

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>

## L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes

### Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Julien Mousquès (Irdes), en collaboration avec Fabien Daniel (Irdes)

Quels impacts l'exercice pluriprofessionnel a-t-il dans les maisons, pôles et centres de santé ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ? La qualité des pratiques et l'efficacité de la prescription des médecins généralistes des sites ENMR sont-elles améliorées comparativement à l'exercice isolé ? Des différences entre maisons, pôles ou centres de santé apparaissent-elles ? Les analyses montrent-elles un impact des ENMR ?

Autant de questions qui sont explorées dans ce sixième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels ayant participé aux ENMR. La qualité et l'efficacité des pratiques des généralistes des sites ENMR sont comparées à des témoins sur quatre ans, entre 2009 et 2012. Les analyses portent sur quatre grandes dimensions de la pratique : le suivi des patients diabétiques de type 2, la vaccination, le dépistage et la prévention, ainsi que l'efficacité de la prescription.

L'intérêt de soutenir le développement des structures de soins primaires repose notamment sur une hypothèse d'amélioration de la performance en matière des soins et de services offerts (Afrite *et al.*, 2014). Après avoir porté notre attention sur l'activité, la productivité et les dépenses associées au recours des patients suivis, à qualité constante, nous nous intéresserons ici, précisément, à cette dernière. En effet, parallèlement aux économies de gammes et d'échelles évoquées dans le précédent *Questions d'économie de la santé*, le

regroupement serait susceptible d'améliorer la qualité des soins et services rendus (Mousquès, 2011). Une première raison évoquée tient à ce que le regroupement favoriserait les investissements humains et/ou matériels qui permettent d'adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins de santé, rendant ces derniers économiquement viables et visibles pour les patients (Getzen, 1984 ; Cutler, 2010). Ces adaptations se concrétisent, notamment, en mettant en place des actions recommandées par les nouveaux modèles de prise en charge comme le *Chronic Care Model*

(Wagner, 1998) ou le *Patient-Centered Medical Home* (Rittenhouse et Shortell, 2009 ; Landon *et al.*, 2010), en favorisant le travail en équipe et la collaboration entre professionnels de santé (Curoe *et al.*, 2003 ; Wagner, 2000 ; Laurant *et al.*, 2004), ou en augmentant le recours aux technologies de l'information (Rittenhouse *et al.*, 2010).

Afin de mesurer de façon spécifique cette amélioration, la qualité et l'efficacité des pratiques des médecins généralistes des sites participant

aux ENMR sont comparées, sur quatre ans, de 2009 à 2012, à ceux de témoins.

Les indicateurs mobilisés sont proches pour la plupart de ceux utilisés dans le cadre des politiques du contrat d'amélioration à la performance individuelle (Capi), puis de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Ils s'intéressent à quatre grandes dimensions de la pratique des généralistes : le suivi des patients diabétiques de type 2, la vaccination, le dépistage et la prévention, ainsi que l'efficacité de la prescription (encadré 1).

Les résultats de ces indicateurs sont présentés pour un sous-échantillon de sites et de généralistes, et comparés aux résultats

E1

### Les indicateurs de qualité des pratiques

Trois indicateurs\*, validés par la Haute Autorité de santé (HAS), portent sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 (fréquence de réalisation de l'HbA1c), la prévention, avec la vaccination contre la grippe des 65 ans et plus, et le dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans (mammographie). À ces trois indicateurs, six autres\* ont été ajoutés en lien avec la politique de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) :

- Le suivi des patients diabétiques : fond d'œil ou rétinographie pour les diabétiques de plus de 50 ans pour les hommes, ou 60 ans pour les femmes, ceux sous statines et antihypertenseurs ; statines, antihypertenseurs et AFD ou anticoagulants.
- La prévention, avec la vaccination contre la grippe pour les patients âgés de 16 à 64 ans en Affections de longue durée (ALD) et la prévention des risques iatrogéniques : traitement des 65 ans par vaso-dilatateurs, benzodiazépines demi-vie longue).

- Le dépistage : frottis pour les femmes de 25 à 65 ans pour le cancer du col de l'utérus.

À ces dix indicateurs, quatre autres\* s'ajoutent, qui sont des standards du suivi des patients diabétiques pour les patients diabétiques de type 2 (créatinémie, microalbuminurie, cholestérol, l'électrocardiogramme (ECG)). Quatre indicateurs\* supplémentaires concernent l'efficacité de la prescription de génériques (antibiotiques, antihypertenseurs, statines) ou de transport. Et quatre\* encore en lien avec la politique de la Rosp : deux portent également sur l'efficacité de la prescription en matière de génériques (antidépresseurs, inhibiteurs de la pompe à protons), l'un sur la prescription d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion et sartans, et l'autre sur la prescription d'antiagrégants plaquettaires.

\* Tous ces indicateurs sont calculables à partir des données de l'Assurance maladie.

T1

### Résultats synthétiques des indicateurs du module 1 ENMR et/ou Rosp calculables à partir des données de l'Assurance maladie pour un sous-échantillon ENMR avec témoins (ZLT) pour l'année 2012 – maisons, pôles et centres de santé –

	Cible (Rosp et/ou ENMR)	Taux nat. 2012	Maisons ou pôles de santé (MSP ou PDS)						Centres de santé (CDS)					
			Cas (avec ZLT)			Témoins (ZLT)			Cas (avec ZLT)			Témoins (ZLT)		
			Obs.*	Moy.*	E.T.*	Obs.*	Moy.*	E.T.*	Obs.*	Moy.*	E.T.*	Obs.*	Moy.*	E.T.*
<b>Suivi du diabète</b>														
HbA1c	≥ 65 %	48,7	64	59,53	12,10	64	49,92	9,13	30	46,02	9,57	30	48,65	7,35
Créatinémie			64	86,46	9,27	64	83,47	4,50	30	86,18	9,38	30	85,04	3,26
Microalbuminurie			64	34,03	18,94	64	23,79	9,80	30	50,72	13,51	30	37,63	8,92
Cholestérol			64	73,13	9,81	64	73,02	5,92	30	78,45	9,74	30	76,47	4,97
Électrocardiogramme (ECG)			64	23,95	10,50	64	20,78	7,02	30	28,67	14,80	30	24,63	5,39
Endocrinologue			64	6,15	3,95	64	7,42	4,28	30	15,02	9,49	30	12,57	4,21
Cardiologue			64	31,95	10,28	64	32,04	6,47	30	38,82	12,13	30	35,42	5,10
Ophthalmologiste			64	46,96	7,60	64	45,21	6,08	30	47,06	8,91	30	46,98	4,82
Fond d'œil & rétinographie (2 ans)	≥ 80 %	61,5	64	65,98	7,98	64	63,72	6,17	30	69,63	10,44	30	66,34	4,90
<b>Diabétiques de plus de 50 ans (hommes) ou 60 ans (femmes)</b>														
- sous statines et antihypertenseurs (vs. antihypertenseurs)	≥ 75 %	59,9	64	61,44	9,29	64	59,97	6,01	30	61,10	11,88	30	61,25	3,41
- sous statines, antihypertenseurs & AFD ou anticoagulant (vs. statines & antihypertenseurs)	≥ 65 %	53,5	64	48,89	11,08	64	46,82	5,88	30	45,41	10,22	30	44,73	4,06
<b>Vaccination, dépistage et prévention du risque iatrogénique médicamenteux</b>														
Vaccination des patients de 65 ans et plus	≥ 75 %	56,4	64	55,69	7,05	64	54,70	5,01	30	48,37	9,23	30	54,14	4,08
Vaccination des patients de 16 à 64 ans en ALD	≥ 75 %	35	64	18,30	4,97	64	17,45	3,48	30	18,19	5,73	30	16,07	1,83
Mammographie pour les femmes de 50 à 74 ans (2 ans)	≥ 80 %	64,8	64	65,61	9,60	64	64,45	7,04	30	62,37	10,08	30	65,87	4,95
Frottis pour les femmes de 25 à 65 ans (3 ans)	≥ 80 %	57,5	64	54,97	6,71	64	52,94	5,90	30	53,62	7,58	30	54,87	7,00
Traitement par vasodilatateur pour les plus de 65 ans	≤ 5 %	7,1	64	5,24	3,52	64	7,27	2,74	30	2,90	1,69	30	5,22	1,59
Traitement par benzodiazépines demi-vie longue pour les plus de 65 ans	≤ 5 %	12,1	64	10,74	3,13	64	11,98	2,54	30	9,05	3,33	30	11,57	1,72
<b>Efficacité de la prescription</b>														
Acquisition d'antibiotiques	≥ 90 %	80,9	64	82,00	7,38	64	80,96	4,02	30	85,27	7,62	30	83,18	1,64
Inhibiteur de la pompe à protons	≥ 85 %	83,1	64	68,67	13,45	64	64,03	8,76	30	71,90	9,03	30	70,20	3,87
Acquisition de statines	≥ 70 %	53,8	64	45,72	12,59	64	38,00	6,25	30	40,18	15,88	30	39,46	5,24
Acquisition d'antihypertenseurs	≥ 65 %	72,6	64	71,26	4,87	64	69,37	3,43	30	68,66	6,77	30	68,54	2,31
Acquisition d'antidépresseurs	≥ 80 %	66,5	64	70,39	10,35	64	66,09	6,02	30	70,03	9,89	30	68,72	3,44
Acquisition d'inhibiteurs d'enzyme de conversion / IEC & sartans	≥ 65 %	39,6	64	46,03	8,93	64	42,77	5,21	30	40,71	12,08	30	39,60	4,18
Traitement par aspirine à FD parmi les patients traités par AAP	≥ 85 %	83,3	64	76,88	7,60	64	75,02	4,66	30	74,04	10,33	30	76,02	4,24
Prescriptions de VSL			64	69,65	17,44	58	75,79	17,21	30	51,71	24,16	28	67,71	19,27

\* Obs. : observations ; Moy. : moyenne ; E.T. : écart type.

Sources : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram, Cnamts). Datamart de consommation inter-régimes (DCIR), Système national inter-régimes pour les professionnels de santé (Snir-PS).

Exploitation : Irdes.

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/](http://www.irdes.fr/Donnees/)

pour les témoins, en statique (en 2012) et dynamique (en tendance) [Tableau 1].

### Pour les sites ENMR, des résultats équivalents sinon plus favorables, et qui évoluent peu

Les résultats présentés ici pour la période 2009-2012 concernent les taux moyens pour les généralistes d'un sous-échantillon de 94 sites ENMR qui sont comparés à ceux des généralistes de 94 zones locales témoins (ZLT).

Les taux de réalisation pour l'HbA1c sont supérieurs dans les sites ENMR comparativement aux témoins (55 % vs 50 %). C'est le cas également pour les taux de réalisation de deux autres indicateurs concernant les patients diabétiques (sur

les 7 disponibles) : le taux de réalisation du dosage annuel de la microalbuminurie (39 % vs 28 %) et de l'électrocardiogramme (25 % vs 22 %).

Pour les autres indicateurs de suivi des diabétiques, les résultats dans les sites ENMR sont similaires à ceux des témoins.

S'agissant des taux de réalisation pour les indicateurs de vaccination, de dépistage et de prévention du risque iatrogénique médicamenteux, les sites ENMR présentent des résultats équivalents aux témoins, sinon supérieurs, notamment pour le taux de traitement des plus de 65 ans par vasodilatateurs, qui est plus bas dans les sites participant aux ENMR<sup>1</sup> (4,5 % vs 6,5 %).

En matière d'efficacité de la prescription, les sites ENMR se singularisent par

des taux d'acquisition de génériques plus importants pour trois classes de génériques (inhibiteurs de la pompe à protons, statines, antidépresseurs), et une équivalence pour l'indicateur de prescription de transport par véhicules sanitaires légers.

### Les généralistes des maisons, pôles et centres de santé ont une meilleure qualité de pratique que les témoins pour la quasi-totalité des indicateurs considérés

L'ampleur des écarts entre les cas ENMR et les témoins est modifiée dès lors qu'ils sont analysés au niveau de chaque généraliste (tableau 2) et que sont pris en

<sup>1</sup> Cet indicateur vise à prévenir les chutes induites par le traitement par vasodilatateurs.

T2

#### Effets marginaux résultant des modélisations linéaires hiérarchiques des taux, généraliste par généraliste, de réalisation des indicateurs de qualité des pratiques sur la période 2009-2012, centres, maisons ou pôles de santé versus témoins, toutes choses égales par ailleurs

	Statut		Classes de la typologie		Statut		Classes de la typologie		
	Centres de santé	Centres de santé « associatifs »	Centres de santé « municipaux »	Maisons de santé	Pôles de santé	Maisons ou pôles de santé	Classe 3	Classe 4	Classe 5
<b>Suivi du diabète</b>									
HbA1c	3,50 **	6,74 **	1,40	10,20 ***	4,61 ***		8,71 ***	7,69 ***	10,35 ***
Créatinémie	3,50 **	6,74 **	1,40	3,17 ***	1,31		3,14 ***	3,84 ***	2,26 ***
Microalbuminurie	16,24 ***	17,51 ***	15,42 ***	10,76 ***	8,43 ***		12,25 ***	10,95 ***	9,57 ***
Cholestérol	2,59 *	2,27	2,80	0,77	-0,69		0,20	0,65	0,57
Électrocardiogramme	3,13 **	7,36 ***	0,37	5,81 ***	2,31 **		8,78 ***	3,58 ***	5,19 ***
Fond d'oeil & rétinographie (2 ans)	7,41 ***	7,53 ***	7,33 ***	2,68 ***	2,67 ***		5,73 ***	2,25 ***	2,07 ***
<b>Diabétiques de plus de 50 ans (hommes) ou 60 ans (femmes)</b>									
- sous statines et antihypertenseurs (vs. antihypertenseurs)	2,48 *	5,08 **	0,86	1,66 **	2,65 **		2,65 **	-0,24	2,70 ***
- sous statines, antihypertenseurs & AFD ou anticoagulant (vs. statines & antihypertenseurs)	0,95	0,12	1,46	2,53 ***	1,72		0,42	0,80	3,85 ***
<b>Vaccination, dépistage et prévention du risque iatrogénique médicamenteux</b>									
Vaccination des patients de 65 ans et plus	1,12	4,36 ***	-0,97	0,45	-1,55 **		0,29	1,36 **	-0,58
Vaccination des patients de 16 à 64 ans en ALD	3,42 ***	5,65 ***	1,97 ***	6,10 ***	2,52 ***		5,14 ***	4,03 ***	6,47 ***
Mammographie pour les femmes de 50 à 74 ans (2 ans)*	3,51 ***	2,80 **	3,97 ***	-0,05	0,10		2,40 ***	-0,27	-0,55
Frottis pour les femmes de 25 à 65 ans (3 ans)*	6,34 ***	6,79 ***	6,06 ***	2,34 ***	1,61		3,99 ***	3,07 ***	1,29 **
Traitement par vasodilatateur pour les plus de 65 ans	-3,15 ***	-3,14 ***	-3,16 ***	-2,96 ***	-2,38		-3,11 ***	-3,08 ***	-2,68 ***
Traitement par benzodiazépines demi-vie longue pour les plus de 65 ans	-2,70 ***	-2,11 ***	-3,08 ***	-1,76 ***	-1,81 ***		-2,88 ***	-2,13 ***	-1,27 ***
<b>Efficacité de la prescription</b>									
Acquisition d'antibiotiques	0,97	3,06 *	-0,38	1,85 ***	0,13		-0,25	2,09 ***	1,79 ***
Inhibiteur de la pompe à protons	3,75 **	11,38 ***	-1,20	4,06 ***	1,99		3,72 ***	6,78 ***	2,09 **
Acquisition de statines	4,58 ***	11,84 ***	-0,14	5,75 ***	3,36 **		7,16 ***	3,55 ***	5,87 ***
Acquisition d'antihypertenseurs	2,83 ***	2,47 *	3,06 ***	1,70 ***	2,00 ***		1,97 ***	1,63 ***	1,75 ***
Acquisition d'antidépresseurs	3,69 **	5,24 **	2,69	3,52 ***	-0,27		2,15 *	4,93 ***	2,04 ***
Acquisition d'inhibiteurs d'enzyme de conversion / IEC & sartans	3,40 ***	6,11 ***	1,64	2,53 ***	3,48 ***		1,51	2,10 ***	3,32 ***
Traitement par aspirine à FD parmi les patients traités par AAP	-2,36 **	-4,70 ***	-0,87	1,88 ***	0,87		0,90	1,56 **	2,04 ***

\*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1.

**Lecture :** Un effet marginal de + 1 signifie que, toutes choses égales par ailleurs, un généraliste qui exerce en maison ou pôle de santé a un taux de 1 % supérieur à celui d'un généraliste témoin.

**Sources :** Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram, Cnamts). Datamart de consommation inter-régimes (DCIR), Système national inter-régimes pour les professionnels de santé (Snir-PS).

**Exploitation :** Irdes.

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/](http://www.irdes.fr/Donnees/)

compte : les caractéristiques des patientes (âge, genre, régime assurantiel, Affection de longue durée (ALD)), de l'activité des généralistes, l'année et le type de site cas ENMR, en les distinguant selon leur « statut » ou selon leur classe d'appartenance dans les typologies (Afrite et Mousquès, 2014) [encadré 2], le tout selon l'environnement géographique de localisation (Chevillard *et al.*, 2013).

### Un suivi des patients diabétiques de meilleure qualité...

Les généralistes des maisons de santé présentent une meilleure qualité des pratiques que les témoins en matière de suivi des patients diabétiques, pour tous les indicateurs (effets marginaux compris entre 1,6 % et 11 %), hormis en matière de suivi lipidique pour lequel ils ne se différencient pas. Cette supériorité est moindre pour les généralistes des pôles qui ne se différencient pas en matière de créatinémie, de suivi lipidique et prévention du haut risque vasculaire par le traitement par statines, antihypertenseurs et aspirine à faible dose ou anticoagulants. Selon le « type » de maisons ou pôles, on constate que ceux de la classe 5, des maisons de santé les « plus coordonnées et coopératives », ont des résultats positifs pour un plus grand nombre d'indicateurs de suivi du diabète (7 sur 8) que ceux de la classe 1 (6 sur 8) ou 2 (5 sur 8).

Les centres de santé ont une meilleure qualité des pratiques que les témoins en

matière de suivi des patients diabétiques, pour tous les indicateurs (effets marginaux compris entre 2,5 % et 16 %) hormis en matière de prévention du haut risque vasculaire par le traitement par statines, antihypertenseurs et aspirines à faible dose ou anticoagulants, pour lequel ils ne se différencient pas. Les centres de santé de la classe 1, de type « associatifs », ont des performances nettement supérieures à celles des centres de santé de la classe 2, « municipaux », qui ne se différencient qu'en matière de microalbuminurie et de fond d'œil.

### ... de même que les pratiques de vaccination, de dépistage et de prévention...

Les généralistes des maisons de santé ont aussi une meilleure qualité des pratiques que les témoins en matière de vaccination, de dépistage et de prévention du risque iatrogénique, pour tous les indicateurs (effets marginaux absolus compris entre 1,7 % et 6 %), hormis en matière de vaccination contre la grippe pour les 65 ans et plus, ainsi que pour la mammographie pour les femmes de 50 à 74 ans.

Cette supériorité est moindre pour les généralistes des pôles, qui ne se différencient pas en matière de mammographie, de frottis, et sont même moins performants en matière de vaccination des plus de 65 ans contre la grippe. Selon le « type » de maisons ou pôles, on constate cette fois-ci que ceux de la classe 3 ont des

L'Irdes est en charge de l'évaluation des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) à destination des maisons, pôles et centres de santé, sur la période 2009-2012. Cet article, qui s'appuie sur une analyse plus approfondie (Afrite et Mousquès, 2014), est le sixième d'une série. Le premier présentait les objectifs et la méthodologie générale de l'évaluation (Afrite *et al.*, 2013), le deuxième la répartition géographique des sites et l'impact sur la densité de médecins généralistes (Chevillard *et al.*, 2013), le troisième les formes prises par le travail pluriprofessionnel et le rôle des ENMR dans leurs évolutions à partir d'une enquête qualitative (Fournier *et al.*, 2014), le quatrième, une typologie des sites ENMR au regard de leurs modalités d'organisation et de fonctionnement (Afrite et Mousquès, 2014) et le cinquième, une évaluation de l'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé en termes d'activité et de dépenses (Mousquès, 2015).

résultats positifs, y compris pour la mammographie, et ceux de la classe 4, pour la vaccination des plus de 65 ans contre la grippe.

Les centres de santé ont une meilleure qualité des pratiques que les témoins en matière de vaccination, dépistage et prévention du risque iatrogénique, pour tous les indicateurs (effets marginaux absolus compris entre 2,6 % et 6 %), hormis en matière de vaccination contre la grippe des 65 ans et plus pour les centres de santé de la classe des « municipaux ».

### ... et une meilleure efficacité de la prescription

Les généralistes des maisons de santé ont une meilleure « efficacité » de la prescription avec des taux d'acquisition de génériques pour les cinq classes étudiées, d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou d'aspirine à faible dose, systématiquement supérieurs aux témoins (effets marginaux compris entre 1,8 % et 5,7 %). Cela est beaucoup moins vrai pour les pôles qui se distinguent uniquement pour deux classes de génériques (statines, antihypertenseurs) et pour les inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Selon le « type » de maisons ou pôles, on constate que ceux des classes 4 et 5 ont des résultats positifs pour les sept indicateurs, contre quatre

## E2

### Les cinq classes de la typologie des maisons, pôles et centres de santé

La typologie portant sur un sous-échantillon de 128 sites (sur les 150 étudiés) distingue deux classes de centres de santé et trois classes de maisons et pôles de santé. Les classes de centres, maisons et pôles de santé se différencient en matière d'intensité de l'intégration, c'est-à-dire de regroupement des moyens (locaux, professionnels de santé ou non, équipements) et de l'activité, qui s'accompagne ou non de coordination entre les professionnels, de coopération pluriprofessionnelle et de partage de l'information, voire de son informatisation. Les deux classes de centres de santé, « associatifs » et « municipaux », se distinguent ainsi des maisons et pôles de santé par leurs statuts, ancienneté, accessibilité, mais aussi par leurs tailles, composition professionnelle et niveau d'équipement, ainsi que par l'étendue des rôles développés par les professionnels et leur coopération. Elles se différencient par ailleurs entre elles par le tiers payant complémentaire qui y est pratiqué, les rôles infirmiers et l'informatisation.

- **Classe 1** : des centres de santé plus souvent associatifs, relativement anciens, avec une coopération pluriprofessionnelle et une coordination plus fréquentes que dans les centres « municipaux ».
- **Classe 2** : des centres de santé majoritairement municipaux, plus anciens, où l'étendue des rôles et fonctions des professionnels non médecins est plus forte que dans les centres de santé « associatifs ».
- **Classe 3** : essentiellement des pôles de santé, très récents et moins intégrés.
- **Classe 4** : surtout des maisons de santé, assez récentes et faiblement intégrées.
- **Classe 5** : des maisons de santé majoritaires, relativement récentes et plus intégrées.

<sup>1</sup> Pour plus de détails, voir Afrite, Mousquès, 2014.

pour ceux de la classe 3. Les centres de santé ont une meilleure « efficacité » de la prescription avec des taux d'acquisition de génériques pour les cinq classes, d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou d'aspirine à faible dose, systématiquement supérieurs aux témoins (effets marginaux absolus compris entre 2,6 % et 4,5 %). Cette supériorité est concentrée dans les centres « associatifs », les centres « municipaux » ne se distinguant qu'en matière de taux d'acquisition de génériques pour les antihypertenseurs.

\* \* \*

Les généralistes des maisons, pôles et centres de santé ont une meilleure qua-

lité des pratiques pour la quasi-totalité des indicateurs considérés, les différences entre types de sites selon la typologie restant assez faibles. Selon une analyse de différence de différences développée dans le rapport et non présentée ici, ces résultats tiennent presque essentiellement aux différences initiales observées entre les sites regroupés, pluriprofessionnels ou non, et leurs généralistes, et ne sont donc pas directement imputables à l'entrée des sites dans les ENMR (Mousquès, Bourgueil *et al.*, 2014).

Ces résultats confirment donc les hypothèses émises quant à l'amélioration des pratiques dans les sites pluriprofession-

nels regroupés, comparativement à l'exercice isolé. Cette analyse renforce en outre la portée des résultats présentés sur l'activité, la productivité et la consommation des soins des patients (Mousquès, 2015), et permet de conclure à la plus grande efficacité de ce mode d'exercice. Ces recherches sur l'impact du regroupement pluriprofessionnel en matière de qualité des soins seront complétées par des travaux sur la satisfaction des patients en termes d'expérience de soins. Au delà, des recherches se fondant sur des données issues des dossiers patients informatisés, si elles étaient disponibles, permettraient d'étendre les travaux à des thématiques jusque-là non explorées. ♦

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Afrite A., Bourgueil Y., Daniel F., Mousquès J. (2013). « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins : objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des nouveaux modes de rémunération ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 189, juillet-août.
- Afrite A., Mousquès J. (2014). « Formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ». Document de travail, *Irdes*, n° 62, octobre.
- Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y. (2013). « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 190, septembre.
- Curoe A., Kralewski J., Kaissi A. (2003). "Assessing the Cultures of Medical Group Practices". *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 16(5), pp.394-8.
- Cutler D.M. (2010). "Where Are the Health Care Entrepreneurs? The Failure of Organizational Innovation in Health Care". National Bureau of Economic Research, Working Paper, n° 16030, 43 p.
- Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M., avec la contribution de Durand G. (2014). « Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé ». Rapport *Irdes* n° 557, septembre.
- Getzen T.E. (1984). "A Brand Name Firm Theory of Medical Group Practice". *The Journal of Industrial Economics*, 33 (2), pp. 199-215.
- Landon B.E., Gill J.M., Antonelli R.C., Rich E.C. (2010). "Prospects for Rebuilding Primary Care Using the Patient-centered Medical Home". *Health Affairs (Millwood)*, 29 (5), pp. 827-34.
- Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald B. (2004). "Substitution of Doctors by Nurses in Primary Care". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Mousquès J. (2015). « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière d'activité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 210, juin.
- Mousquès J., Bourgueil Y. avec les contributions de Afrite A., Cartier T., Chevillard C., Couralet P.-E., Daniel F. et Lucas-Gabrielli V. (2014). « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 ». Rapport de l'Irdes n° 559, décembre.
- Mousquès J. (2011). « Le regroupement des professionnels de santé de premier recours : quelles perspectives économiques en termes de performance » in « Le métier de médecin », ed. Grignon M., Dress. *Revue Française des Affaires sociales*, n°2-3, pp. 254-275.
- Rittenhouse D.R., Shortell S.M. (2009). "The Patient-Centered Medical Home: Will it Stand the Test of Health Reform ?" *Journal of the American Medical Association*, n° 301, pp. 2038-2040.
- Rittenhouse D.R., Shortell S.M., Gillies R.R., Casalino L.P., Robinson J.C., McCurdy R.K., Siddique J. (2010). "Improving Chronic Illness Care: Findings from a National Study of Care Management Processes in Large Physician Practices". *Medical Care Research and Review*, 67 (3), pp. 301-20.
- Wagner EH. (1998). "Chronic Disease Management : What Will it Take to Improve Care for Chronic Illness?" *Effective Clinical Practice*, 1, pp. 2-4.
- Wagner E.H. (2000). "The Role of Patient Care Teams in Chronic Disease Management". *British Medical Journal*, 320, pp. 569-572.

**IRDES** INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •  
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •  
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek •  
Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : TCH Réalisation (Boulogne-Billancourt, 92) •  
Dépôt légal : septembre 2015 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.

## Les supports d'information de l'Irdes

### Les publications

Les documents de travail, pré-articles scientifiques, offrent un état d'une recherche en cours



Questions d'économie de la santé, mensuel, présente de manière synthétique et didactique les principaux résultats des études et recherches de l'Irdes

### Contact et abonnement

#### Service Publications et communications

117bis, rue Manin  
75019 Paris

Tél : 01 53 93 43 02/06

Fax : 01 53 93 43 07

Espace Internet :

[www.irdes.fr/EspacePresse](http://www.irdes.fr/EspacePresse)

Courriel : [presse@irdes.fr](mailto:presse@irdes.fr)

Les rapports de recherche détaillent l'intégralité des résultats d'études et de recherches ainsi que les méthodes utilisées.

### Le site Internet : <http://www.irdes.fr>



- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...). Elle est envoyée par courriel sur simple inscription.
- La **base de données Eco-Santé**, outil d'analyse retrospective des statistiques de santé, est conçue pour créer des tableaux, des graphiques ou réaliser des cartes à partir de données officielles récentes.
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Doc Veille et Doc News, deux veilles thématiques bimensuelles, l'une bibliographique réalisée à partir de la littérature scientifique en santé, l'autre de la presse santé en ligne ; et aussi des synthèses thématiques, le glossaire spécialisé français/anglais...

Le site est disponible en **français** et en **anglais**.

