

# Journées des Economistes de la Santé Français

## Reims, le 7 décembre 2012

---

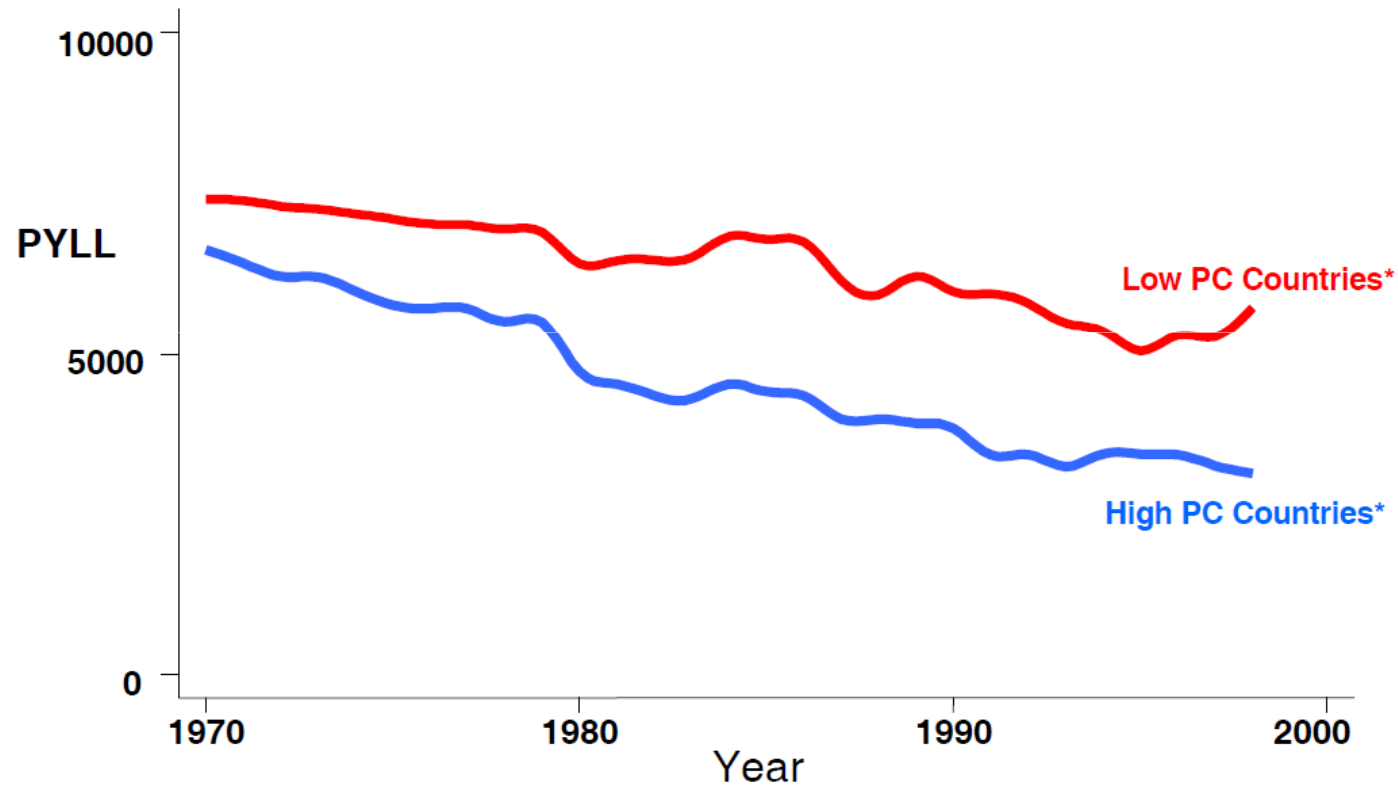
The Impact of integrated Primary Care on Health Care Services Utilization and Costs: Quebec's Family Medicine Groups

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

Discutant : Julien Mousquès - [mousques@irdes.fr](mailto: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