malgré cette baisse, l'écart entre les GU et le reste de la population demeure important. Comme le montrent les intervalles de confiance plus larges pour les GU que pour les non-GU et ce tout au long de la période, les GU présentent des coûts beaucoup plus dispersés, ce qui signifie que certains mobilisent énormément plus de ressources du système de santé que la moyenne.



Évolution des coûts annuels moyens des GU de 2012 et des non-GU de 2012 au Québec de 2007 à 2016, dollars de 2019

Source : Laberge et al., 2025 - Analyses des données TorSaDE

Une analyse longitudinale rétrospective de cohorte basée sur des données médico-administratives jumelées à des données d'enquête

Notre étude exploite les données de la cohorte TorSaDE (Trajectoires Santé - Données Enrichies), une base de données longitudinale qui regroupe des individus du Québec ayant répondu aux différents cycles de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) et ayant autorisé le jumelage de leurs réponses avec les données administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (Vanasse et al., 2021). L'ESCC est une enquête transversale qui recueille des renseignements sur la santé, y compris sur l'utilisation des soins, sur les habitudes de vie et sur l'état de santé général de la population canadienne.

La cohorte TorSaDe regroupe plus de 103 000 participants du Québec et couvre la période de 1996 à 2016. Elle se distingue par plusieurs atouts majeurs. La cohorte est représentative de la population québécoise, ce qui permet de généraliser les résultats.

En suivant les participants sur deux décennies, elle permet d'analyser les changements dans l'utilisation des soins et les coûts qui y sont associés sur une longue période, ce qui est essentiel pour comprendre les dynamiques de soins à long terme. Les données combinent les réponses autorapportées de l'ESCC avec les données administratives de la RAMQ, fournissant une vue complète des caractéristiques sociodémographiques, des états de santé perçus et de l'utilisation réelle des services de santé. Les données incluent aussi des informations détaillées sur les visites médicales, les hospitalisations et les coûts de soins de santé, permettant ainsi des analyses approfondies. Cinq cycles de l'ESCC sont inclus dans nos analyses : 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016.

La grande utilisation des soins ne découle pas uniquement des besoins cliniques, mais résulte d'une interaction complexe entre facteurs individuels, sociaux et organisationnels

Pour comprendre pourquoi certaines personnes utilisent davantage les services de santé, le cadre théorique retenu est le modèle comportemental d'utilisation des soins d'Andersen (1995). Ce modèle distingue trois grands types de facteurs : les facteurs prédisposants, les facteurs facilitateurs ou inhibants, et les facteurs de besoins.

Les facteurs prédisposants correspondent aux caractéristiques individuelles influençant la probabilité d'un recours aux soins, notamment l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique et des facteurs socioéconomiques comme le niveau d'éducation et le revenu. Si les facteurs prédisposants modulent la

probabilité d'un recours fréquent aux soins, les facteurs facilitants ou inhibants influencent quant à eux la capacité réelle des individus à accéder aux services de santé. Parmi ces facteurs, l'accès aux soins primaires qu'on peut associer ici au fait d'être inscrit auprès d'un médecin de famille, constitue un autre élément clé. D'autres facteurs facilitateurs ou inhibants renvoient aux ressources matérielles et organisationnelles, telles que la couverture d'assurance-maladie ou la disponibilité des infrastructures de soins.

Les facteurs de besoins se rapportent à l'état de santé perçu ou objectif de l'individu. L'indice de l'état de santé par l'utilité de niveau 3 (ou *Health Utilities Index Mark 3* (HUI3) en anglais), la perception de la santé générale, la perception de la santé mentale, la satisfaction de la vie en générale et la perception du stress dans la vie quotidienne constituent des facteurs clés. C'est le cas aussi de l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool. D'autres facteurs de besoins associés à un recours fréquent aux soins incluent un indice de comorbidité élevé, la polymédication et le fait d'avoir consulté plusieurs professionnels de la santé différents au cours d'une année.

Les facteurs de besoins sont souvent associés à des pathologies chroniques ou des troubles psychiatriques. Ils interagissent avec les facteurs prédisposants pour expliquer les trajectoires de recours aux soins et services de santé.

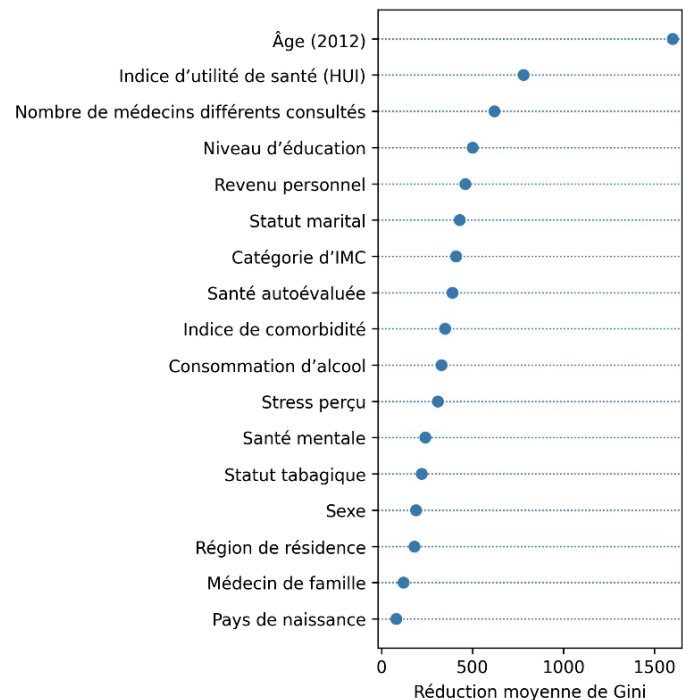
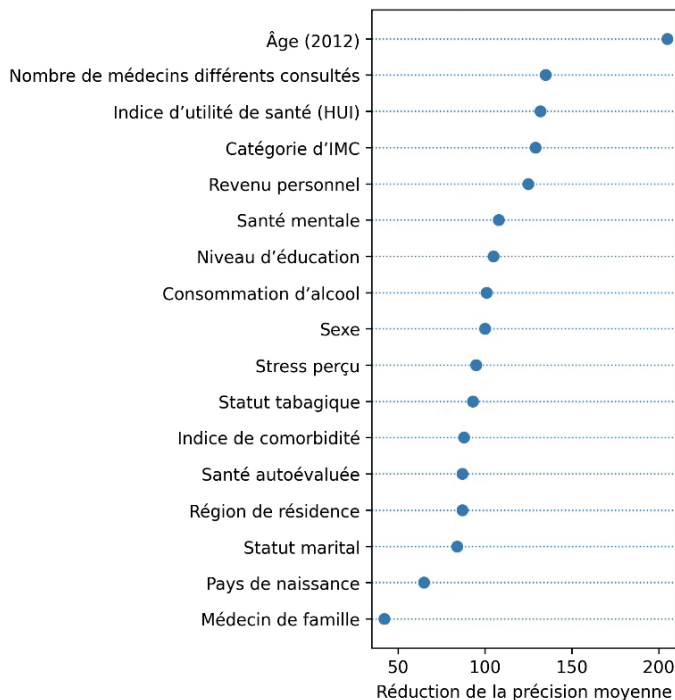
Pour analyser les facteurs socioéconomiques, démographiques, cliniques et comportementaux qui différencient les GU de la population générale, nous avons retenu plusieurs approches méthodologiques. Une première approche est celle de la forêt aléatoire, un outil d'intelligence artificielle qui permet d'identifier, parmi un grand nombre de variables, celles qui contribuent le plus à distinguer les individus selon leur probabilité d'être GU. Cette méthode construit plusieurs « arbres de décision » qui, ensemble, évaluent quels facteurs influencent le plus le recours intensif aux soins.

Les deux figures ci-dessous permettent d'évaluer l'importance des variables utilisées dans le modèle. La figure de gauche repose sur la mesure de la réduction de la précision moyenne du modèle (ou *mean decrease accuracy* en anglais) lorsque chaque variable est exclue. Une valeur élevée indique que la variable a une forte influence sur la précision de la classification. La figure

de droite repose sur la réduction moyenne de Gini (ou *mean decrease Gini* en anglais), un indicateur issu des arbres de décision qui mesure la capacité d'une variable à améliorer la séparation des classes. Plus cette valeur est élevée, plus la variable contribue à la discrimination entre les groupes.

L'analyse par forêt aléatoire a permis d'identifier les variables les plus influentes dans la classification des GU. Parmi celles-ci, l'âge se démarque comme le déterminant principal, suivi du nombre de médecins différents consultés, de l'indice de santé mesuré par l'utilité (HUI) et de l'indice de masse corporelle (IMC). Ces résultats sont cohérents avec ceux de Nghiem et al. (2023), qui ont montré que les modèles d'apprentissage automatique, en intégrant simultanément des variables cliniques, sociodémographiques et comportementales, peuvent capturer la complexité des profils de GU.

Il convient de rester prudent quant à l'interprétation de la performance du modèle utilisé. Il n'est pas possible de conclure que le modèle par forêt aléatoire offre une capacité prédictive supérieure à d'autres approches statistiques classiques, telles que la régression logistique.



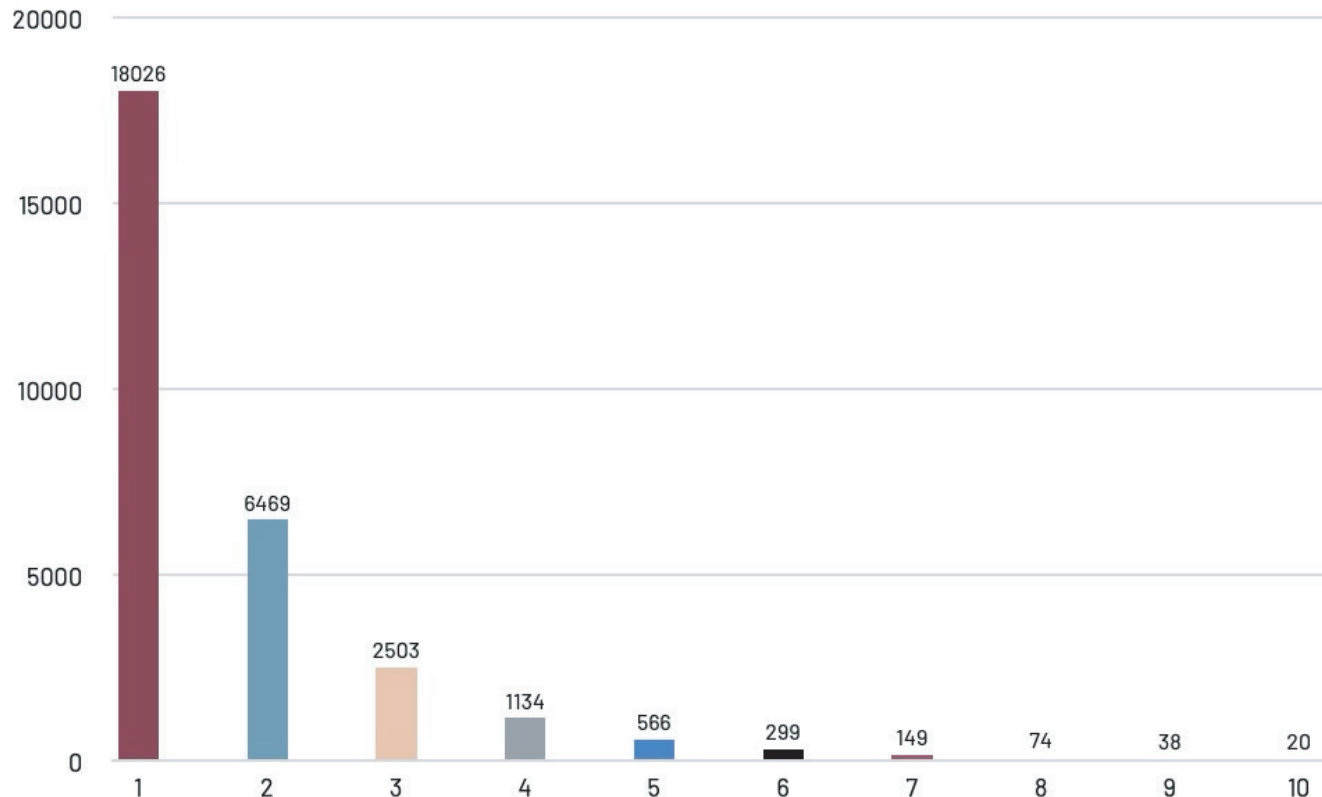
Principaux facteurs qui distinguent les GU de services de santé au Québec selon l'approche de la forêt aléatoire

Source : Laberge et al., 2025 - Analyses des données TorSaDE

Tous les grands utilisateurs des services de santé ne se ressemblent pas

Pour examiner l'hétérogénéité des trajectoires de soins, notre population à l'étude est composée des personnes ayant répondu aux différents cycles de l'ESCC entre 2007 et 2016 et ayant autorisé le jumelage de leurs réponses avec les données administratives de la RAMQ. En ne conservant que les participants pour lesquels nous disposons de données complètes sur leurs coûts d'utilisations des services de santé, nous obtenons un échantillon de 99 631 individus. Parmi ceux-ci, 29 278 ont été identifiés comme GU au moins une fois entre 2007 et 2016, soit près de 30 % de l'échantillon.

La majorité des GU (18 026 ou 62 %) ont été GU une seule fois. Cette proportion décroît progressivement avec l'augmentation de la fréquence d'appartenance au groupe des GU. Ainsi, 6 469 individus ont été GU deux fois, tandis que 2 503 individus l'ont été trois fois. La fréquence continue de diminuer avec 1 134 individus ayant été GU quatre fois et 566 individus cinq fois. Au-delà de six occurrences, le nombre d'individus devient marginal, avec 299 individus ayant été GU six fois, 149 sept fois, 74 huit fois, 38 neuf fois et seulement 20 individus ayant été GU dix fois.



Répartition du nombre de GU selon le nombre d'années pour lesquelles ils ont été GU au cours de la période

Source : Laberge et al., 2025 - Analyses des données TorSaDE

Nous avons exploré l'hétérogénéité des trajectoires d'utilisation des soins parmi les GU à l'aide d'une analyse en classes latentes (ACL) (ou *Latent Class Analysis* (LCA) en anglais). L'ACL est une méthode statistique utilisée pour identifier des sous-groupes latents au sein d'une population à partir de variables observées. Elle permet de modéliser des groupes d'individus partageant des caractéristiques similaires en fonction de leurs réponses à des questions ou de leurs comportements observés. Dans le cadre de notre étude, cette approche permet de regrouper les individus présentant des profils d'utilisation similaires, en tenant compte à la fois de la fréquence et de la persistance de leur statut de GU au fil du temps.

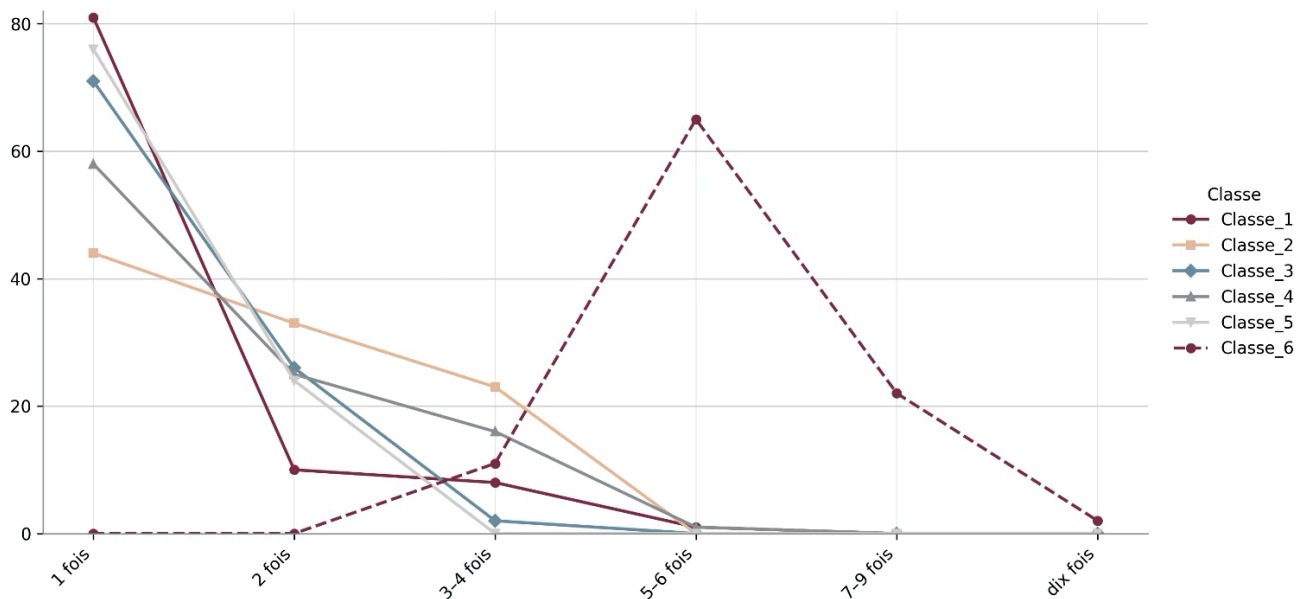
Un modèle avec six classes de GU a été retenu. La figure ci-dessous permet de visualiser les trajectoires des six classes.

Notre analyse permet de dégager trois profils distincts : les GU occasionnels, les GU récurrents et les GU persistants.

Les GU occasionnels (Classes 1, 3 et 5) se caractérisent par une consommation ponctuelle élevée, généralement liée à un épisode de santé aigu nécessitant une prise en charge temporaire.

Les GU récurrents (Classes 2 et 4) présentent une alternance entre des périodes de forte consommation et des phases de moindre recours, reflétant souvent la gestion intermittente de maladies chroniques.

Enfin, les GU persistants (Classe 6), bien que minoritaires, mobilisent de manière soutenue et disproportionnée les ressources du système, souvent en raison de comorbidités complexes, de troubles psychiatriques sévères et de vulnérabilités sociales multiples.



Proportion des GU (en %) dans chacune de six classes selon la fréquence du statut de GU de 2007 à 2016

Source : Laberge et al., 2025 - Analyses des données TorSaDE

Analyse en classes latentes

L'analyse en classes latentes repose sur l'idée que les relations entre les variables observées peuvent être influencées par des facteurs latents non observables (Collins et Lanza, 2009 ; Lanza et Rhoades, 2013 ; Nguena Nguetack et al., 2020). La sélection du modèle optimal s'appuie sur des critères statistiques comme le critère d'information Akaike (ou AIC pour *Akaike Information Criterion* en anglais) et le critère d'information bayésien (ou BIC pour *Bayesian Information Criterion* en anglais). Ces critères sont couramment utilisés pour sélectionner le meilleur modèle en tenant compte du compromis entre qualité d'ajustement et complexité du modèle. Les recommandations méthodologiques en classification latente préconisent de privilégier le modèle ayant le plus faible AIC et BIC, tout en évitant une augmentation excessive de la complexité (Nylund et al., 2007).

L'analyse des différences successives révèle une diminution progressive des valeurs de l'AIC et du BIC à mesure que le nombre de classes augmente, indiquant une amélioration de l'ajustement du modèle. Cette amélioration est significative jusqu'à six classes, après quoi les gains deviennent marginaux.

Les statistiques de rapport de vraisemblance (G^2) et de Khi-carré de Pearson (χ^2) confirment cette tendance. Jusqu'à six classes, les valeurs de G^2 et χ^2 diminuent de manière significative, indiquant une réduction progressive de l'erreur d'ajustement du modèle. Après six classes, cette diminution devient nettement plus faible, suggérant que l'ajout de classes supplémentaires n'apporte qu'une amélioration marginale. Sur la base de ces résultats, le modèle avec six classes a été retenu.

La grande utilisation des soins ne peut donc pas être analysée comme un phénomène uniforme. Si une majorité des personnes ont temporairement ce statut en raison d'un épisode de santé nécessitant une prise en charge temporaire découlant de besoins de santé plus aigus et épisodiques, une proportion non négligeable d'individus suit des trajectoires d'utilisation persistantes, souvent associées à une multimorbidité lourde, à des vulnérabilités sociales et à des besoins de soins non couverts.

Cette hétérogénéité implique qu'une stratégie uniforme d'intervention serait inefficace et même contre-productive. Comme l'ont montré Wodchis et al. (2016) et Moe et al. (2021), la prise en charge doit être différenciée selon les profils identifiés, faute de quoi les trajectoires de surutilisation risquent de se reproduire.

Ce qui façonne les trajectoires d'utilisation des soins

Pour identifier les facteurs influençant l'appartenance aux différentes classes définies par l'analyse en classes latentes, nous avons estimé un modèle de régression logistique multinomiale, en prenant la Classe 1 comme groupe de référence. Notre variable d'intérêt constitue la variable catégorielle « Classe » qui comporte six modalités. Les paramètres du modèle ont été estimés par la méthode du maximum de vraisemblance, qui consiste à trouver les valeurs de coefficients qui maximisent la probabilité d'observer les données disponibles.

Parmi les facteurs démographiques, l'âge apparaît comme un facteur discriminant majeur : les individus plus âgés sont significativement plus susceptibles d'appartenir aux classes récurrentes et persistantes.

Ce constat rejoint les résultats de Huynh et al. (2016), Hwang et al. (2015) et Palmer et al. (2014) qui soulignent l'effet cumulatif du vieillissement sur la prévalence des maladies chroniques et la perte d'autonomie. L'âge agit comme un facteur de vulnérabilité lorsqu'il est combiné à d'autres déterminants, tels que la multimorbidité, un faible soutien social ou des épisodes de soins aigus.

Les individus à faible revenu sont nettement surreprésentés dans les GU persistants, un constat cohérent avec les travaux de Bieler et al. (2012), Hudon et al. (2016) et Bodenmann et al. (2017), qui ont démontré l'effet cumulatif de la pauvreté sur l'accès restreint aux soins préventifs, la fragmentation du suivi et les hospitalisations évitables.

Le fait de vivre seul est aussi associé à une probabilité élevée d'appartenir aux classes avec une utilisation persistante. L'absence de soutien social informel peut entraver la gestion autonome des problèmes de santé et renforcer le recours au système de santé comme principal filet de sécurité.

L'accès aux soins primaires, qu'on associe ici à l'inscription auprès d'un médecin de famille, révèle un effet ambivalent : les individus inscrits à un médecin de famille sont davantage représentés parmi les GU persistants. Ce paradoxe peut s'expliquer par un phénomène de sélection inverse : les patients ayant des besoins complexes sont plus souvent dirigés vers des médecins de famille pour un suivi rapproché. Cependant, cette inscription ne garantit pas en soi une réduction de l'utilisation des services si elle ne s'accompagne pas d'une coordination réelle, d'un accès facilité et d'une continuité de soins interprofessionnelle.

Sur le plan clinique, les GU présentent une perception significativement plus négative de leur état de santé général et mental et un indice de comorbidité plus élevé. Ces observations sont en cohérence avec les résultats de nombreuses études qui ont établi une association étroite entre la multimorbidité, en particulier la présence simultanée de pathologies chroniques cardiovasculaires, métaboliques et musculosquelettiques et l'intensification du recours aux services de santé (Moe et al., 2021 ; Sowa et al., 2021 ; Wong et al., 2024).

Les GU consultent un plus grand nombre de professionnels de santé au cours de l'année. Souvent atteints de pathologies chroniques multiples et parfois de troubles de santé mentale, ils peuvent nécessiter l'intervention coordonnée de plusieurs spécialistes pour assurer un suivi adéquat. Dans ce contexte, le recours à plusieurs professionnels de santé ne reflète pas nécessairement une défaillance du système de soins, mais plutôt une tentative de réponse à des besoins médicaux multiples, que le médecin de famille ne peut assumer seul.

Les comportements de santé, notamment le tabagisme, contribuent également à structurer les trajectoires. Le tabagisme quotidien est fortement associé aux classes de GU récurrents et persistants, ce qui corrobore les conclusions de Chiu et al. (2022) et Wong et al. (2024), selon lesquelles les habitudes de vie à risque sont liées à une augmentation des complications médicales et à une intensification des besoins en soins.

À l'inverse, la consommation régulière d'alcool semble, dans notre échantillon, associée à une probabilité plus faible d'appartenir à la classe de GU persistants.

Mieux comprendre pour mieux agir

Notre étude révèle une réalité centrale pour le système de santé québécois : une très faible proportion de la population mobilise près de la moitié des dépenses en santé. Elle révèle aussi qu'une grande utilisation des soins ne s'explique pas uniquement par des besoins cliniques élevés. Elle résulte plutôt d'une interaction complexe entre vulnérabilités médicales, déterminants sociaux et caractéristiques organisationnelles.

Pour le système de santé, ces résultats appellent à un changement de paradigme en passant d'une logique de gestion des épisodes de soins à une approche intégrée et préventive des trajectoires de soins. Comprendre les trajectoires et repérer les trajectoires à risque constitue un atout stratégique pour la planification de soins ciblés. L'identification précoce des profils permet d'agir en amont, en proposant des interventions ciblées avant que la surutilisation ne s'installe.

Une telle approche est difficile à opérationnaliser dans la pratique clinique puisque les données de coûts pour repérer les GU ne sont pas toujours disponibles en temps réel. À défaut d'informations sur les coûts, certains antécédents médicaux, l'historique de recours aux soins de santé et les caractéristiques socioéconomiques des personnes sont des indicateurs assez simples, faciles à suivre et qui peuvent s'avérer utiles pour aider les professionnels à repérer plus efficacement les personnes les plus à risque.

Agir efficacement nécessite de renforcer la coordination interprofessionnelle et de dépasser une vision strictement biomédicale

Les interventions les plus efficaces sont celles qui combinent plusieurs dimensions : amélioration de l'accès aux soins primaires, prise en charge interdisciplinaire, technologies prédictives et accompagnement social. Des stratégies combinant soins primaires intégrés, gestion de cas et soutien social ont montré leur efficacité pour améliorer la continuité des soins et réduire les hospitalisations.

Enfin, nos résultats soulignent l'urgence d'intégrer les déterminants sociaux de la santé dans la planification des politiques de santé. Une gestion efficace des trajectoires ne peut se limiter à l'optimisation des ressources médicales. Elle doit inclure des interventions structurelles sur le logement, la sécurité alimentaire, la santé mentale et la lutte contre la fragmentation des soins. La compréhension des trajectoires de soins permet d'améliorer la qualité des soins, d'optimiser l'efficacité du système et de renforcer l'équité d'accès aux services de santé.

Références

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Bieler, G., Paroz, S., Faouzi, M., Trueb, L., Vaucher, P., Althaus, F., Daepfen, J.-B., et Bodenmann, P. (2012). Social and Medical Vulnerability Factors of Emergency Department Frequent Users in a Universal Health Insurance System. *Academic Emergency Medicine*, 19(1), 63-68. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01246.x>
- Bodenmann, P., Velonaki, V.-S., Griffin, J. L., Baggio, S., Iglesias, K., Moschetti, K., Ruggeri, O., Burnand, B., Wasserfallen, J.-B., Vu, F., Schupbach, J., Hugli, O., & Daepfen, J.-B. (2017). Case Management may Reduce Emergency Department Frequent use in a Universal Health Coverage System: A Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 32(5), 508-515. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3789-9>
- Chiu, Y. M., Dufour, I., Courteau, J., Vanasse, A., Chouinard, M.-C., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Elazhary, N., & Hudon, C. (2022). Profiles of frequent emergency department users with chronic conditions: A latent class analysis. *BMJ Open*, 12(9), e055297. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055297>
- Collins, L. M., et Lanza, S. T. (2009). *Latent Class and Latent Transition Analysis: With Applications in the Social, Behavioral, and Health Sciences*. John Wiley & Sons
- Doupe, M. B., Palatnick, W., Day, S., Chateau, D., Soodeen, R.-A., Burchill, C., & Derksen, S. (2012). Frequent Users of Emergency Departments: Developing Standard Definitions and Defining Prominent Risk Factors. *Annals of Emergency Medicine*, 60(1), 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.11.036>
- Hudon, C., Sanche, S., & Haggerty, J. L. (2016). Personal Characteristics and Experience of Primary Care Predicting Frequent Use of Emergency Department: A Prospective Cohort Study. *PLOS ONE*, 11(6), e0157489. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157489>
- Huynh, C., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Ménard, J.-M., et Fleury, M.-J. (2016). Factors Influencing the Frequency of Emergency Department Utilization by Individuals with Substance Use Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 87(4), 713-728. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9422-6>
- Hwang, A. S., Liu, S. W., Ashburner, J. M., Auerbach, B. J., Atlas, S. J., et Hong, C. S. (2015). Outcomes of primary care patients who are frequent and persistent users of the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 33(9), 1320-1322. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.05.042>
- Krieg, C., Hudon, C., Chouinard, M.-C., et Dufour, I. (2016). Individual predictors of frequent emergency department use: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 16(1), 594. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1852-1>
- Laberge, M., Yacouba Djedou, B., Poder, T., Lacasse, A., & Hudon, C. (2025). *Trajectoires de soins des grands utilisateurs : Exploitation des données de la cohorte torsade*. CIRANO. <https://doi.org/10.54932/OBKC2252>
- Lanza, S. T., et Rhoades, B. L. (2013). Latent Class Analysis: An Alternative Perspective on Subgroup Analysis in Prevention and Treatment. *Prevention Science*, 14(2), 157-168. <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0201-1>
- McLachlan, G. J., et Peel, D. (2004). *Finite Mixture Models*. John Wiley & Sons
- Moe, J., Bailey, A. L., Oland, R., Levesque, L., et Murray, H. (2013). Defining, quantifying, and characterizing adult frequent users of a suburban Canadian emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 15(4), 214-226. <https://doi.org/10.2310/8000.2013.130936>
- Moe, J., O'Sullivan, F., McGregor, M. J., Schull, M. J., Dong, K., Holroyd, B. R., Grafstein, E., Hohl, C. M., Trimble, J., & McGrail, K. M. (2021). Identifying subgroups and risk among frequent emergency department users in British Columbia. *JACEP Open*, 2(1). <https://doi.org/10.1002/emp2.12346>

Nghiem, N., Atkinson, J., Nguyen, B. P., Tran-Duy, A., & Wilson, N. (2023). Predicting high health-cost users among people with cardiovascular disease using machine learning and nationwide linked social administrative datasets. *Health Economics Review*, 13(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13561-023-00422-1>

Nguena Nguetack, H. L., Pagé, M. G., Katz, J., Choinière, M., Vanasse, A., Dorais, M., Samb, O. M., et Lacasse, A. (2020). Trajectory Modelling Techniques Useful to Epidemiological Research: A Comparative Narrative Review of Approaches. *Clinical Epidemiology*, 12, 1205-1222. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S265287>

Nylund, K. L., Asparouhov, T., et Muthén, B. O. (2007). Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(4), 535-569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>

Palmer, E., Leblanc-Duchin, D., Murray, J., et Atkinson, P. (2014). Emergency department use. *Canadian Family Physician*, 60(4), e223-e229. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046533/>

Sowa, P. M., Venuthurupalli, S. K., Hoy, W. E., Zhang, J., Cameron, A., Healy, H. G., & Connelly, L. B. (2021). Identification of factors associated with high-cost use of inpatient care in chronic kidney disease: A registry study. *BMJ Open*, 11(8), e049755. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049755>

Vanasse, A., Chiu, Y. M., Courteau, J., Dorais, M., Bartlett, G., Zawaly, K., & Benigeri, M. (2021). Cohort Profile: The Care Trajectories-Enriched Data (TorSaDE) cohort. *International Journal of Epidemiology*, 50(4), 1066-1066h. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa167>

Wodchis, W. P., Austin, P. C., & Henry, D. A. (2016). A 3-year study of high-cost users of health care. *CMAJ*, 188(3), 182-188. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150064>

Wong, J. J., Côté, P., Tricco, A. C., Watson, T., & Rosella, L. C. (2024). Characterizing high-cost healthcare users among adults with back pain in Ontario, Canada: A population-based cohort study. *PAIN*, 165(9), 1944. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003200>

Pour citer cet article:

Laberge, M., Gjedou, B., Lacasse, A., Hudon, C. & Poder, T. (2026). Une minorité de Québécois mobilise la majorité des ressources en santé, (2026PJ-06, Revue PERSPECTIVES, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/YRVB6566>

PERSPECTIVES est la revue de diffusion et de valorisation de la recherche au CIRANO. Rédigés dans une forme accessible à un auditoire élargi, les articles de la revue PERSPECTIVES assurent une visibilité aux travaux et à l'expertise de la communauté de recherche du CIRANO. Comme toute publication CIRANO, les articles sont fondés sur une analyse rigoureusement documentée, réalisée par des chercheuses, chercheurs et Fellows CIRANO.

Les articles publiés dans PERSPECTIVES n'engagent que la seule responsabilité de leurs auteurs.

ISSN 2563-7258 (version en ligne)

Directrice de la publication :
Nathalie de Marcellis-Warin, Présidente-directrice générale
Rédactrice en chef :
Carole Vincent, Directrice de la mobilisation des connaissances

www.cirano.qc.ca