

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Institut national de santé publique du Québec

L'évaluation des groupes de médecine de famille (GMF)

Erin Strumpf, Ph.D.

l'Université McGill

Irdes

ESPSS, Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal

**Colloque international: L'évaluation économique et la recherche sur les services de santé
Drees – Irdes - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
le 1^{er} décembre 2014**



La système de santé québécois

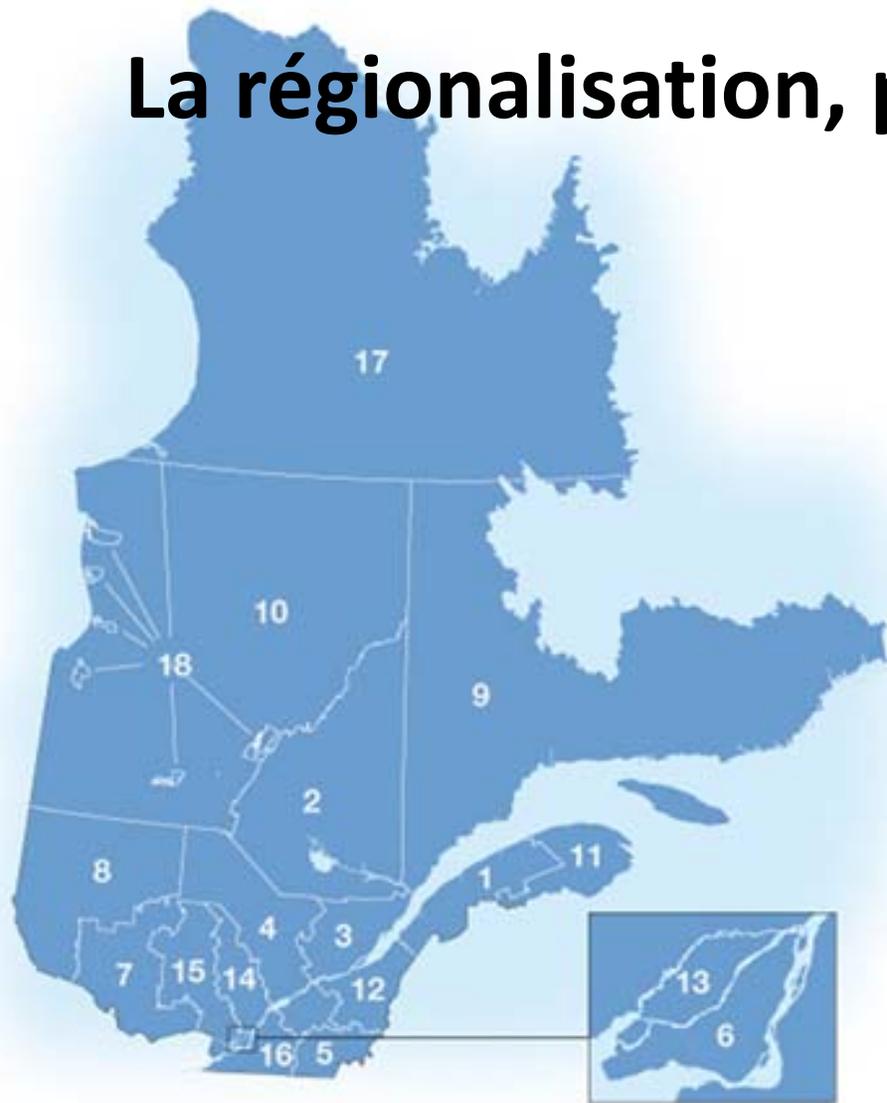
- Au Canada, l'assurance maladie publique (financée par des impôts), couvre les services des médecins et des hôpitaux
 - Géré au niveau provincial (RAMQ), couverture (presque) populationnelle, les services couverts à 100%, aucun co-paiement
- Les médecins et les hôpitaux sont financés publiquement, mais en général ils ne sont pas employés, ni des organisations publiques
 - Paiement à l'acte et budgets globaux, respectivement, mais les réformes sont possibles
- L'espérance de vie est comparable à la France, les dépenses en santé per capita sont un peu plus élevées
 - Les défis importants concernent l'accès et la coordination des soins

Nos dépenses

- 71% des dépenses en santé sont publiques, 29% privées
- Le budget du Ministère de santé et services sociaux (MSSS) – plus de 32\$ milliards en 2014 – soit 43% du budget du gouvernement québécois

Canadian Institute for Health Information. *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2013*. Ottawa, ON: CIHI; 2013. Répartition en pourcentage du budget de dépenses par mission du gouvernement québécois, 2014-2015 <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/>

La régionalisation, partie 1



- 18 régions socio
sanitaires (RSS)
 - Le plupart regroupe
200 000 à 690 000
habitants
 - La plus grande
1 900 000 et les plus
petites 40 000

<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/agences.php>; La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire de 1981 à 2031, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Avril 2010

La régionalisation, partie 2

- 2004 – 2014: 95 réseaux locaux, Centres de santé et services sociaux (CSSS)
- Projet de loi n°10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

– De 182 à 28 établissements en gros le niveau de CSSS va disparaître

<http://www.santemonteregie.qc.ca/index.fr.html>



Groupe de médecine de famille (GMF): la conception de la politique

- Politique mise en place au Québec en novembre 2002
- 6-12 médecins équivalent temps plein (ETP), travaillant en étroite collaboration avec des infirmières et autres professionnels de la santé (travailleurs sociaux, nutritionnistes et pharmaciens)
- 1 000-2 000 patients inscrits par médecin ETP
- Tout à fait volontaire pour les patients et les médecins
- En mars 2013, il y avait 253 GMF dans la province de Québec avec 3 996 médecins de famille (58 %) offrant des services à 3 139 138 patients inscrits (39 %) (MSSS 2014)

GMF: la conception de la politique (suite)

- Les infirmières jouent un rôle clé: entrevue clinique et dépistage, éducation du patient, prévention des maladies et activités de promotion de la santé
- Contrat entre GMF et instances locales de santé, afin d'augmenter l'offre de services (c.-à-d. heures d'ouverture étendues) en échange d'un financement public supplémentaire (équipements informatiques et salaires des infirmières et d'agents administratifs) (Pomey et coll. 2009)
- Les médecins conservent le même mode de rémunération (c.-à-d. paiement à l'acte) de même que les médecins non GMF; pas de composante de paiement à la performance

Objectifs des GMF au Québec

- Offrir à tous les Québécois un médecin de famille qui assurera l'accès et la continuité à un large éventail de services cliniques.
- Améliorer les liens et la complémentarité des services offerts par les Centres locaux des services communautaires (CLSC)
- Améliorer la prestation et la qualité des services de première ligne pour la population
- Rendre le système de santé plus efficace
 - Un objectif moins explicite, mais toujours une partie de la motivation

Comment l'évaluation arrive à l'agenda – et comment elle y reste

- Les professionnels du ministère et les chercheurs – ensemble et séparément – posent les questions par rapport à l'évaluation
- Cependant ces professionnels sont constamment redirigés vers d'autres priorités par ordre de politiciens qui ont une fenêtre temporelle assez courte
- C'est plutôt les chercheurs indépendants qui réalisent les évaluations à « long terme »

Les processus d'évaluation

La ministre: professionnels et politiciens

- Comité d'évaluation sur l'organisation des services de première ligne (2002 - 2010)
 - Experts en évaluation des régies régionales, une représentation de l'Institut national de santé publique du Québec et du MSSS, chercheurs universitaires
 - Conceptualisation et financement du base de données administrative (cohortes)
- Co-financement des études

Les chercheurs

- Un réseau, plutôt informel, des chercheurs universitaires avec des intérêts en commun
- Leurs études et collaborations évoluent selon leurs intérêts et opportunités
 - Aucun agenda explicitement coordonné
- Financement des niveaux fédéral, national, et régional

Comprendre les impacts des nouveaux modèles en première ligne

- Des changements au niveau des modèles de soins affectent-ils les résultats que nous ciblons?
- Les comparaisons simples ne nous permettent pas d'identifier les effets causaux:
 - Patients suivis dans de nouveaux modèles et patients suivis dans modèles traditionnels
 - Pays avec « plus » et pays avec « moins » de services de première ligne
- Des études observationnelles – quasi expérimentales ou des essais dans des conditions naturelles – nous permettent de profiter des changements dans l'exposition et ainsi imiter plusieurs des forces importantes de l'essai contrôlé randomisé

L'accès aux soins de premier recours est-il lié au taux de participation en GMF?

Le taux de participation, des omnipraticiens et de la population, varie à travers des régions socio sanitaires (RSS) et dans le temps

Legend

Change GMF participation

2003-2010

Unmeasured

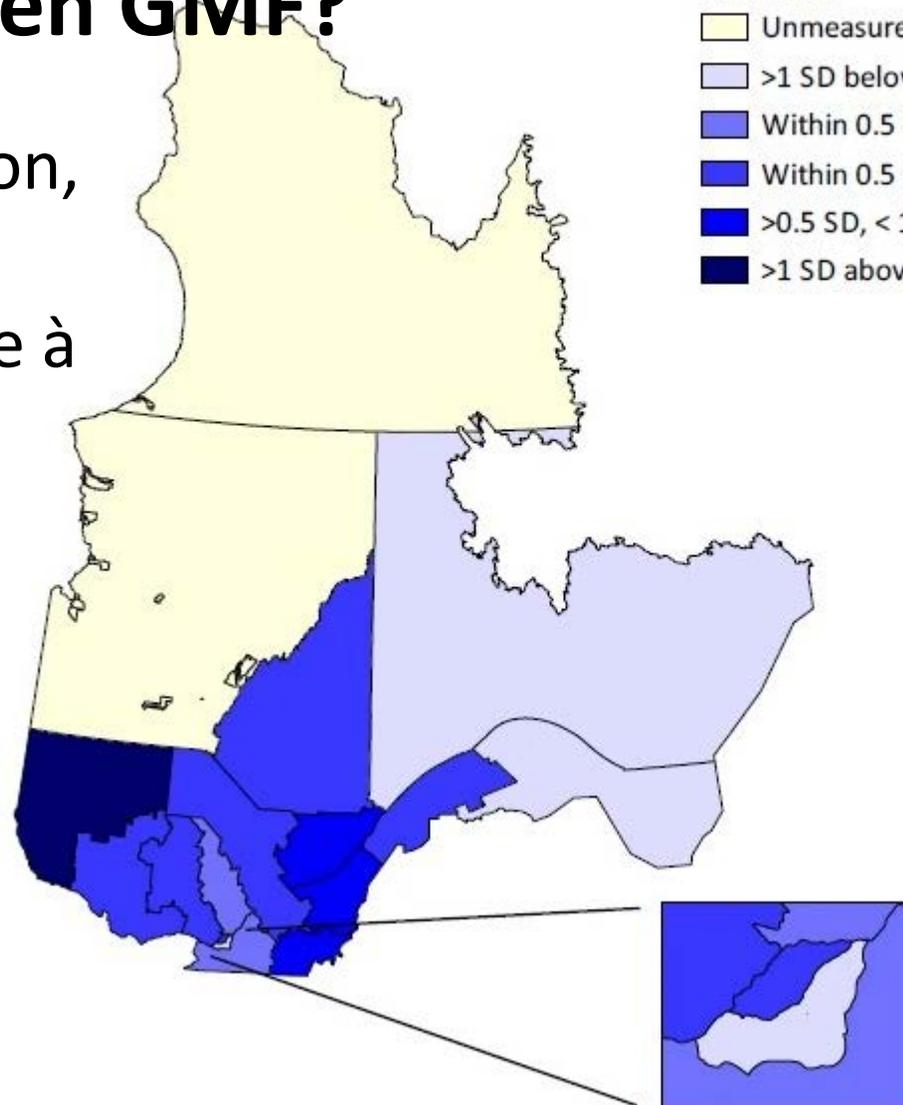
>1 SD below mean

Within 0.5 SD below mean

Within 0.5 SD above mean

>0.5 SD, < 1 SD above mean

>1 SD above mean



Aucune évidence que les GMF améliorent l'accès aux soins

- L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2001-2010
- Environ 114 000 résidents du Québec, âgés 18 ans et plus, en 15 des 18 RSS
- L'augmentation de la participation en GMF n'est pas liée aux changements dans le taux de Québécois qui rapportent:
 - Avoir un médecin de famille
 - Avoir des besoins de soins de santé non-comblés
 - Avoir de la difficulté à accéder aux soins dans ou hors des heures régulières

La réalité est-elle conforme à la conception de la politique?

LE DEVOIR

Libre de penser

Québec va serrer la vis aux GMF

Près de 45% des groupes de médecine familiale ne respectent pas leur contrat, dénonce le ministre de la Santé

14 février 2013 | Amélie Daoust-Boisvert | Santé

», s'est indigné le ministre pendant l'étude des crédits de son ministère. « On s'aperçoit que 43 % des GMF n'ouvrent pas la fin de semaine, alors qu'on paie pour ça. Qu'est-ce qui reste aux patients ? L'urgence ! » De plus, 40 % des GMF suivent moins de patients que la cible pour laquelle ils ont une subvention.

Les études «cohortes»: les impacts sur la quantité et la qualité des soins

- Données administratives sur environ 800 000 patients vulnérables de 2000 à 2010
 - Vulnérable pour la facturation à la RAMQ : 70 ans ou plus ou malades chroniques
 - 2 ans avant / 5 ans après leur inscription vulnérable et inscription GMF lorsqu'applicable
- Nos études incluent les GMF de la première génération
 - 79 GMF dans 16 RSS, qui ont vu le jour entre nov. 2002 et juil. 2004

Caractéristiques des patients inscrits en GMF et des médecins participants

- Le modèle GMF a attiré:
 - Des médecins dont les lieux de pratique clinique sont plus diversifiés
 - Des patients plus malades et plus défavorisés
- Médecins GMF - Avant de rejoindre un GMF:
 - Probabilité plus faible que les médecins en région urbaine rejoignent un GMF
 - Les médecins qui rejoignent un GMF ont moins d'années d'expérience
 - Probabilité plus élevée que les médecins voient des patients à l'hôpital, en CLSC et à l'urgence
- Patients GMF – Avant de s'inscrire en GMF:
 - Probabilité plus élevée d'avoir un statut socio-économique faible, d'être atteint de diabète ou d'insuffisance cardiaque, et de visiter l'urgence pour des conditions propices aux soins ambulatoires
 - Probabilité plus faible de vivre dans une région urbaine et d'avoir un « usual provider of care »

Méthodes pour corriger le biais de sélection

- On calcul le score de propension pour rendre les deux groupes plus comparables par rapport aux caractéristiques observables
- On compare le changement dans le temps pour les patients GMF vs non GMF (groupe témoin)
 - Contrôle pour les différences fixes entre les groupes, autant pour les facteurs observés que non observés
 - Ajustement pour les changements communs aux deux groupes, observés et non observés, dans le temps

Les impacts des GMF sur les pratiques cliniques préventives

- Trois services préventifs, conseillés par les lignes directrices, qui indiquent la qualité des soins (processus)
- Le taux de la mammographie a augmenté par 4% par année parmi les femmes âgées 50-69 en GMF, relativement aux non GMF
- Aucun impact des GMF sur les taux de:
 - L'ostéodensitométrie parmi les femmes âgées 65+
 - Le colonoscopie/sigmoidoscopie parmi les adultes âgés 50+

Les impacts des GMF sur le respect des lignes directrices des maladies chroniques

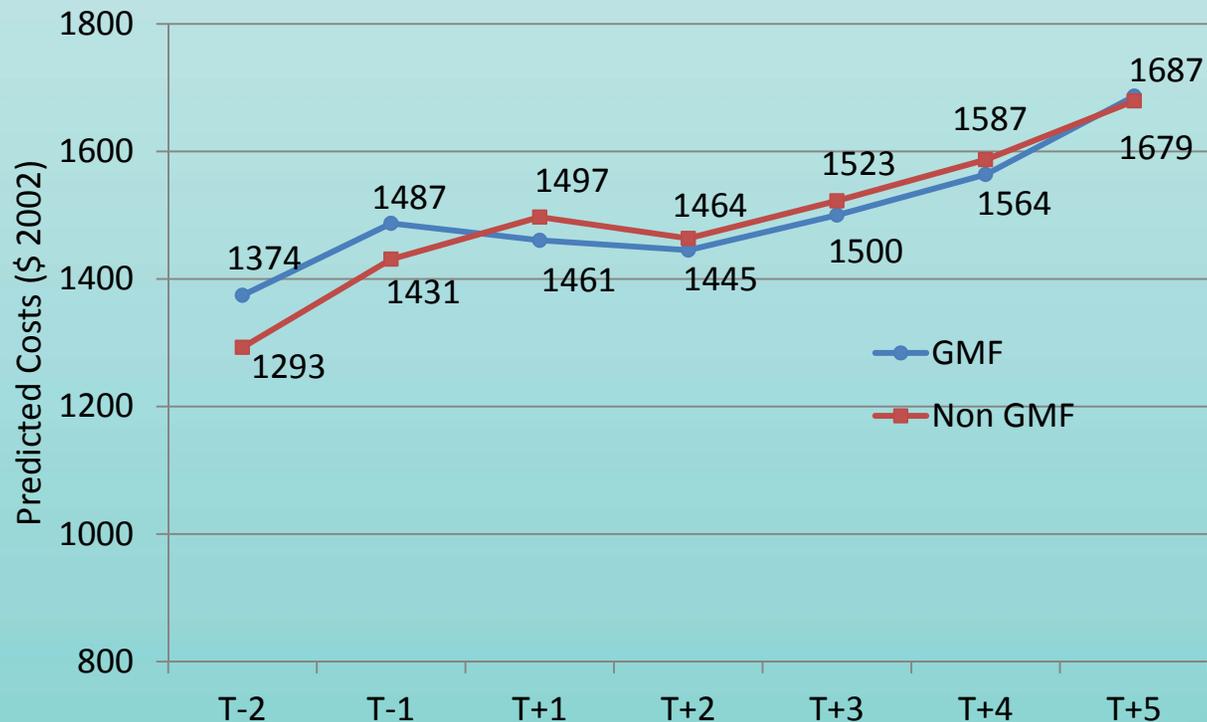
- Les médicaments et consultations conseillés par les lignes directrices pour les patients avec le diabète, l'insuffisance cardiaque (IC), ou la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
 - Âgés de 65 ans ou plus, au cours des deux dernières années
- Les GMF ont:
 - Baissé de 3% par année le taux des patients diabétiques qui a des médicaments appropriés (angiotensine), relativement aux non-GMF
 - Augmenté de 3% par année le taux de consultation chez un optométriste, relativement aux non-GMF
- Aucun effet trouvé:
 - Un autre indicateur des médicaments appropriés (statine) pour les patients avec le diabète
 - Les patients souffrant d'IC: médicament ni consultation
 - Les patients souffrant de MPOC: médicament

Diop M, Fiset-Laniel J, Borgès da Silva R, Latimer E, Ouimet MJ, Provost S, Tousignant P, Strumpf E, travaux en cours.

Impact des GMF sur l'utilisation des services de santé ambulatoires

- Nous estimons que les GMF:
 - Diminuent le nombre de visites auprès d'un omnipraticien de 11% et les couts associés de 12% par année, relativement aux patients non GMF
 - Réduisent le nombre de visites à un spécialiste 4% et les couts associés de 5% par année, relativement aux patients non GMF

Des coûts totaux: des économies... mais de courte durée



- Nous estimons la réduction relative des coûts à 79 \$ (6 %) chaque année pendant 5 ans
- La réduction est plus grande dans la première année: réduction relative de 93 \$ (7 %)
- Nous estimons que les coûts d'implantation des GMF et de leur maintien par patient vulnérable sont de 76 \$ sur 5 ans

Principaux résultats

- Aucune évidence que les GMF ont amélioré l'accès aux soins de premier recours pendant 8 années au Québec
- Il y a de l'évidence limitée que les GMF ont amélioré la qualité des soins de premier recours
 - Les pratiques cliniques préventives
 - Les lignes directrices des maladies chroniques
- Les GMF ont réduit les coûts et l'utilisation des consultations médecins générales et spécialistes
- Les GMF permettent aussi une réduction relative des coûts totaux, principalement dans la première année

Afin de mettre ces résultats en contexte et d'améliorer la performance des GMF

- On a besoin de mieux comprendre:
 - Jusqu'à quel point la réalité des GMF est conforme à la politique
 - Comment (ou si) les professionnels de la santé pluridisciplinaires travaillent ensemble
 - Quels sont les impacts des changements de l'utilisation de services sur la santé des patients inscrits et de la population québécoise
 - Quels sont les facteurs contextuels qui peuvent limiter l'évolution des individus et des organisations
- Les évaluations causales et rigoureuses dans différentes juridictions avec différentes politiques vont aider à dresser une image plus complète

Transfert des compétences utilisées

Comun d'œil

GMF SOUS LES PROJECTEURS

Des économies réalisées grâce aux GMF : oui, mais ...

Numéro 1, octobre 2013

L'IMPLANTATION DE LA PRATIQUE

Ce bulletin présente les résultats de l'étude *L'implantation des GMF : le rôle de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle* qui a évalué, sur une période de cinq ans, l'impact de cinq GMF faisant partie d'une stratégie d'implantation de cette stratégie.

Méthodologie

Les GMF ont été choisis en fonction de leur structure et de leur rôle. Les questions de recherche ont été formulées en fonction de ces caractéristiques.

Avec la création des groupes de médecine de famille (GMF), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaite offrir une plus grande accessibilité, une prise en charge globale et une continuité des soins et services aux patients inscrits en GMF, et développer la complémentarité des services sur un territoire¹.

Cette première publication de la série *GMF sous les projecteurs* résume les principaux effets des GMF sur les coûts des services de santé couverts par le régime public de la RAMQ. Bien que la création des GMF ne vise pas directement une réduction des coûts, l'amélioration de la performance du système de santé dans le contexte de gestion des dépenses est une préoccupation constante pour les décideurs. Pour la première fois au Canada, l'Équipe santé des populations et services de première ligne sur les coûts du système de santé.

Les GMF ont permis de réduire certains coûts liés à l'utilisation des services chez la clientèle inscrite vulnérable sur cinq ans. C'est ce que nous révèle l'étude réalisée par Erin Strumpf, professeure à l'Université de Montréal et directrice de la recherche. Cette étude

de tous les patients vulnérables, de la province de Québec, inscrits vulnérables entre 2002 et 2005 auprès d'un omnipraticien pratiquant en GMF (n=122 677) ou non (n=674 571). La banque de données permet de suivre les individus, leur

esps

Équipe santé des populations
et services de santé

Transfert des connaissances et leur utilisation

- Direction de la recherche et de l'innovation et du transfert des connaissances du MSSS
 - Bulletins « Coup d'œil » sur la recherche et l'évaluation
- Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé de 1^{re} ligne (GRÉAS 1)
 - Conférences scientifiques et collectifs de recherche visant les professionnels (dans le système et de services de santé), les chercheurs, et le grand public
- Les revues et conférences académiques

Transfert des connaissances et leur utilisation

- Les priorités des décideurs, et même les politiques et organisations, changent avant que les résultats des évaluations arrivent
 - La manque des équipes « permanents », avec des ressources humaines bien formées et de l'accès continu aux données (voir l'Irdes en France et ICES en Ontario), empire cette tendance
- À mon avis, notre capacité d'influencer les politiques en santé dans le court terme est quelque peu aléatoire
- Par contre, on construit un ensemble de résultats qui peut être utilisé pour informer les politiques dans l'avenir

Remerciements

- Mes collaborateurs et étudiants dans ces projets:
 - Mehdi Ammi, Roxane Borgès da Silva, Natalie Coyle, Mamadou Diop, Catherine Dunkley-Hickin, Julie Fiset-Laniel, Julie Héroux, Eric Latimer, Marie Jo Ouimet, Sylvie Provost, Pierre Tousignant
- Tous les membres de l'Équipe santé des populations et services de santé, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Appuis financiers des IRSC, du FRQ-S et MSSS, du RRSPQ et 4P



- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Institut national de santé publique