

Journées des Economistes de la Santé Français

Reims, le 7 décembre 2012

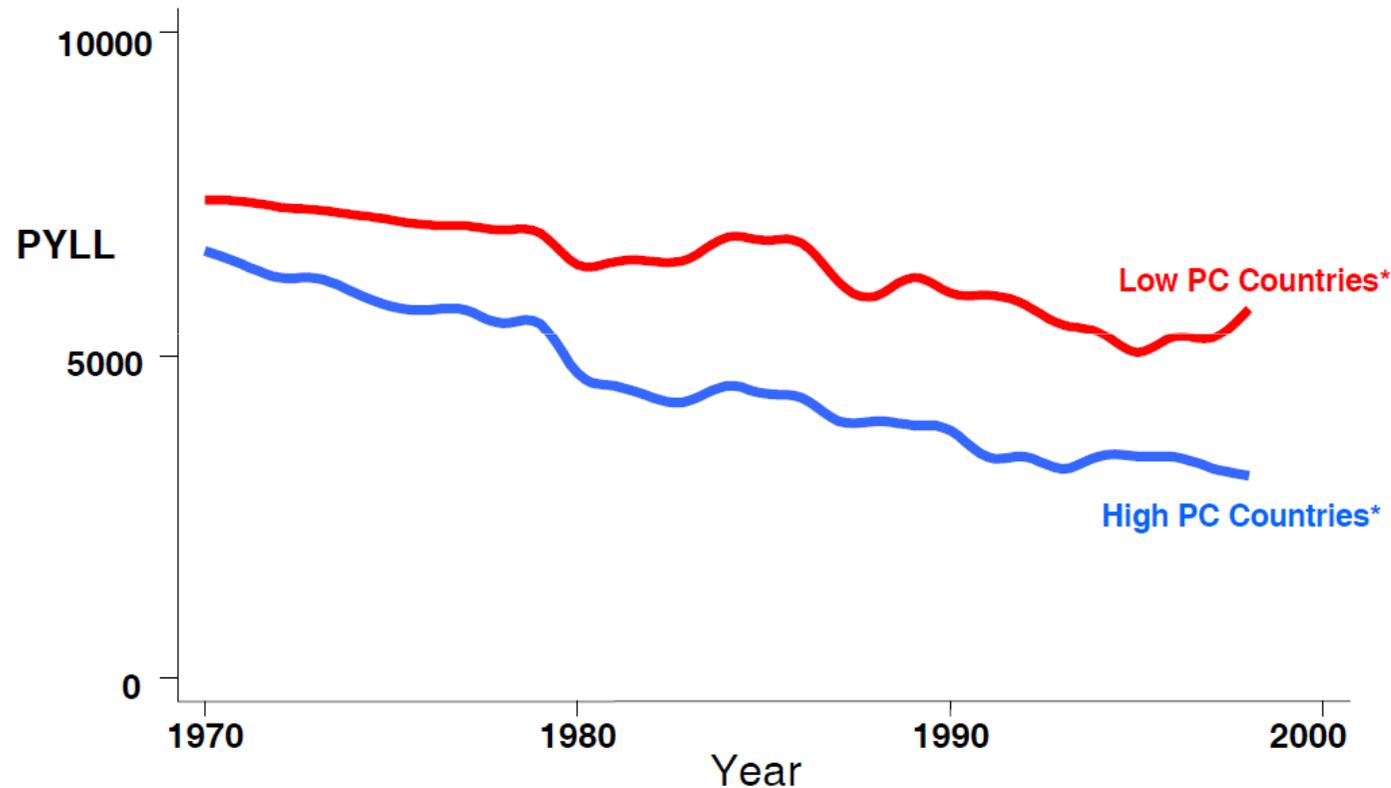
The Impact of integrated Primary Care on Health Care Services Utilization and Costs: Quebec's Family Medecine Groups

Strumpf E., Ammi M., Diop M., Fiset-Laniel J., Toussignant P.

Discutant : Julien Mousquès - mousques@irdes.fr

1. Éléments de problématique et de contexte
2. L'objet : une expérimentation naturelle de SP intégré, les GMF
3. Le matériel et les méthodes
4. Les résultats
5. Remarques, questions, éléments de discussion

1. Consensus (croyance) sur la supériorité des systèmes organisés autour de soins primaires « fort » (*i.e.* assurant les fonctions et services dévolus au SP)



*Predicted PYLL (both genders) estimated by fixed effects, using pooled cross-sectional time series design. Analysis controlled for GDP, percent elderly, doctors/capita, average income (ppp), alcohol and tobacco use. $R^2(\text{within})=0.77$.

Source: Macinko et al, Health Serv Res 2003; 38:831-65.

Starfield 09/04
IC 2953

1. Constat que les SP « effectifs » s'écartent de cette norme et que les modèles d'organisation sont très hétérogènes

- Le modèle professionnel non hiérarchisé (*e.g.* Québec, France : auto régulation) *vs.* modèles normatif (*i.e.* Scandinaves) ou professionnel (*i.e.* Royaume-Uni, Pays-Bas) hiérarchisés
- Problématiques québécoises : accès au SP et continuité relationnelle (inscription auprès du MG), embolisation des urgences, fragmentation et duplication des actes
- Réformes qui visent à renforcer les SP et à accroître l'intégration de la délivrance des soins et services (GMF, FHN, PCMH, MSP...): convergence et hybridation

1. Manque d'évidence sur la réalité et l'ampleur de l'impact d'une délivrance des soins plus intégrée sur la performance

- Corrélation plutôt que causalité: effets sélection et population, rôles des inobservables
- Dimensions investiguées restrictives/incomplètes: productivité surtout (économie d'échelle), efficacité (processus) souvent, consommation et dépense des patients/assurés beaucoup plus rarement
- Rarement avec un contrôle des facteurs de confusion (environnement, médecin, patient)
- et nous pourrions ajouter : identification (groupe: taille, composition, groupe...) parfois peu évidente

2. GMF (2002) comme expérimentation naturelle de SP intégrés : une identification de l'objet « relativement » claire

- Adhésion volontaire (MG, patient au MG-GMF)
- Paiement acte surtout + forfaits : pds (52\$/jour), resp. du GMF (300\$/semaine), patients inscrits GMF (7\$ par patient/an=> 100/MG), patients âgés et/ou chronique (7\$/patient/an=> 300/MG)
- Structures initiales variées (*e.g.* clsc, cabinet libéral)
- 239 GMF, 55% des MG et 36% des patients, 6-12 ETP MG (1000-2200 patients/ETP) + IDE (éducation/prévention/promotion, dépistage, cons, suivi) + autres PS

3. Données longitudinales, modèle en double différence et appariement par score de propension: analyses causales

- Données de remboursement 2000-2010
- Patients identifiés comme vulnérables (> 70 ans et/ou chroniques, panel cylindré) entre janvier 2003 et janvier 2005
- « Inscrit » auprès de MG en GMF ($N_{MG}=906$; $N_{PAT}=110\ 000$) ou non ($N_{MG}=3\ 951$; $N_{PAT}=700\ 000$)
- Modèle en double différence (impact de la réforme)
- Appariement par l'inverse de la probabilité de faire partie du groupe GMF pondérée (score de propension) => comparabilité des cas et témoins sur la base des observables
- Effets fixes individuels (inobservables)

3. Outcomes, variables explicatives et estimations

- Utilisation : contacts ambulatoires, passages aux urgences, admission à l'hôpital => négative binomiale
- Coût : actes/patient/MG en ambulatoire, DRG*coût moyen du DRG (hors coût médecin) à l'hôpital => GEE sur le log de la dépense
- Variables d'intérêt : GMF ou non
- Variables patients: âge, genre, région (universitaire, intermédiaire) , indice de défavorisation de la zone de résidence (indice Pampalon), morbidité (indice d'utilisation de ressource, RUB), médecin usuel

4. Résultats de l'impact (effet fixe, tcpea) du GMF (vs non GMF) en avant après

- Ambulatoire: diminution de 4,5% (MG -7%, Spé -3%, urgence ?)
- Hôpital: augmentation (robuste ?)
- Dépense ambulatoire : diminution de 5,5% (MG 7,4%, Spé -3,7%)
- Dépense hospitalière : aucun

5. Remarques, questions, éléments de discussion – les GMF ?

- Quid de la répartition selon la nature de la structure préalable au GMF (quelle réelle modification?)
- Quid de la motivation des MG à « rejoindre » ou à constituer leurs structures en GMF
- Quid du faible nombre de patients inscrits
- Quid de la répartition du travail MG/MG MG/PS

5. Remarques, questions, éléments de discussion – les hypothèses de la politiques publiques... et économiques

- Davantage questionner la rationalité des hypothèses qui sous tendent cette politique publique
- Bien situer celles investiguées ou pas: augmenter l'accessibilité au SP (partiellement observée et invalidée), l'inscription/taille des listes (observable, via inscription au GMF voire UPC ?, mais non validée), moins de recours aux urgences (observée et validée), fragmentation et duplication (non observée)
-

5. Remarques, questions, éléments de discussion – les hypothèses de la politiques publiques... et économiques

- ...
- voire en formuler/discuter d'autres issues de la littérature économique sur l'impact de l'intégration (minimisation des coûts transaction et de production ; nature (qualité) des soins et services délivrés; risque moral et passager clandestin....)
- Et mettre en perspectives en terme de ressources mobilisées et économisées (efficience)

5. Remarques, questions, éléments de discussion – méthodologie

- PSM: vérification de la comparabilité des échantillons sur l'ensemble de la distribution et pas que sur la moyenne (*coarsened exact matching*)
- Negbin : tester les modèles joints (consommation puis niveau d'utilisation ou dépense)

Remarques, questions, éléments de discussion – la diminution de l'utilisation et de la dépense de MG

- Piste évoquée, la plus probable: recours aux IDE (pas de données de remboursement sur les actes des IDE)
- Plus de continuité (inscription) => régulation de la demande (ou « rationnement »)
- Rééquilibrage travail/loisir et RTT (quelle répartition des actes de MG entre MG « traitant » et autre MG du groupe ?) => moins d'acte (activité et productivité des MG en GMF)
- Revenu cible
- Passager clandestin