

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

Numéro 1, octobre 2013

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 territoire<sup>1</sup>.

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 santé (ESPSS), sous la direction scientifique d'Erin Strumpf, mesure l'impact économique d'une réforme des 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<sup>2</sup> sur cinq ans. C'est ce que nous révèle l'étude réalisée par Erin Strumpf, professeure à l'Université McGill, en collaboration avec l'ESPSS. Cette étude comprend 79 GMF, de première génération, qui ont vu le jour entre le 1<sup>er</sup> novembre 2002 et le 31 janvier 2005.

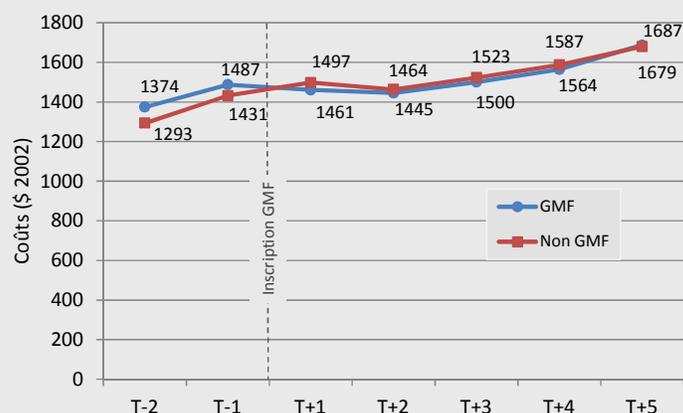
Alors que les coûts totaux (figure 1) augmentent dans les cohortes de patients suivis en GMF et en non GMF, l'augmentation est cependant moins forte pour les patients suivis en GMF. Ces économies relatives sont attribuables à une diminution de 1 % des coûts en GMF par rapport aux non GMF en lien avec les visites ambulatoires auprès des médecins spécialistes, et de 2 % en lien avec les visites auprès des médecins de famille. On observe toutefois aucune réduction de coûts liés aux hospitalisations et aux visites à l'urgence pour les patients inscrits vulnérables au sein des 79 GMF à l'étude.

## Les grandes lignes de l'étude

L'équipe de recherche a construit une banque de données longitudinales médico-administratives (RAMQ et MSSS)

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

**Figure 1. Coûts totaux moyens, en dollars constants de 2002, liés à l'utilisation des services de santé généraux et spécialisés par les patients inscrits vulnérables et suivis en GMF ou non**



1 Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement — Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, document préparé par les membres du groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, p. 24.

2 Un patient est considéré vulnérable s'il est âgé de plus de 70 ans ou s'il présente l'une ou l'autre des conditions suivantes : trouble de santé mentale, maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme modéré ou sévère, pneumonie, maladie cardiaque artério-sclérotique, cancer, diabète, abus de substance, VIH/SIDA, maladies dégénératives du système nerveux central ou maladie chronique inflammatoire. Afin d'améliorer la prise en charge de cette clientèle, la RAMQ instaurait, en 2003, un forfait de responsabilité patient vulnérable de 7 \$ à chaque examen.

état de santé et leur utilisation des services de santé deux ans avant leur inscription comme patient vulnérable et cinq ans après.

## Économies brutes vs économies nettes

L'équipe de recherche estime que les GMF ont permis d'économiser, en termes d'utilisation des services, 79 \$ par patient vulnérable sur cinq ans. Ces gains, calculés en dollars constants de 2002, doivent toutefois être contrastés avec les coûts d'implantation et de maintien des GMF pour le MSSS, également calculés en dollars constants de 2002. Ces coûts, incluant notamment les frais d'installation et les équipements, le salaire des infirmières et les forfaits versés aux médecins, sont estimés 76 \$<sup>3</sup> par patient vulnérable sur cinq ans. Les économies nettes par patient vulnérable sont donc de 3 \$ sur les cinq années de suivis post-implantation.

**Tableau 1. Résumé des coûts et des économies, en dollars constants de 2002, attribuables aux GMF de première génération sur cinq ans de suivi.**

Économie brute par patient vulnérable	Coût de maintien des GMF par patient vulnérable	Économie nette par patient vulnérable
79 \$	76 \$	3 \$

## Conclusion

Les GMF de première génération ont eu un impact significatif sur les coûts liés à l'utilisation des services dans le système de santé sur les cinq années de suivis post-implantation. Néanmoins, lorsque contrastées aux coûts d'implantation et de maintien de la réforme, les économies nettes ne sont pas substantielles.

L'équipe de recherche poursuit l'évaluation de l'effet des GMF à d'autres niveaux, tels que l'utilisation des services, la gestion des maladies chroniques et la qualité des services de santé. Les résultats feront l'objet de futures publications de la série *GMF sous les projecteurs*.

## Applicabilité des résultats dans d'autres contextes

Les données médico-administratives sur l'ensemble de la province de Québec fournissent de l'information détaillée sur l'utilisation des services de santé et leurs coûts pour les services dispensés par des professionnels de la santé payés à l'acte seulement. Elles n'incluent donc pas la plupart des services dispensés en CLSC, en unité de médecine familiale (UMF) ou

par les médecins désengagés de la RAMQ ayant une pratique purement privée. Certains autres types de services ne sont pas inclus dans cette étude. C'est le cas des hospitalisations dans un établissement psychiatrique, des services pharmaceutiques et des services non couverts par la RAMQ (ex. services psychologiques). Par ailleurs, notre étude porte uniquement sur les patients vulnérables. Les effets pourraient donc être différents pour l'ensemble de la clientèle inscrite en GMF au Québec. Malgré ces limites, la nature du devis de recherche et les méthodes statistiques utilisées permettent d'affirmer que l'effet mesuré auprès des patients vulnérables est attribuable aux GMF compris dans l'étude.

### Auteurs

Julie Fiset-Laniel<sup>1,2</sup>, Mehdi Ammi<sup>1,3</sup>, Erin Strumpf<sup>1,2</sup>, Mamadou Diop<sup>1</sup>, Pierre Tousignant<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Équipe santé des populations et services de santé, équipe conjointe de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec

<sup>2</sup> Université McGill

<sup>3</sup> Université Carleton

### Équipe de recherche

#### Coordonnatrice de projet

Julie Fiset-Laniel

#### Chercheurs principaux

Erin Strumpf, Pierre Tousignant, Eric Latimer

#### Co-chercheurs et professionnels de recherche

Mehdi Ammi, Mamadou Diop

#### Soutien à la réalisation et édition

Paul Cloutier, Mireille Paradis, Sylvie Gauthier, Karine Hébert

#### Organismes subventionnaires et partenaires

Instituts de recherche en santé du Canada

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Erin Strumpf est financée par un Chercheur Boursier Junior 1 des Fonds de Recherche du Québec – Santé et du MSSS.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites internet de la Direction de santé publique ([www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/ESPSS.html)) et de l'INSPQ ([www.inspq.qc.ca/publications/](http://www.inspq.qc.ca/publications/)).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal — 4<sup>e</sup> trimestre 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-550-69135-8 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-69136-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2013)

3 L'estimation est basée sur l'étude des crédits du MSSS publiée dans le rapport de Boulenger et Castonguay (2012) du CIRANO. L'étude des crédits comprend l'ensemble des investissements du MSSS pour tous les patients inscrits en GMF. Or, nous avons estimé, à l'aide des données d'utilisation des services de santé de la région de Montréal dont l'ESPSS détient l'information, à 40 % la part d'utilisation des services par les patients vulnérables inscrits en GMF.