

La qualité des soins est-elle meilleure dans les nouveaux modèles de soins pluridisciplinaires au Québec?

Une étude du respect des lignes directrices pour trois maladies chroniques en groupes de médecine de famille (GMF)

Mamadou DIOP, BSc^{1,2}
Julie Fiset-LANIEL, BSc^{1,2}
Roxane Borgès DA SILVA, PhD^{1,3}
Pierre TOUSIGNANT, MD MSc^{1,2}
Sylvie PROVOST, MD MSc¹
Marie Jo-OUIMET, MD MSc¹
Éric LATIMER, PhD²
Erin STRUMPF, PhD^{1,2,4}

¹ESPSS, Direction de santé publique de Montréal

²Université McGill, Département d'épidémiologie, de biostatistiques et de santé au travail

³Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

⁴Université McGill, Département d'économie

CAHSPR 2015

27 Mai 2015



Équipe santé des populations
et services de santé

Contexte

❖ Fardeau des maladies chroniques

- Prévalences au Canada en 2010-2011^[1]
 - Diabète 9,6 % chez 20 ans et plus;
 - Insuffisance cardiaque (IC) 3,5 % chez les 40 ans et plus
 - Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) 9,3% chez les 35 ans et plus
- Québec en 2009-2010 : 44 % des 20 ans et plus avaient au moins une maladie chronique ^[2]

❖ Parmi les objectifs des GMF : amélioration de la prise en charge des maladies chroniques

Objectif

- Évaluer l'effet des GMF sur le respect des lignes directrices (LD) de pratique basées sur des données probantes
 - *en l'absence d'incitatifs financiers liés au paiement à la performance*
- Précisément, mesurer l'effet des GMF sur le respect des recommandations en lien avec les médicaments et les consultations pour les patients atteints de **diabète**, **d'IC** ou d'une **MPOC**

Les lignes directrices

Maladies	LD	Critère d'âge	Objectif	Organisme aviseur
Diabète	Prise de statines	40 ans et plus	Aider à la réduction du risque d'événements cardiovasculaires	Association canadienne du diabète <i>(2003,2008,2013)</i>
	Utilisation des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA)	<ul style="list-style-type: none"> • 45 ans et plus chez les hommes • 50 ans et plus chez les femmes 	Aider à la réduction du risque d'événements cardiovasculaires	Association canadienne du diabète <i>(2003,2008,2013)</i>
	Dépistage annuel ou aux deux ans de la rétinopathie		Diagnostiquer précocement et prendre en charge rapidement la rétinopathie	Association canadienne du diabète <i>(2003,2008,2013)</i>

Les lignes directrices (suite)

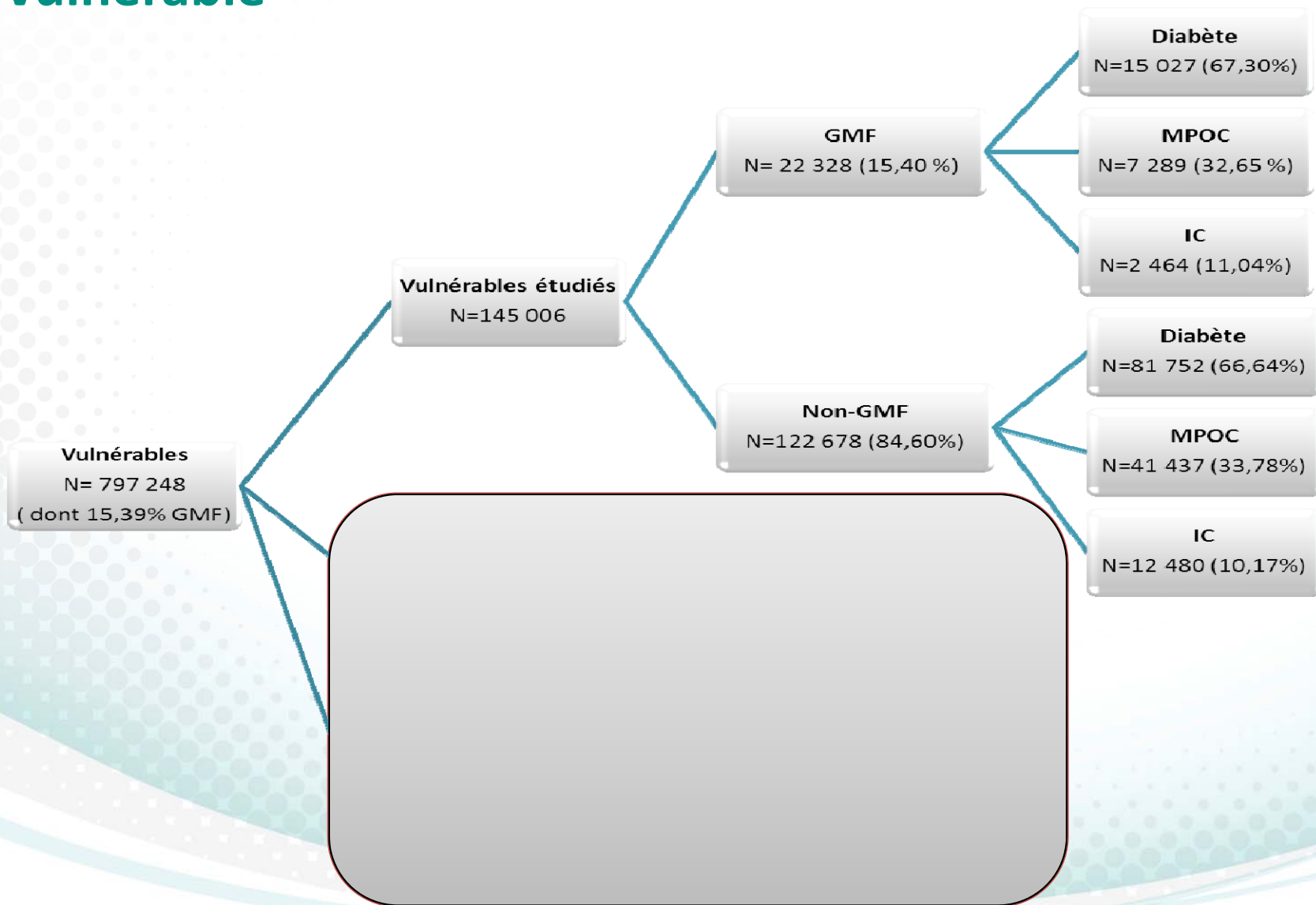
Maladies	LD	Critère d'âge	Objectif	Organisme aviseur
IC	Combinaison d'IECA avec un bêta-bloqueur ou d'ARA		Gérer de manière agressive les risques cardiovasculaires	Société canadienne de cardiologie (2006, maj2012)
	Visites régulières chez un omni ou un cardiologue ainsi que dans les quatre semaines après une hospitalisation ou une visite à l'urgence pour insuffisance cardiaque		Suivre adéquatement la maladie	Société canadienne de cardiologie (2006)
MPOC	Ne pas utiliser de corticostéroïdes en inhalation en monothérapie		Améliorer efficacement les symptômes, les niveaux d'activité et la qualité de vie	Société canadienne de thoracologie (2003, maj2007, maj2008)

Banque de données

- Cohortes issues de données médico-administratives de 797 248 patients inscrits vulnérables au moment de l'inscription
 - **Vulnérable hors GMF**: 70 ans et plus ou malade*+ md traitant hors GMF
 - **Vulnérable en GMF** : 70 ans et plus ou malade*+ md traitant en GMF
- 224 450 (dont 15 % en GMF) patients atteints d'au moins une des trois maladies : diabète, MPOC ou IC au moment de l'inscription vulnérable

* Au moment de l'étude, 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.

Données de l'analyse au moment de l'inscription vulnérable



Méthodes

- **Traitement des données :**
 - Utilisation d'un score de propension (SP) «weighting»
 - Application de l'inverse de la probabilité d'être GMF pour rendre les deux cohortes (GMF[expérimental] et non-GMF [contrôle]) comparables
- **Analyses :**
 - Generalized Estimating Equations (GEE) et double différence (DD) pour évaluer les effets des GMF

Indicateurs des LD

- **Spécifiques aux maladies chroniques**

- Diabète** (*65 ans et plus, tous les 2 ans*)

1. Au moins une prescription d'IECA ou ARA
2. Au moins une prescription d'une statine
3. Au moins une consultation chez un optométriste ou un ophtalmologiste

- IC** (*tous les 2 ans*)

1. Au moins une prescription d'IECA ou ARA (65 ans et plus)
2. Au moins une consultation chez un cardiologue ou omnipraticien (40 ans et plus)

- MPOC** (*avec prise des stéroïdes, 65 ans et plus, tous les 2 ans*)

1. Au moins une prescription de bronchodilatateur

Indicateurs des LD (suite)

- **Indicateurs composites**

- **Médicaments** : pourcentage de LD respectées pour chaque patient en lien avec les médicaments

- *Exemple : un patient avec diabète +IC doit respecter 3 LD médicament (2 diabète et 1 IC).Son pourcentage de LD respectées en lien avec les prescriptions de médicament est de 75% s'il suit 2 des recommandations*

- **Consultations** : pourcentage de LD respectées pour chaque patient en lien avec les consultations

- **Ensemble** : pourcentage de LD respectées pour chaque patient en lien avec les médicaments ou les consultations

Effet des GMF sur le respect des LD (*indicateurs spécifiques*)

Variables		DD Pré-post % (SE)	% DD par rapport à la période Pré % - [95 % CI]
Diabète (N=37 960 : GMF=5 668 and			
Au moins une prescription IECA ou ARA		-2,03*** (0,43)	-2,92 [-4,12; -1,71]
Au moins une prescription Statine		-0,57 (0,50)	-1,06 [-2,87; 0,78]
Au moins une consultation ophtal. ou optométr.		0,90 (0,64)	1,07 [-0,43; 2,54]
IC (N=5 415 : GMF=880 et Non-GMF=4			
Au moins une prescription IECA ou ARA		-0,69 (1,47)	-1,11 [-5,78; 3,55]
Au moins une consultation omni ou cardio		-2,10 (2,19)	-2,10 [-6,40; 2,19]
MPOC (N=3 893 : GMF=553 and Non-			
Patients avec prescription stéroïde-			
Au moins une prescription broncho.		0,06 (0,81)	0,06 [-1,58; 1,72]

Résultats des modèles contrôlés et pondérés par le SP (IPTW). Variables de contrôle : Année civile, Sexe, groupe d'âge, Indice de Pampalon, RSS (et statut de couverture supplémentaire par la RAMQ)

*p<=.05, **p<=.01, ***p<=.001

Effet des GMF sur le respect des LD (*indicateurs composites*)

Variables	DD Pré-post % (SE)	% DD par rapport à la période Pré % - [95 % CI]
Médicaments (N=48 342 : GI		
Respect 100 % des LD	-1,99*** (0,53)	-4,05 [-6,14; -1,93]
Respect >= 1 LD	-1,09** (0,33)	-1,33 [-2,11; -0,54]
Consultations (N=39 356 : GI		
Respect 100 % des LD	0,39 (0,73)	0,47 [-1,25; 2,20]
Respect >= 1 LD	0,59 (0,55)	0,68 [-0,56; 1,92]
Ensemble (N=44 930 : GMF=6		
Respect 100 % des LD	-2,44*** (0,61)	-5,36 [-7,97; -2,77]
Respect >= 1 LD	0,23 (0,30)	0,24 [-0,36; 0,84]

Resultats des modèles contrôlés et pondérés par le SP (IPTW). Variables de contrôle: Année civile, Sexe, groupe d'âge, Indice de Pampalon, RSS et statut de couverture supplémentaire par la RAMQ

*p<=.05, **p<=.01, ***p<=.001

Conclusion

- Amélioration du respect des LD aussi bien pour les patients suivis en GMF que les autres
- Aucune preuve d'un effet positif des GMF sur les LD
- Hypothèses explicatives:
 - ❖ Inscription des patients comme vulnérables dans les **deux groupes** plus importante que le **modèle organisationnel**
 - ❖ Lenteur au niveau de **l'informatisation des dossiers cliniques**
 - ❖ Absence de **paiement lié à la performance**
 - ❖ Remise en question des lignes directrices??
- Informatisation des dossiers et introduction des incitatifs financiers liés à la performance devraient être investigués

Remerciements

- Équipe Santé des populations et services de santé, Direction de santé publique de Montréal du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Est-de-l'île-de-Montréal
- Sources de financement : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Fonds de la recherche en santé – Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Références

1. [Agence de la santé publique du Canada. L'infobase des maladies chroniques.](http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdif/?l=fra) [En ligne] (Page consultée en février 2015) :<http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdif/?l=fra>.
2. DUBÉ, F., NOREAU, E., et LANDRY, G. "Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne." Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Services de santé et médecine universitaire. (2012) : <http://site.ebrary.com/id/10617074>.