



Document de travail
Working paper

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)

Anissa Afrite (Irdes)

Julien Mousquès (Irdes)

DT n° 62

Octobre 2014

La collection des documents de travail de l'Irdes est un support de diffusion de prépublications scientifiques. Cette collection a pour vocation de stimuler la réflexion et la discussion en matière d'analyse et de méthode économiques appliquées aux champs de la santé, de la protection sociale ainsi que dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques. Les points de vue exprimés dans les documents de travail ne reflètent que ceux de leurs auteurs. Les lecteurs des Documents de travail sont encouragés à contacter les auteurs pour leur faire part de leurs commentaires, critiques et suggestions.

* * *

Irdes Working Papers collection is established as a means of ensuring quick dissemination of research results and prepublished versions of scientific articles. The papers aim to stimulate reflection and discussion with regard to analysis and methods applied in health economics and public policy assessment. The work presented in Irdes Working papers collection may not always represent the final results and sometimes should be treated as work in progress. The opinions expressed are uniquely those of the authors and should not be interpreted as representing the collective views of Irdes or its research funders. Readers are encouraged to email authors with comments, critics and suggestions.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tel. : 01 53 93 43 06 • Fax : 01 53 93 43 07
www.Irdes.fr • E-mail : publications@Irdes.fr

- **Directeur de publication/Director of publication** Yann Bourgueil
- **Secrétariat général d'édition/Publisher** Anne Evans
- **Relectrice/Reviewer** Stéphanie Guillaume, Sylvain Pichetti
- **Maquettiste/Lay-out artist** Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page/Lay-out assistant** Damien Le Torrec
- **Diffusion/Diffusion** Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui
- **Imprimé par/Printed by** RGP (Antony, 92)
- **Dépôt légal** : novembre 2014 • **ISBN** : 978-2-87812-401-9 • **ISSN** : 2101-6386

Sommaire

Remerciements	3
Résumé.....	5
Abstract.....	6
1. Introduction	7
2. Objectif, hypothèses et cadre d'analyse	10
3. Matériel	12
3.1. L'enquête auprès des sites ENMR.....	13
3.2. Les questionnaires	13
3.3. Le taux de participation des sites	15
4. Méthode	16
4.1. Stratégie d'analyse.....	16
4.2. L'analyse factorielle de données mixtes (AFDM).....	17
4.3. Spécifications et critères d'analyses des AFDM	18
4.4. La classification ascendante hiérarchique (CAH)	19
5. Résultats	20
5.1. Caractéristiques des sites participant aux ENMR	20
5.1.1. Ancienneté, processus de création et d'implantation géographique, statut juridique	20
5.1.2. Taille, composition des équipes, temps de travail, équipement et système d'information	22
5.1.3. Management, coordination et utilisation des fonds ENMR	24
5.1.4. Rôles professionnels et coopération interprofessionnelle	27
5.1.5. Les nouveaux services aux patients : les programmes d'éducation thérapeu- tiques du patient	29
5.1.6. Accessibilité et continuité des soins	30
5.2. Typologie en cinq classes des maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR	31
5.2.1. Conception de la typologie en cinq classes des maisons, pôles et centres de santé	31
5.2.2. Description des cinq classes de maisons, pôles et centres de santé	32
• <i>Classe 1 : des centres de santé « associatifs »</i>	33
• <i>Classe 2 : des centres de santé « municipaux »</i>	36
• <i>Classe 3 : des pôles de santé très récents et moins intégrés</i>	38
• <i>Classe 4 : des maisons de santé assez récentes et faiblement intégrées</i>	40
• <i>Classe 5 : des maisons de santé majoritaires, relativement récentes et plus intégrées</i>	43
6. Conclusion	46
7. Références	47

Annexe 1. Liste des variables actives et illustratives introduites dans l'analyse.....	50
Annexe 2. Analyse factorielle des données mixtes (AFDM) - Tableaux des valeurs propres	56
• Échantillon des maisons, pôles et centres de santé	56
• Échantillon des maisons et pôles de santé.....	58
Annexe 3. Classification ascendante hiérarchique (CAH) - Dendogrammes	60
Annexe 4. Statistiques descriptives - Caractérisation des 128 maisons, pôles et centres de santé et des classes de sites	62
• Variables actives	62
• Variables illustratives	71

Remerciements

Nous tenons à remercier Anne Aligon, Sandrine Béquignon et Guénaëlle Marquis pour avoir activement participé à la préparation et à la réalisation du terrain de l'enquête auprès des sites participant à l'évaluation des Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Nous remercions également Jacques Harrouin pour son aide à la prise en main du logiciel d'enquête et à la logistique informatique nécessaire au stockage, à la sécurité et à la mise à disposition des données de l'enquête, ainsi que Ly Hoang pour la réalisation des analyses préparatoires à cette étude.

Nous remercions aussi vivement tous les sites participant aux ENMR qui ont participé au bon déroulement de l'enquête sur le terrain, ainsi que les référents ENMR des Agences régionales de santé (ARS) et la Direction de la Sécurité sociale pour leur collaboration dans la phase de préparation de l'enquête et pour leur accompagnement des structures durant le recueil.

Enfin nos remerciements s'adressent à Yann Bourgueil, Anne Evans et Aurélie Pierre pour leur lecture approfondie et leurs commentaires constructifs, ainsi que Franck-Séverin Clérembault et Damien Le Torrec pour la mise en page de ce document.

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)

Anisssa Afrite¹, Julien Mousquès¹

RÉSUMÉ : Dans le cadre d'un programme de recherche global sur le lien entre le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours dans les sites participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) et la performance des médecins généralistes en matière d'activité, de productivité, d'efficacité et d'efficience de leurs pratiques, cette recherche a pour objectif d'analyser la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR.

Ce travail s'appuie sur une enquête spécifique réalisée auprès de 147 sites participant aux ENMR pour la période 2008-2012. Cette enquête a été réalisée en deux vagues, à partir de questionnaires standardisés et administrés par Internet en 2011-2012 et en 2013. Elle décrit l'organisation de la délivrance des soins, le fonctionnement des sites et leur équipement ainsi que les processus de travail. Elle explore aussi la collaboration entre les professionnels, l'existence de pratiques innovantes ainsi que les caractéristiques et usages des systèmes d'information.

Dans un premier temps, des analyses descriptives caractérisent les sites selon leurs principales dimensions structurelles, organisationnelles et fonctionnelles. Dans un second temps, afin de s'affranchir de la dimension statutaire des sites (maisons, pôles et centres de santé) et de tenir compte des dimensions considérées comme déterminantes de la performance, des méthodes factorielles d'analyses de données sont mobilisées sur un sous-échantillon de 128 sites afin d'en réaliser une typologie.

Les résultats mettent ainsi en évidence la forte hétérogénéité de ces structures au-delà de la distinction selon leur statut. La typologie réalisée distingue cinq catégories de sites : deux pour les centres de santé et trois pour les maisons et pôles de santé. Leurs différences reposent essentiellement sur leur taille, composition, accessibilité, ainsi que sur l'étendue des rôles et fonctions développés par les professionnels, l'intensité de l'intégration, de la coordination et de la coopération.

CODES JEL : D64, D81, I19.

MOTS CLÉS : Maisons de santé, Pôles de santé, Centres de santé, Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), Soins primaires, Organisation des soins, Cabinet de groupe, Enquête.

¹ Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris, France.

Forms of of primary care teams A typology of multidisciplinary group practices, health care networks and health care centers involved in the experiments of new mechanisms of remuneration (ENMR)

Anisssa Afrite¹, Julien Mousquès¹

ABSTRACT: This research is part of a global research program focused on French primary care teams composed of at least a minimum number of general practitioners and nurses, but that could include other primary health care professionals (e.g. physiotherapist). It specifically focused on two recent teams organizations forms, – the multidisciplinary group practices (MGP) and the health care networks (HCN) (so called maisons and pôles de santé pluriprofessionnelles) –, and a well-known existing structure – the health care centers (HCC) (called centre de santé). Health care professionals working in the first two types of structure are self-employed and paid on fee-for-services basis while those working in health care centers are salaried. The main difference between MGP and HCN is that in MGP all of the professionals are housed in the same setting, while this is not the case for HCN.

These three organizations forms are involved in the experiments of new mechanisms of remuneration (called Expérimentations de nouveaux modes de rémunération, ENMR) specifically dedicated to these practices. The associated research program aimed to establish the contribution of primary care teams (versus solo general practitioner or mono-disciplinary group practice) on general practitioner density and on performance measured by productivity, quality and efficiency of the ambulatory health care services delivered and by hospital utilization. The research presenting here is specifically focused on the analyze of the organizational structure of 147 MGP, HCN and HCC participating in the ENMR for the period 2008-2012. Based on a survey that had been conducted in two waves using standardised questionnaires administered via the Internet in 2011-2012 and again in 2013, we provide a detailed description of the organizational structure and process dimensions, like health care professional composition, size and equipment; health care professional task and skill-mix, mechanisms of coordination, electronic medical record and management; scope and accessibility of health care and types of health care services.

Firstly, descriptive statistics give features about primary care teams according to their main organizational structure and process dimensions. Secondly, in order to go further than focusing only on “status” dimension (MGP, HCN or HCC) and taking into account dimensions considered to be decisive for performance, factorial data analysis methods are used to constitute a typology from a sub-sample of 128 sites.

The results highlight a strong heterogeneity between these primary care teams beyond the distinction according to their status. The defined typology distinguished the practices in five groups: two for the HCC and three for the MGP and HCN. Their differences are essentially based upon their size, composition, accessibility, scope of the roles and task which are developed by some health professionals, intensity of the integration, coordination and cooperation between health care professionals.

JEL CODES: D64, D81, I19.

KEYWORDS: Primary care, Primary care team, Group practice, Team, Patient-centered care, Multidisciplinary group practice, Health care network, Health care center, Experiments of new mechanisms of remuneration (ENMR), Survey.

¹ Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Paris, France.

1. Introduction

L'offre de soins ambulatoire en France est singulière : quantitativement importante et à son plus haut niveau historique, majoritairement financée par des ressources publiques, sans niveau de soins primaires clairement identifié. Elle est délivrée par différentes catégories de professionnels et praticiens, dont des spécialistes, majoritairement privés (libéraux), rémunérés quasi-exclusivement à l'acte, et aux frontières professionnelles fortes. En conséquence, la concurrence et la fragmentation au sein comme entre disciplines et professions sont la règle, la coordination, voire l'intégration sous la forme du regroupement, l'exception.

Le regroupement se définit en France par l'exercice dans un même lieu d'au moins deux praticiens ou professionnels de santé d'une même catégorie. Ce mode d'exercice recouvre des formes variées : monodisciplinaire lorsqu'il s'agit d'un regroupement entre médecins d'une même et unique discipline ; pluridisciplinaire lorsqu'il implique des médecins de disciplines différentes ; pluriprofessionnel dans le cas de regroupement de médecins avec d'autres professionnels de santé, médicaux (comme les sages-femmes, dentistes...), paramédicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes...) ou d'autres professions (pédicures-podologues, secrétariat médical...).

Le regroupement des médecins généralistes libéraux est désormais majoritaire en France avec 54 % des médecins généralistes déclarant exercer en groupe en 2009 contre 43 % en 1998. Cette augmentation, principalement liée à un regroupement plus fréquent parmi les nouvelles générations de médecins, reflète ainsi l'attrait croissant que revêt ce mode d'exercice. Il offre aux médecins généralistes la possibilité d'adopter un autre rythme de travail sans toutefois modifier leur volume d'activité et ainsi de libérer du temps pour d'autres activités telles que la formation qu'ils reçoivent ou dispensent (Evrard *et al.*, 2011).

Pour autant, la dynamique en faveur du regroupement a été essentiellement portée par les choix des professionnels et l'évolution de leurs aspirations en faveur d'un regroupement monoprofessionnel le plus souvent : les trois quarts des médecins généralistes regroupés l'étaient dans des cabinets exclusivement composés de deux ou trois médecins généralistes et/ou spécialistes. Ainsi, de nombreuses barrières freinent le développement du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours (Igas, 2004). Au final, comparativement à d'autres pays européens ou aux provinces canadiennes, le regroupement en France paraît moins développé, de taille modeste et peu pluriprofessionnel (Bourgueil *et al.*, 2009b).

C'est dans ce contexte qu'une politique d'accompagnement et de soutien au regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours émerge depuis 2007 (Mousquès, 2011), principalement en direction des formes de regroupement récentes en maisons et pôles de santé, ou plus anciennes, en centres de santé (Baudier et Thomas, 2009 ; Juilhard *et al.*, 2010). A l'inverse de ce que l'on peut observer dans d'autres pays, comme par exemple aux Etats-Unis (Rebitzer et Votruba, 2011), au Canada (Hutchison *et al.*, 2011) et pour l'Europe, en Angleterre (Asworth et Armstrong, 2006) ou aux Pays-Bas (Homborgh *et al.*, 2009), la connaissance de l'exercice collectif en France reste parcelaire, notamment dans sa forme pluriprofessionnelle en maisons, pôles et centres de santé (Mousquès, 2011).

Les centres de santé se différencient des maisons et pôles de santé principalement par le fait que leur personnel est très majoritairement salarié. Une autre différence réside dans le conventionnement avec l'Assurance maladie. Si l'activité des centres est principalement financée à l'acte, ces derniers ont pour obligation de pratiquer le tiers payant pour la part de la dépense de santé prise en charge par l'Assurance maladie – de nombreux centres le pratiquant également pour tout ou partie de la dépense complémentaire – et de respecter les tarifs conventionnels du secteur 1.

Les maisons de santé se différencient des pôles de santé par l'unité du bâti. La distinction juridique qui prévalait jusqu'à peu entre ces structures n'existe plus. Maisons et pôles sont confondus et regroupés sous le terme « maison de santé » dès lors qu'ils sont dotés d'une personnalité morale et d'un projet de santé formel signé par l'intégralité des membres, compatible avec le volet ambulatoire du Schéma régional d'organisation des soins (Sros) et transmis à l'Agence régionale de santé (ARS) pour information¹.

Il en ressort que les maisons, pôles et centres de santé partagent plusieurs points communs : ils accueillent des professionnels de santé de catégories variées (médicaux, auxiliaires médicaux, voire pharmaciens), dispensent des soins de premiers recours sans hébergement, et parfois même de second recours, et participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales.

Plusieurs lois ont été votées permettant de mieux qualifier l'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons et pôles de santé : la loi de financement de la Sécurité sociale (décembre 2007), la loi Hôpital, patients, santé, territoires (juillet 2009) et la loi Fourcade (Loi n° 2011-940 du 10 août 2011). Des programmes de soutien financiers en direction de ces structures ont également été mis en place. Un nouveau statut juridique vient consacrer ces évolutions en 2012 : la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) créée par la loi Fourcade et spécifiquement adaptée aux maisons et pôles de santé. Celui-ci donne lieu à l'attribution d'un numéro Finess et autorise, tout en préservant l'exercice libéral des professions de santé, la rémunération – notamment par l'Assurance maladie – d'activités réalisées en commun par différents professionnels dans ces sites. La Sisa permet également de partager entre professionnels l'information relative au patient, avec son consentement. Bien qu'aucun organisme ne soit en charge aujourd'hui d'octroyer un « label » de maison ou pôle de santé, l'obtention de financements publics (*cf.* infra) est souvent conditionnée, en plus des critères énumérés ci-dessus, par une composition minimale de deux médecins généralistes associés à au moins un professionnel paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute...), ainsi que par la pratique de tarifs opposables de secteur 1.

L'attribution d'aides financières à l'exercice en groupe, notamment sous la forme d'aides à l'investissement et/ou au fonctionnement, provenant d'acteurs multiples tels que l'État, l'Assurance maladie ou les collectivités territoriales, s'est parallèlement développée. Les aides financières apportées par l'Assurance maladie, qui proviennent du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), participent au financement des études de faisabilité, d'ingénierie du projet, du démarrage ou du fonctionnement. Le nombre de projets financés a augmenté régulièrement, passant de 20 en

¹ Toutefois, cette distinction entre maisons et pôles de santé restera mobilisée dans nos travaux afin de distinguer les regroupements pluriprofessionnels ayant une unité de bâti des autres.

2007 à 185 en 2011, avec environ 9,1 millions d'euros versés sur cette période, adressés pour les trois quarts en direction des maisons de santé (Cnamts, 2012).

Dans le cadre de la politique d'aménagement du territoire, l'Etat et les collectivités territoriales apportent également des aides à l'investissement pour des groupes pluridisciplinaires. Un « label des pôles d'excellence rurale » cofinance des projets intercommunaux favorisant le développement économique, avec la création depuis 2008 d'une cinquantaine de maisons et pôles de santé, principalement en zone de revitalisation rurale^{2,3}. En 2010, un plan national a été lancé⁴, visant à cofinancer la création de 250 maisons en milieu rural sur la période 2010-2013, dans des zones considérées comme fragiles ou dans lesquelles l'offre de soins nécessite d'être renforcée. En milieu urbain, le plan « Dynamique, espoir, banlieues » a pour objectif de créer 10 maisons par an parmi les 215 quartiers prioritaires définis par la politique de la ville (zones urbaines sensibles (Zus), contrats urbains de cohésion sociale (Cucs)). L'aide à l'investissement s'élève à un montant forfaitaire estimé à 100 000 euros en moyenne par maison de santé, soit un budget global de 25 millions d'euros environ.

Au total, 291 maisons et pôles de santé seraient en fonctionnement, dont 246 avec un projet de santé attestant de leur exercice coordonné, selon les données transmises en 2013 par l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). On dénombre également environ 400 centres de santé polyvalents, dont la majorité est implantée en milieu urbain (Igas, 2013).

Enfin, au-delà du soutien au regroupement par des aides à l'investissement, des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont été introduites dans la loi de Financement de la Sécurité sociale de 2008⁵ visant à cofinancer le fonctionnement de maisons, pôles et centres de santé sur la période 2009-2013. Elles ont été récemment prorogées jusqu'à fin 2014 et étendues à 150 nouveaux sites dans le cadre de la stratégie nationale de santé sur la base de critères de sélection renouvelés. Ces expérimentations s'inscrivent dans la politique visant à renforcer le maillage territorial, ces formes d'exercice étant plus attractives, notamment pour les jeunes professionnels. Ces montants forfaitaires à destination des sites sont distincts du paiement à l'acte mais non-substitutifs. Ils visent à améliorer l'organisation et la coordination des soins, à favoriser la mise en œuvre de nouveaux services aux patients ainsi qu'à développer la collaboration entre professionnels.

Pilotées par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ces expérimentations sont mises en œuvre au niveau local par les Agences régionales de santé (ARS)⁶. Elles sont réalisées dans 19 régions françaises et concernent 151 structures en 2012, 78 maisons, 37 pôles et 36 centres de santé (Afrite

² Articles : L.6323-1, L.6323-3, L.6323-4 du code de la Santé publique et L.162-32 du code de la Sécurité sociale pour les seuls centres de santé (CDS).

³ <http://poles-excellence-rurale.datar.gouv.fr>

⁴ Circulaire NOR n°EATV1018866C du 27 juillet 2010.

⁵ Article n°44 de la Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008. Journal officiel, 21 décembre 2007b : p. 20603.

⁶ Les professionnels de santé constituent un autre partenaire, soit au titre de leur regroupement au sein de la Fédération de maisons et pôles de santé (FMPS) ou de celle des centres de santé (FNCS), ou syndical au sein de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS). Enfin, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la Mutuelle sociale agricole (MSA) et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) y participent en tant que financeurs.

et al., 2013), inclus lors de deux vagues d'inclusion en 2010-2011 et 2011-2012. Les nouveaux modes de rémunération (NMR) consistent en un contrat passé entre l'ARS et une structure volontaire représentant un collectif de professionnels composé à minima de médecins généralistes et d'infirmières. Ce contrat porte sur des montants forfaitaires additionnels distincts du paiement à l'acte. Ils sont alloués en contrepartie d'améliorations attendues en termes de qualité des soins et d'efficacité. Les sites expérimentateurs sont libres d'utiliser ces montants comme bon leur semble. Trois types de forfaits ont été mis en œuvre : le forfait pour les missions coordonnées visant à rémunérer le temps passé au management du site et à la concertation interprofessionnelle (dit module 1), le forfait pour les nouveaux services aux patients concernant aujourd'hui principalement l'éducation thérapeutique du patient (module 2) et, en 2014, le forfait coopération entre professionnels de santé sous la forme de transferts d'actes et d'activités médicales à des infirmières (module 3). Le budget total des forfaits alloués est estimé à 8,5 millions d'euros en 2013 et 28 millions d'euros depuis le démarrage de l'expérimentation.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche global sur le lien entre le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, tel qu'il peut être observé au travers des sites participant aux ENMR, et la performance des médecins généralistes en matière d'activité, de productivité, d'efficacité et d'efficacité de leurs pratiques (Mousquès, 2011 ; Afrite *et al.*, 2013). Ce travail de recherche est structuré de la façon suivante. Dans une première partie, les objectifs de ce travail, les hypothèses et le cadre d'analyse sont exposés. Une deuxième partie présente les données mobilisées, à savoir l'enquête mise en œuvre auprès des sites ainsi que son déroulement et les dimensions investiguées à travers différents questionnaires. Une troisième partie explique les méthodes d'analyse utilisées associant statistiques descriptives, Analyses factorielles des données mixtes (AFDM) et Classifications ascendantes hiérarchiques (CAH). Dans une quatrième partie, les principaux résultats sont décrits. La dernière partie conclut sur les résultats et les perspectives de cette recherche.

2. Objectif, hypothèses et cadre d'analyse

Cette recherche a pour objectif d'analyser et décrire la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé à partir des données d'une enquête spécifique réalisée auprès de l'ensemble des sites participant aux ENMR. Sur cette base, il s'agit de construire une typologie par classification en regroupant les sites similaires au regard de leurs caractéristiques. Ainsi, elle répond à un double objectif : informatif et analytique.

L'objectif principal consiste à être en mesure de tenir compte de l'hétérogénéité des sites regroupés, souvent décrite mais rarement démontrée, dans les futures mesures d'impact du regroupement en maisons, pôles ou centres de santé sur différentes dimensions de performance, tout en pointant d'éventuelles différences de résultats selon le type de sites. Il s'agira d'être en capacité d'expliquer d'éventuelles différences de performance intra, entre les maisons, pôles et centre de santé inclus dans les ENMR, ou inter, entre les sites inclus dans les ENMR et des témoins exerçant isolément, selon un cadre conceptuel d'évaluation des organisations d'offre de soins. Il présuppose que les caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles (la structure et les

processus), comme celles de leur implantation géographique (Chevallard *et al.*, 2013), doivent être considérées comme des déterminants clefs de l'analyse sinon comme des facteurs de confusion (Donabedian 2005 ; Contandriopoulos *et al.*, 2000 ; Town *et al.*, 2004 ; Burgess et Street, 2011).

L'objectif secondaire consiste à combler le manque d'information et de données administratives concernant les maisons, pôles et centres de santé. En effet, ces modes d'exercice ne font encore l'objet d'aucun recensement systématique ni d'identification des professionnels y exerçant. Si les centres de santé se voient attribuer un numéro d'établissement (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux, Finess), aucune information sur les professionnels exerçant dans ces structures n'est colligée. L'inscription auprès des institutions des médecins libéraux, exerçant dans les maisons et pôles de santé, est une démarche individuelle. Si les maisons et pôles peuvent se constituer sous la forme d'une Sisa et recevoir un numéro Finess, celui-ci n'est pas encore intégré aux bases de données administratives existantes dans lesquelles figurent des informations sur les professionnels (Fichier national de l'Ordre des médecins, Fichier Adeli de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Système national inter-régimes des professionnels de santé (Snir-Ps), Répertoire partagé des professionnels de santé (Rpps)). Enfin, même si l'Observatoire des recompositions de la DGOS recense les maisons et pôles de santé, il ne permet pas de distinguer ces deux types de structures statutairement et n'apporte que peu d'information sur leurs caractéristiques globales⁷. Les sources d'information se résument ainsi à quelques enquêtes transversales (d'Humières et Gottely, 1989 ; Audric, 2004 ; Evrard *et al.*, 2011), dont aucune n'a porté spécifiquement sur les sites regroupés pluriprofessionnels en maisons, pôles et centres de santé.

Il s'agit donc, d'une part, de qualifier la structure, l'organisation et le fonctionnement des sites à travers les dimensions traditionnellement considérées comme importantes dans la littérature internationale sur les soins primaires (Starfield *et al.*, 2005 ; Lamarche *et al.*, 2003 ; Kringos *et al.*, 2010) ou, plus spécifiquement, sur les organisations fournissant des soins et traduisant une plus ou moins grande intensité de l'intégration, c'est-à-dire du 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. On retrouve pour les Etats-Unis, l'analyse des Group Practices (Curoe *et al.*, 2003 ; Zazzali *et al.*, 2007), des Patient-Centered Medical Homes (Rittenhouse *et al.*, 2008) ou des Accountable care organizations (Epstein *et al.*, 2014). Pour le Canada, il s'agit de l'analyse des Groupes de médecins de famille (Levesque *et al.*, 2010.), des Family Health Teams ou Networks en Ontario (Darhouge *et al.*, 2009). Pour l'Europe, ce sont les analyses des cabinets de groupe ou solo comme l'Effective Practice Assessment développé dans le cadre d'un projet européen (Engels *et al.*, 2005). D'autre part, nous tenons compte dans nos analyses de proxy de dimensions qui ont été jugées nécessaires à la compréhension du regroupement. Il s'agit de préciser les intuitions formulées à la suite de précédents travaux exploratoires auprès de maisons et de pôles de Franche-Comté et de Bourgogne (Bourgueil *et al.*, 2009a) ou de centres de santé d'Ile-de-France,

⁷ Instruction N°DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135 du 28 mars 2012 relative à l'enregistrement des maisons de santé dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) et à l'ouverture de l'observatoire des maisons de santé.

de Belfort et de Grenoble (Afrite *et al.*, 2011). Outre que ce mode d'exercice regroupé pluriprofessionnel permet un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle, il se traduit par une coordination et une coopération effectives entre les professionnels.

Au-delà des différences statutaires entre maisons, pôles et centres de santé, le regroupement pluriprofessionnel est avant tout motivé par l'amélioration des conditions de travail consécutives au seul regroupement monodisciplinaire. Pour autant, le regroupement pluriprofessionnel associé aux ENMR mobilise différents leviers, facteurs de proximité (rapprochement physique, projet de santé, voire architectural, *leadership et management*, adoption de règles de redistribution des forfaits). En dépit des barrières structurelles existantes, ces « outils » sont des leviers pour faire émerger des actions, des coopérations et une coordination pluriprofessionnelles effectives bien que souvent informelles. Ils génèrent aussi d'autres fonctions nouvelles, notamment en matière de management et de gestion de projet. Pour ce faire, nous nous appuyons également sur les enseignements tirés d'une recherche qualitative exploratoire auprès de quatre maisons et pôles de santé et 62 de leurs professionnels de santé participant aux ENMR (Fournier *et al.*, 2014). Au final, le cadre d'analyse que nous proposons s'inspire de ces différents apports.

3. Matériel

Afin de pallier l'absence, déjà évoquée, de données détaillées pour qualifier les sites, une enquête a été développée spécifiquement afin de répondre à nos objectifs. Cette enquête *ad hoc* a été réalisée en 2011-2012 puis renouvelée en 2013 auprès de l'ensemble des sites participant aux ENMR et couvrant la période 2008-2012 (*cf. infra*). Elle vise à couvrir les grandes dimensions suivantes de l'organisation et du fonctionnement des sites. Les dimensions structurelles et en particulier statutaires, les sites (centres, maisons ou pôles de santé) ayant des statuts institutionnels et juridiques variés d'ancienneté ; de processus de création, d'implantation géographique et de projets (santé, architectural) ; de taille, de composition et d'équipement ; de management ; d'accessibilité (horaire, physique et financière) ; de financement (charges, recettes, fonds ENMR perçus et modalités d'utilisation). Les dimensions procédurales et en particulier : la coordination interne et externe ; l'information et son partage ; l'informatisation ; les rôles professionnels et éventuelles collaborations développées.

Des données externes, produites dans le cadre de l'évaluation des ENMR, ont également été mobilisées dans les analyses : premièrement, la typologie de l'environnement d'implantation des sites inclus dans les ENMR. Elle décrit en six classes l'environnement géographique des espaces d'implantation des sites en termes d'offre et de besoins de soins selon les caractéristiques de la population résidente et de la structure spatiale des territoires (Chevallard *et al.*, 2013). Deuxièmement, trois indicateurs de mesures de la coopération entre professionnels ont été estimés à partir des données de remboursement de l'Assurance maladie : la proportion d'actes de médecine générale réalisés par d'autres médecins généralistes du site que le médecin traitant auprès des patients inscrits médecin traitant dans le site (coopération entre médecins généralistes)⁸, la proportion

⁸ Cette mesure n'est évaluable que pour les maisons et pôles de santé. En effet, pour les patients recourant en centres de santé, nous ne disposons que de l'identification du centre de santé consulté ; il n'est pas pos-

d'actes infirmiers prescrits par un médecin du site et exécutés par un infirmier du site et la proportion d'actes infirmiers réalisés par les infirmiers du site prescrits par les médecins du site (coopération médecin infirmier).

3.1. L'enquête auprès des sites ENMR

La base d'échantillonnage est composée de l'ensemble des maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR, inclus lors des deux vagues d'inclusion de 2010-2011 et 2011-2012, et signataires des forfaits pour les missions coordonnées (module 1) et des nouveaux services aux patients (module 2) [Afrite *et al.*, 2013]. Au final, ce sont 147 des 151 sites participant qui ont été interrogés, correspondant à 36 centres, 74 maisons et 37 pôles de santé. Parmi ces derniers, 14 sites sont des « maisons-pôles » associant à la fois les caractéristiques d'une maison de santé, un bâti unique et un exercice pluriprofessionnel, et d'un pôle de santé, avec différents cabinets correspondant à différents professionnels.

L'enquête a reposé prioritairement sur un questionnement auto-administré par Internet (*Computer Assisted Web Interviewing, CAWI*) et, alternativement, sur un questionnement auto-administré sur support papier à titre exceptionnel et uniquement en cas de contraintes techniques manifestes. L'administration par Internet a été privilégiée car elle présente plusieurs avantages – relativement au support papier – tant en matière d'élaboration des questionnaires que dans le suivi du terrain et la mise à disposition des données. Dans chacun des sites enquêtés, une personne référente (professionnel de santé, coordonnateur de site ou autre personne) a été désignée par le site lui-même pour l'adressage des questionnaires et en charge de leur remplissage. Afin d'améliorer la complétude des données entre les deux vagues d'enquête, lorsqu'elles étaient incomplètes, certaines réponses ont été pré-remplies à partir de données accessibles par ailleurs : le numéro ADELI des professionnels de santé disponible dans les bases de remboursement de l'Assurance maladie, le nombre et les adresses des différentes antennes des sites. Les diverses étapes de cette enquête électronique incluant notamment l'élaboration des questionnaires, la passation des questionnaires (invitations, remplissage et relance), la gestion et le suivi du terrain de l'enquête et l'exportation des résultats ont été réalisées à l'aide du logiciel libre de sondage en ligne "LimeSurvey"⁹. Ce logiciel permet un accès sécurisé aux questionnaires localisés sur un serveur web lui-même sécurisé et hébergé à l'Irdes. Chaque enquêté, repéré par un identifiant unique et anonyme, est invité par mailing à répondre à chaque questionnaire en cliquant sur un lien de connexion incluant cet identifiant. La confidentialité des données recueillies est ainsi assurée par un accès restreint de chaque enquêté à ses propres questionnaires uniquement.

3.2. Les questionnaires

L'enquête auprès des sites ENMR recueille des informations nécessaires à une meilleure connaissance de l'équipement, du fonctionnement, de l'organisation, de la composition

⁹ sible d'identifier individuellement le(s) médecin(s) consulté(s) dans les bases de données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) utilisées pour le calcul de cet indicateur.
www.limesurvey.org/fr/

en professionnels, ainsi que des processus de travail (process) des structures de groupe pluriprofessionnelles. Elle repose sur quatre questionnaires standardisés et auto-administrés : Structure, Composition, Professionnels et Financement.

Le questionnaire « Structure » est le questionnaire pivot de l'enquête. Il permet d'identifier chaque site et de le caractériser selon plusieurs dimensions :

- La nature et la localisation du site : statut (maison, pôle ou centre de santé), site mono-antenne (cabinet ou centre) ou multi-antennes (cabinets ou centres) et adresses des antennes correspondantes.
- Le processus de création du site : ancienneté de l'exercice pluriprofessionnel, acteurs associés au projet, motivations et objectifs, etc.
- Les statuts juridiques par catégorie de professionnels.
- L'organisation du site : le management, la coordination interne mono et pluriprofessionnelle et externe par catégorie de professionnels, les rôles « avancés » des professionnels (secrétariat, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) et les coopérations pluriprofessionnelles développées.
- La description des locaux et des équipements : l'accessibilité physique, la composition (unité/catégorie), la taille (m²), le matériel médical disponible, l'informatisation (nature de l'équipement et mode d'utilisation), l'information et son partage.
- L'accessibilité horaire et financière : durée d'ouverture hebdomadaire et annuelle, plages horaires d'ouverture et modalités d'accès aux soins et services offerts, participation à la permanence des soins et continuité des soins, pratique du tiers payant et tarification.

Dans ce questionnaire sont également recueillies des informations relatives à leur participation aux différents modules ENMR et les actions et indicateurs mis en œuvre dans ce cadre.

Le questionnaire « Composition » renseigne sur les effectifs par discipline et métier. Pour chacune des années 2008 à 2012, sont recueillis les nombres de professionnels installés (les membres, associés, collaborateurs et/ou salariés) et non installés (remplaçants et/ou stagiaires) pour chacune des trois catégories de professionnels suivantes :

- Professionnels de santé médicaux : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes.
- Professionnels de santé paramédicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, diététiciens, orthophonistes, orthoptistes, opticiens, manipulateurs en électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire, techniciens d'information médicale, autres professionnels paramédicaux.
- Autres professionnels : secrétariat médical, agents administratifs, personnels d'encadrement administratif, autres professionnels.

Le questionnaire « Professionnels » vise à décrire les caractéristiques principales des médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes non disponibles dans les bases de données administratives de l'Assurance maladie. Il permet de disposer de leur numéro ADELI¹⁰, de leurs dates d'arrivée et de départ, de leur ancienneté dans la structure, de leurs autres modes d'exercice ainsi que de la part des honoraires reversés au titre des charges collectives du site. Par ailleurs, pour chacun des professionnels exerçant ou

¹⁰ Ces informations étaient, par ailleurs, essentielles pour extraire les données de l'Assurance maladie afin de constituer la base de données nécessaire à l'évaluation des ENMR.

ayant exercé une activité dans la structure entre 2010 et 2012, il renseigne sur les temps de travail, les temps de remplacement ainsi que sur le nombre de semaines de vacances.

Le questionnaire « Financement » informe sur les montants et les modalités d'utilisation des forfaits perçus par les structures dans le cadre des ENMR, ainsi que sur les montants des autres sources habituelles de financement (subventions diverses hors honoraires versés par l'Assurance maladie pour les structures libérales) et des charges selon différents postes (frais de personnel, loyer et charges locatives, matériel...).

3.3. Le taux de participation des sites

Le taux de participation des sites à l'enquête est relativement élevé (cf. Tableau 1). Les modalités de réponse aux questionnaires varient selon la catégorie de site et le questionnaire. Ainsi, pour les centres de santé, les modalités de réponse ont varié selon le questionnaire. Pour le questionnaire Structure, chaque centre de santé a répondu à un questionnaire. En revanche, pour les questionnaires Composition et Professionnels, deux centres de santé rattachés à un même centre gestionnaire ont rempli un questionnaire commun car certains de leurs professionnels exercent dans les deux structures. De même pour le questionnaire Financement : l'impossibilité d'individualiser les charges et recettes au niveau d'un centre (pour certains des centres de santé rattachés à un même centre gestionnaire) a rendu nécessaire le remplissage d'un questionnaire unique pour les deux centres déjà évoqués mais également pour trois autres rattachés à un même centre gestionnaire.

La non-réponse totale, c'est-à-dire l'absence de réponse à l'ensemble des questions d'un questionnaire, est variable selon le questionnaire considéré même si elle est plus importante pour le questionnaire Financement et/ou pour les pôles.

Tableau 1. La non-réponse totale des sites aux différents questionnaires de l'enquête

	Centres		Maisons		Pôles		Ensemble	
	Sites	%	Sites	%	Sites	%	Sites	%
Questionnaire Structure	36	-	74	-	37	-	147	-
Non complétés	2	5,56	0	0,00	0	0,00	2	1,36
Complétés	34	94,44	74	100,00	37	100,00	145	98,64
Questionnaire Professionnels	35	-	74	-	37	-	146	-
Non complétés	2	5,71	0	0,00	4	10,81	6	4,11
Complétés	33	94,29	74	100,00	33	89,19	140	95,89
Questionnaire Composition	35	-	74	-	37	-	146	-
Non complétés	1	2,86	1	1,35	3	8,11	5	3,42
Complétés	34	97,14	73	98,65	34	91,89	141	96,58
Questionnaire Financement	33	-	74	-	37	-	144	-
Non complétés	4	12,12	6	8,11	7	18,92	17	11,81
Complétés	29	87,88	68	91,89	30	81,08	127	88,19

Source : Enquête sur la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé 2008-2012, Irdes

La non-réponse partielle, c'est-à-dire l'absence de réponse volontaire ou non à certaines questions, est parfois élevée mais concentrée sur certaines questions. Dans certains cas, elle ne concerne que certaines catégories de sites. Pour le questionnaire Professionnels,

elle est difficilement évaluable puisque nous avons pré-rempli les réponses à certaines questions. Sur la base de ces éléments, et compte tenu de la difficulté pour ces sites à colliger leurs réponses, il a été décidé d'exclure de ce travail de recherche les questionnaires associés à six pôles de santé. Au final, l'échantillon de travail considéré est composé de 141 sites : 74 maisons, et 31 pôles et 36 centres.

4. Méthode

4.1. Stratégie d'analyse

L'exploitation des données recueillies est réalisée en deux étapes : d'une part, caractériser les maisons, pôles et centres de santé en fonction des dimensions structurelles, organisationnelles et fonctionnelles retenues et apparaissant comme les plus discriminantes, et, d'autre part, décrire en quoi ces sites se distinguent les uns des autres au regard de ces dimensions. Dans un premier temps, nous présentons donc les principales caractéristiques des sites enquêtés selon les différentes dimensions abordées dans l'enquête. Les résultats sont systématiquement présentés pour chaque variable d'intérêt, dimension par dimension, avec une distinction selon le statut des sites (maison, pôle et centre). Cette étape repose sur des statistiques descriptives et des tests d'indépendance du Chi² ou de Fisher afin de mettre en évidence la présence ou non de différences significatives selon le statut des sites (entre maisons, pôles et centres de santé ou entre maisons et pôles pour les questions ne concernant que les structures libérales). Les résultats disponibles étant foisonnants, nous ne présenterons que les plus saillants obtenus à partir des données les mieux recueillies et discriminant le plus les sites entre eux et/ou mobilisés dans la seconde étape des analyses¹¹. Dans un second temps, nous recourons aux méthodes d'analyses statistiques multidimensionnelles des données afin de tenir compte simultanément de plusieurs dimensions d'intérêt (et non plus deux uniquement) et *in fine* produire une typologie des sites. L'objectif est d'aller au-delà de la dimension « statutaire » des sites (maison, pôle ou centre) afin de mettre en évidence des types de sites ayant des profils semblables, c'est-à-dire dont les profils de répartition sur l'ensemble des modalités sont proches. Plus spécifiquement, nous recourons aux méthodes factorielles dont le principe consiste à décrire dans un nombre de dimensions moindres – par des variables synthétiques (facteurs ou axes factoriels) – les liaisons existantes (proximités et oppositions) entre les individus observés, au travers des variables considérées dans l'analyse. Ces dernières étant qualitatives ou continues, nous procédons à une analyse factorielle de données mixtes (AFDM). Une classification ascendante hiérarchique (CAH) permet ensuite de partitionner les sites étudiés en les regroupant en classes. Chaque classe contient des maisons et/ou pôles et/ou centres de santé ayant un profil voisin tout en se distinguant des autres classes.

Deux séquences distinctes d'AFDM couplée à une CAH sont réalisées successivement. Une première séquence d'analyse porte sur l'ensemble des sites (maisons, pôles et centres de santé). Elle est fortement structurée par une opposition entre les centres d'un côté et les maisons et pôles de l'autre, et donc déséquilibrée en effectifs par classe compte tenu du moins grand nombre de centres participant aux ENMR. Les dimen-

¹¹ L'ensemble de ces résultats est disponible à la demande.

sions caractérisant les classes de maisons et pôles de santé, très déséquilibrées en tailles, sont celles les opposant aux centres : elles ne permettent donc pas de les caractériser spécifiquement. Afin de mieux les différencier, une seconde séquence d'analyses, centrée uniquement sur les maisons et pôles de santé, est entreprise. Au final, ce sont les deux classes de centres de santé issues de la première séquence d'analyse et les trois classes de maisons et pôles de la seconde qui sont combinées et présentées dans la suite de ce document de travail. Les analyses descriptives sont réalisées avec le logiciel SAS 9.3, les méthodes factorielles sont mises en œuvre avec le logiciel Spad 7.3.

4.2. L'analyse factorielle de données mixtes (AFDM)

L'Analyse factorielle de données mixtes (AFDM) permet d'inclure simultanément des variables qualitatives et quantitatives (données dites mixtes) en tant qu'éléments actifs d'une même analyse (Pagès, 2004 ; Escofier et Pagès, 2008). Elle nous a semblé une alternative techniquement plus pertinente et fiable que l'Analyse des correspondances multiples (ACM) qui est la méthode généralement utilisée en présence de données mixtes et applicable après transformation des variables quantitatives en variables qualitatives par codage en classes.

En effet, elle nous assure une stabilité des résultats malgré un nombre de sites composant notre échantillon relativement faible face au nombre sensiblement élevé de variables actives que nous souhaitons intégrer dans l'analyse : 128 sites¹², 12 variables quantitatives et 63 variables qualitatives pour 147 modalités. L'ACM est une méthode éprouvée dès lors que les individus sont suffisamment nombreux, plus d'une centaine ; elle fournit des résultats peu stables en deçà (Pagès, 2004). Une tentative de mise en œuvre d'une ACM sur notre échantillon a confirmé ce constat.

Par ailleurs, cette méthode mobilise les variables continues sans transformation, à l'inverse de l'ACM dont la mise en œuvre requiert un découpage en classes de ces variables. Or, le codage en classes conduit généralement à une perte d'information, dans la mesure où l'appartenance à un intervalle de données est une donnée moins informative que la donnée numérique elle-même. De plus, afin de maintenir un nombre de modalités par variable homogène avec celui des variables qualitatives (majoritairement dichotomiques ou composées de trois modalités), nous aurions été contraints de choisir un nombre de classes relativement faible, ce qui aurait contribué également à réduire l'information disponible.

Au final, l'AFDM présente ainsi l'avantage de pouvoir analyser simultanément l'impact des variables qualitatives et quantitatives : cette méthode revient à réaliser simultanément une Analyse en composantes principale (ACP) sur les variables quantitatives et une ACM sur les variables qualitatives. De fait, les résultats obtenus sont analysables selon les mêmes règles que l'ACP et l'ACM. Il a été démontré que l'AFDM est une méthode équivalente à une Analyse factorielle multiple (AFM) dans laquelle chaque groupe est composé d'une unique variable, quantitative ou qualitative. Nous mettons en œuvre cette méthode à partir du programme d'AFM disponible dans le logiciel SPAD, en introduisant sous forme condensée les variables qualitatives et sous forme brute les

¹² Sur les 141 sites composant notre échantillon d'analyse (cf. partie 4.3 dans ce document).

variables quantitatives (pour une ACP normée), chacune de ces variables représentant donc un groupe (Pagès, 2004).

4.3. Spécifications et critères d'analyses des AFDM

Le choix des variables actives, ou questions actives, retenues dans l'AFDM s'appuie sur deux principes directeurs : retenir un nombre de variables et de modalités associées équilibré par dimension étudiée tout en écartant les variables et modalités non-discriminantes entre les sites du point de vue statutaire (repérées au travers des statistiques descriptives) et en regroupant les variables ou modalités corrélées. Ont donc été introduites en illustratives, les variables ne discriminant pas suffisamment les sites, corrélées avec les variables actives, spécifiques à une catégorie de population, correspondant à des dimensions jugées non pertinentes pour qualifier les sites et/ou correspondant à des variables actives introduites de manière regroupée.

Les sites non répondants ou présentant une participation trop faible aux questions associées aux variables actives sont exclus de l'analyse. Ainsi, 128 sites (69 maisons, 29 pôles et 30 centres) sont considérés dans la première AFDM et 98 dans la seconde. Les réponses manquantes font l'objet d'un traitement différencié selon leur nature. La non-réponse partielle vraie, c'est-à-dire résultant d'un refus de répondre, a constitué une modalité supplémentaire (« non-réponse »), de même lorsque l'absence de réponse résulte d'une question ne concernant qu'une partie des sites (« non concernée »). Lorsqu'elles correspondent à des « sans objet », elles ont été selon les cas reclassées dans la modalité la plus proche (le plus souvent négative) ou en « non concernée ». Par ailleurs, un seuil de ventilation des modalités actives d'effectif inférieur à 7 %¹³ a été appliqué afin de s'affranchir des modalités rares – qui pourraient perturber l'analyse – en les répartissant aléatoirement entre les autres modalités de la variable.

La première AFDM, réalisée sur l'ensemble des sites, repose sur la sélection de 55 variables actives : 12 sont des variables continues et 43 des variables qualitatives associées à 112 modalités après ventilation des modalités rares (127 modalités initialement). Ces variables se répartissent ainsi par dimension : 10 variables qui concernent l'administratif et la composition du personnel, 4 pour les locaux et matériels disponibles, 9 pour l'information et l'informatisation, 8 pour l'accessibilité des soins, 15 pour les rôles professionnels et 9 variables relatives à la coopération externe et interne des professionnels (*cf.* Annexe 1 - Tableau 4 et Tableau 5 pour la description de ces variables). Ainsi, 84 variables illustratives ont été considérées : 15 variables continues et 69 variables qualitatives associées à 193 modalités après ventilation des modalités rares (214 initialement).

La seconde AFDM, réalisée sur l'ensemble des sites libéraux, repose sur une sous-sélection de 52 variables actives¹⁴ : 40 variables qualitatives, auxquelles sont associées 108 modalités apurées des modalités rares (132 initialement) et 12 variables quantitatives. Aussi, 80 variables illustratives, 15 quantitatives et 65 qualitatives ont été introduites auxquelles

¹³ Soit environ 9 et 7 sites pour les première et seconde AFDM.

¹⁴ Le choix des variables actives est identique à la première séquence d'analyse à quelques exceptions près. Des variables ne discriminant pas les maisons et les pôles de santé ont désormais été considérées en variables illustratives tandis qu'à l'inverse, certaines les discriminant fortement ont été introduites.

sont associées 160 modalités (194 initialement) [cf. Annexe 1 - Tableau 4 et Tableau 5 pour la description de ces variables].

Il existe différents critères empiriques pour déterminer le nombre d'axes factoriels à retenir pour leur interprétation : le critère de Kaiser, le test du coude... Nous choisissons le critère de Kaiser qui consiste à retenir les axes dont l'inertie est supérieure à l'inertie moyenne apportée par un axe : celle-ci est respectivement égale à 0,976 et 1,028 pour les première et seconde AFDM. Sur la base de ce critère, nous retenons respectivement les 25 et 27 premiers axes obtenus, expliquant 75,9 % et 78,3 % de l'inertie totale (cf. Annexe 2).

4.4. La classification ascendante hiérarchique (CAH)

Une classification ascendante hiérarchique (CAH) est mise en œuvre à partir des facteurs obtenus à l'issue de l'AFDM.

La CAH repose sur une méthode ascendante de construction d'un arbre hiérarchique obtenu en procédant à de multiples partitions successives et emboîtées des sites à classer. En considérant chaque site comme appartenant à une classe distincte (partition la plus fine), il s'agit de regrouper deux à deux les éléments (site et/ou classe de sites) les plus ressemblants jusqu'à l'obtention d'une seule classe (partition la plus grossière). Le regroupement des classes repose sur l'utilisation du critère d'agrégation de Ward (critère de la variance) qui consiste à réaliser à chaque étape un regroupement qui minimise l'augmentation de la variance interne de chaque classe (inertie intra-classe) et maximise l'augmentation de la variance entre les classes (inertie interclasse). Cet algorithme de regroupement permet d'obtenir à chaque étape de la construction de l'arbre hiérarchique des classes de sites les plus différentes les unes des autres mais composées des sites les plus ressemblants.

Quelles que soient les partitions optimales qu'il est possible d'obtenir à partir de cette CAH, nous souhaitons compte tenu de la taille de nos échantillons obtenir des partitions composées au minimum de 3 classes et au plus de 4 classes afin de disposer d'effectifs suffisants dans chacune de ces classes. Ce choix est guidé a priori par l'hypothèse que nos trois types de sites se différencieront globalement dans des classes différentes. Au final, une partition en 4 classes est considérée pour l'ensemble de l'échantillon et une partition en 3 classes pour le sous-échantillon de maisons et pôles. Une étape de consolidation par agrégation autour des centres mobiles permet d'optimiser la partition choisie en améliorant l'homogénéité des sites à l'intérieur des classes. Elle consiste à réaffecter à chaque itération les sites aux classes dont le centre de gravité est le plus proche, la procédure s'arrêtant lorsque l'inertie interclasse n'augmente plus de façon significative. Une consolidation avec 10 itérations maximum est choisie (le plus souvent la stabilité de la partition est obtenue avant).

Le nombre d'axes factoriels à retenir pour mettre en œuvre les deux CAH à l'issue des AFDM résulte d'un travail exploratoire pas à pas. Sachant que la typologie, la taille des classes et leur interprétation sont sensibles au nombre d'axes factoriels introduits, plusieurs classifications ont été réalisées en faisant varier celui-ci. Le nombre de facteurs à considérer repose sur un arbitrage entre conserver un nombre d'axes apportant un niveau d'information suffisant pour classer au mieux les sites mais pas trop élevé afin

de ne pas introduire de « bruit statistique ». Aussi, notre démarche consiste-t-elle à faire varier ce nombre entre un minimum expliquant au moins 50 % de l'inertie totale, soit respectivement 11 et 12 facteurs pour les analyses sur l'ensemble des sites et sur le sous-échantillon (hors centres), et un nombre maximum correspondant aux nombres d'axes retenus sur la base du critère de Kaiser, soit respectivement les 25 et 27 premiers axes.

Le choix final du nombre d'axes à conserver a reposé sur un ensemble de critères à optimiser concernant les partitions en 3 et/ou 4 classes qui seraient obtenues : disposer d'effectifs suffisants (au moins égal à 10 sites) dans chacune des classes ; disposer d'effectifs suffisants concernant le nombre de sites pour lesquels un témoin exerçant isolément (structure mono disciplinaire libérale) a été construit dans le cadre de l'évaluation des ENMR ; obtenir des classes les plus discriminantes entre elles selon le statut de sites (maisons et/ou pôles et/ou centres) ; si possible, obtenir deux classes distinctes de centres et/ou de maisons de santé. D'autres critères plus qualitatifs ont été également retenus : repérer les partitions les plus fréquemment et/ou systématiquement obtenues ; analyser les changements de classe des sites entre partitions avec un même nombre de classes. Ainsi, 15 facteurs ont été retenus pour réaliser la CAH sur l'ensemble de l'échantillon et 17 facteurs sur le sous-échantillon de maisons et pôles de santé (cf. Annexe 3 pour la description de l'arbre hiérarchique).

5. Résultats

Les principaux résultats de cette recherche sont présentés en deux sections pouvant être lues indépendamment l'une de l'autre. La première partie vise à présenter un état des lieux général de l'ensemble des maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR. A partir d'analyses bivariées, toutes les dimensions explorées dans l'enquête sont décrites selon les différentes catégories de sites (maison, pôle ou centre de santé). La seconde partie décrit les cinq classes de maisons, pôles et centres de santé élaborées à partir d'analyses multivariées sur un sous-échantillon de 128 sites pour lesquels nous disposons d'un niveau de réponse suffisant aux questions associées aux dimensions considérées dans la construction de la typologie. Pour cette seconde partie exclusivement, l'Annexe 4 de ce document présente des résultats descriptifs de ces classes au regard des dimensions considérées.

5.1. Caractéristiques des sites participant aux ENMR

Les statistiques sont présentées sur la base des 141 sites répondants, soient 74 maisons, 31 pôles et 36 centres de santé. Chaque pourcentage indiqué ne tient compte que des sites ayant indiqué une réponse à la question analysée.

5.1.1. Ancienneté, processus de création et d'implantation géographique, statut juridique

L'ancienneté du site est extrêmement variable entre les catégories de sites participant aux ENMR ($p = 0,000^{15}$) et au sein de chacune de ces catégories. Les centres de santé

¹⁵ La « p-value » indiquée renvoie à un test de Chi2, ou le cas échéant, de Fisher. Il décrit la significativité du test d'indépendance réalisé entre la question étudiée et la catégorie de sites (maison, pôle, centre de santé).

sont des structures assez anciennes : 79 % d'entre eux déclarent avoir ouvert leurs structures avant les années 2000 et, parmi eux, près de la moitié a ouvert entre 1935 et 1970, un tiers dans les années 1970 et 20 % dans les années 1980-1990. A l'inverse, les maisons de santé sont plus récentes : 50 % ont été créées entre 2008 et 2010 et 20 % depuis 2011. Seules 11 % d'entre elles sont antérieures à 2000 et 19 % ont été créées entre 2000 et 2007. Les pôles de santé sont encore plus récents, étant tous postérieurs à 2000 : 10 % ont été créés entre 2000 et 2007, 31 % entre 2008 et 2010 et 59 % depuis 2011.

Pour autant, la notion d'ancienneté pour les maisons et les pôles de santé est imprécise tant la datation de l'ouverture du site peut correspondre à celle de sa « requalification » et donc être plus récente que celle d'un exercice sous une forme regroupée et pluriprofessionnelle. Ainsi, une structure sanitaire préexistait pour 36 % des maisons de santé et 73 % des pôles de santé ($p = 0.001$). Pour les maisons, cette structure préexistante se présentait sous la forme d'un ou plusieurs cabinets de médecins généralistes uniquement (83 %) ou associés à des cabinets d'infirmiers (50 %) ou associés simultanément à des cabinets infirmiers et pluridisciplinaires (33 %). Pour les pôles de santé, plus fréquemment concernés, elle se présentait également le plus souvent sous la forme d'un ou plusieurs cabinets de médecins généralistes (86 %) uniquement ou associés à des cabinets d'infirmiers (86 %) ou à la fois à des cabinets d'infirmiers et pluridisciplinaires (41 %).

L'ancienneté des centres de santé et la structuration en multi-sites des pôles résultant le plus souvent d'une activité collective préexistante font que ces sites ne sont pas ou peu concernés par la construction d'un nouveau bâtiment. Ce n'est pas le cas pour les maisons de santé ayant déclaré qu'aucune structure sanitaire ne préexistait déjà (64 %). En effet, leur création a très majoritairement donné lieu à la construction d'un nouveau bâti (82 %), d'où l'importance du projet architectural. De plus, pour 36 % d'entre elles, ce sont les professionnels de santé qui ont décidé seuls du lieu d'implantation, pour 49 % la décision a été prise en commun avec les élus. Rares sont les maisons de santé pour lesquelles la décision n'implique que les élus (4 %). Pour les quelques pôles de santé concernés (27 %), ce sont également majoritairement les professionnels de santé qui ont décidé du lieu d'implantation du nouveau bâti, seuls (50 %) ou conjointement avec les élus (38 %). Les porteurs de projets de ces sites posent comme premier argument présidant au choix du lieu d'implantation l'opportunité et, en second, les besoins de la population. Les maisons et pôles de santé mettent ensuite principalement en avant l'attractivité pour les professionnels, l'accessibilité au site et la proximité des services à la personne, médicaux ou médicaux-sociaux. Pour les centres de santé, la proximité des services médicaux ou médico-sociaux est le principal autre critère désigné.

La quasi-majorité des centres de santé ont une activité polyvalente (86 %). Ils relèvent pour la plupart d'un statut municipal (49 %) ou associatif (23 %) et, plus rarement, du régime des mines ou mutualiste. Aussi, les centres de santé polyvalents considérés sont tous municipaux. Plus de la moitié des centres de santé de l'échantillon (56 %) sont rattachés à un même centre gestionnaire. Ces « antennes » de centres de santé, souvent au nombre de deux ou trois, sont situées à des adresses différentes. Les locaux sont le plus souvent mis gratuitement à disposition des centres de santé (48 %), sinon les

Au seuil d'incertitude de 5 %, disposer d'une p-value inférieure à 0,005 signifie que l'on rejette l'hypothèse d'indépendance, c'est-à-dire qu'il existe une différence significative entre les différentes catégories de sites concernant leur ancienneté. Une p-value supérieure à 0,005 signifie que l'on ne peut conclure quant à une différence significative entre les différentes catégories de sites selon leur ancienneté.

centres sont locataires (34 %), voire propriétaires (21 %). Tous les pôles de santé sont multi-sites et déclarent le plus souvent 9 antennes, dont 6 avec au moins un médecin généraliste et/ou un infirmier et/ou un masseur-kinésithérapeute.

Pour les maisons et les pôles de santé, les statuts juridiques pour lesquels au moins un professionnel de santé est signataire peuvent être multiples. Les principaux statuts déclarés regroupent la Sisa (respectivement 80 % et 63 %) ¹⁶, l'association (54 % et 67 %) ou la Société civile de moyens (SCM, 58 % et 40 %), assez fréquemment avec une Société civile immobilière (SCI, 38 % et 23 %). Les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes sont moins souvent impliqués dans la SCI. Dans près de 97 % des maisons de santé et 90 % des pôles, au moins un des médecins généralistes est propriétaire des locaux, cela concerne un site sur 2 pour les infirmiers et 36 % des maisons de santé, et 50 % des pôles pour les masseurs-kinésithérapeutes. Au moins un membre du site est propriétaire des locaux dans 93 % des maisons de santé et 71 % des pôles dans lesquels au moins un professionnel est signataire de la SCI.

Tous les sites sauf exception déclarent avoir un projet de santé ou d'établissement formalisé ; deux tiers déclarent le suivre, voire l'évaluer.

5.1.2. Taille, composition des équipes, temps de travail, équipement et système d'information

Comparés aux maisons et pôles de santé, les centres sont très hétérogènes en taille : ils présentent une surface moyenne de 927 m², variant de 110 à 4 100 m² selon les sites. En moyenne, 9 salles de consultation de 26 m² sont dédiées aux soins de médecine générale, 2 salles de 31 m² aux soins infirmiers, 1 salle de 58 m² à la masso-kinésithérapie ; 4 salles sont proposées comme espace d'accueil ou d'attente et 2 sont consacrées aux réunions, à la prise de repas et/ou au repos. Les maisons de santé déclarent en moyenne une surface de 551 m², 6 salles de consultation de médecine générale de 30 m², 1 salle de soins infirmiers de 24 m² et 2 salles de masso-kinésithérapie de 75 m². Ces sites disposent également de 4 espaces dédiés à l'accueil ou à l'attente et d'une salle dédiée aux réunions, à la prise de repas et/ou au repos. Les pôles de santé présentent en moyenne une surface de 678 m², 9 salles de consultation de médecine générale de 39 m², 2 salles de soins infirmiers de 25 m² et 3 salles de masso-kinésithérapie de 69 m². En moyenne, 7 salles sont dédiées à l'accueil ou à l'attente et 2 aux réunions, à la prise de repas et/ou au repos.

En 2012, le nombre des professionnels médicaux (médecins généralistes, spécialistes...) déclarés comme installés dans les centres de santé (non remplaçants ou stagiaires) est de 14,1 en moyenne, ce qui est nettement supérieur à celui des maisons et pôles de santé avec respectivement 5,3 et 7,9 professionnels. En revanche, avec 7,8 professionnels paramédicaux installés, les centres de santé apparaissent moins dotés que les pôles et les maisons de santé avec respectivement 13,6 et 8,2 professionnels installés. Les centres de santé se distinguent par ailleurs par un nombre élevé d'autres professionnels (administratif, secrétariat) : 12,5 contre 3,2 et 5 professionnels respectivement pour les maisons et pôles de santé. La variété de cette catégorie de professionnels y est également plus importante.

¹⁶ Signalons qu'au moment de la passation des questionnaires, il était normal de trouver des sites n'ayant pas encore constitué de Sisa, le décret d'application de ce statut ayant été publié en mars 2012.

Sur la base du recensement des numéros ADELI effectué, nous dénombrons en moyenne 6,4 médecins généralistes présents dans les centres de santé en 2012, avec une grande dispersion (entre 2 et 17 médecins généralistes). Ces sites déclarent par ailleurs 5,9 médecins généralistes installés et 1,8 non installés¹⁷. En termes d'activité, les centres de santé déclarent que les médecins généralistes travaillent près de 25 heures par semaine et prennent 5,7 semaines de vacances par an (soit un équivalent temps-plein annuel moyen de 3,5). Ils déclarent également 3,9 infirmiers en moyenne, 3,9 installés et 1,5 non-installés, travaillant 27,5 heures par semaine et prenant 6,3 semaines de vacances par an (soit 3,8 ETP). Les centres de santé ont en moyenne 0,9 masseur-kinésithérapeute, 1,1 installés et 0,2 non installés, travaillant 26 heures par semaine en moyenne et prenant 6,1 semaines de vacances par an (1,7 ETP).

Dans les maisons de santé exercent en moyenne 4,2 médecins généralistes installés et 3,3 qui ne le sont pas. Quel que soit ce statut d'installation, ils déclarent travailler 49 heures par semaine et prendre 6,2 semaines de vacances par an (5,8 ETP). Les maisons de santé déclarent en moyenne 3,8 infirmiers travaillant près de 48 heures par semaine et prendre 5,4 semaines de vacances par an (4,5 ETP). Les maisons de santé ont en moyenne 1,6 masseurs-kinésithérapeutes déclarant travailler 49 heures par semaine et prenant 5,1 semaines de vacances par an (3,5 ETP).

Les pôles de santé ont en moyenne 6,9 médecins généralistes qui travaillent près de 44 heures par semaine et prennent 6 semaines de vacances par an (7,6 ETP). En moyenne, ils déclarent également 7,4 infirmiers travaillant 46,5 heures par semaine et prenant 4,1 semaines de vacances par an (10,1 ETP). En moyenne, les masseurs-kinésithérapeutes sont au nombre de 2,7, ils déclarent travailler 43 heures par semaine et prendre 5,1 semaines de vacances par an (5,4 ETP).

Le travail à temps partiel est plus développé dans les centres de santé que dans les maisons et pôles de santé qui présentent à ce titre des caractéristiques communes. Les centres de santé disposent en moyenne de 11 équipements sur une liste prédéfinie de 27 (par exemple : oxymètre, appareil de mesure de la glycémie, spiromètre, électrocardiogramme, mesure ambulatoire de la pression artérielle, tensiomètre) ; les maisons et pôles de santé sont encore moins bien équipés que ces derniers avec en moyenne un tiers de ces équipements disponibles dans leurs locaux (voire dans au moins une des antennes pour les pôles de santé).

Dans la quasi-intégralité des maisons et des pôles de santé (pour toutes les antennes ou au moins une) et 85 % des centres de santé, les médecins généralistes gèrent informatiquement les dossiers médicaux des patients ($p=0.000$). Les dossiers médicaux des patients (informatique ou papier) sont partagés entre médecins tant en lecture qu'en écriture dans la majorité des centres de santé (92 %) et maisons (97 %), et dans au moins une des antennes de la moitié des pôles de santé (53 %). Des règles communes de remplissage sont définies dans plus de 7 sites sur 10. Le partage se fait également entre médecins et non médecins (secrétaires et autres professionnels) dans la majorité des centres et maisons de santé (92 % et 97 %) et dans au moins une des antennes d'environ un tiers des pôles de santé (36 %), voire dans 1 pôle sur 5 lorsque le partage n'a lieu

¹⁷ Dans la perspective d'une description plus précise des effectifs des professionnels présents dans la structure, nous avons distingué parmi les professionnels présents les non installés (remplaçants ou stagiaires) des installés (les membres, associés, collaborateurs ou salariés). Seule la notion de professionnels installés est mobilisée dans la typologie.

qu'entre médecins et secrétaires uniquement. Dans l'ensemble, les infirmiers utilisent également l'informatisation pour gérer les dossiers infirmiers des patients : c'est le cas pour les deux tiers des centres et des maisons de santé et dans au moins une antenne de 60 % des pôles de santé. Le même logiciel est utilisé par tous les infirmiers présents au sein du site dans tous les centres de santé, dans 80 % et 86 % des maisons et pôles de santé.

Alors que la télétransmission des feuilles de soins électroniques est systématique dans les maisons de santé et dans au moins une des antennes des pôles de santé, elle ne concerne que la moitié des centres de santé (56 %) [$p = 0.000$]. Les autres fonctionnalités informatiques régulièrement utilisées par les médecins des maisons de santé concernent la réception/télétransmission par Internet des résultats de biologie (91 %) ou de comptes rendus et courriers (70 %), l'aide à la prescription (83 %), l'édition de notes de synthèse (59 %), l'extraction de listes de patients porteurs d'une pathologie donnée (63 %), inscrits médecin traitant (55 %), à relancer pour des examens de prévention (44 %) ou encore porteurs d'une caractéristique donnée comme l'âge ou le sexe (44 %). Dans les pôles de santé (pour toutes les antennes ou au moins une), ce sont également principalement la réception/télétransmission par Internet des résultats de biologie (100 %) ou de comptes rendus et de courriers (56 %), l'aide à la prescription (84 %), l'édition de notes de synthèse (84 %), l'extraction de listes de patients inscrits médecin traitant (47 %) ou porteurs d'une pathologie donnée (47 %). Les centres de santé se distinguent des maisons et pôles de santé par l'utilisation régulière de l'aide à la prescription (78 %), la réception/télétransmission des résultats de biologie par Internet (56 %), l'extraction de listes de patients inscrits médecin traitant (54 %), porteurs d'une caractéristique donnée (54 %) ou composant leur file active (50 %), l'édition de notes de synthèse (50 %).

5.1.3. Management, coordination et utilisation des fonds ENMR

Le management des maisons et pôles de santé est assuré a minima par un professionnel de santé du site (médecin ou non) à titre bénévole (54 % et 43 %) et/ou un professionnel de santé du site (médecin ou non) avec indemnisation (34 % et 46 %) et/ou par un salarié du site n'exerçant pas d'activité de soins (18 % et 36 %). Dans les centres de santé, le management n'est jamais exercé à titre bénévole ; il est réalisé le plus souvent par un professionnel de santé salarié du site (45 %) et/ou par un salarié provenant d'un organisme extérieur n'exerçant pas d'activité de soins dans le site (45 %).

En matière de coordination, des réunions ou échanges formels, réguliers, mono et pluriprofessionnels entre professionnels de santé sont très fréquemment mis en place dans les sites, tant pour la gestion et le management de l'équipe de soins que pour des questions d'ordre médical.

Ces échanges formels sur des questions d'organisation donnent lieu à l'établissement de listes d'émargement plus fréquemment dans les pôles de santé (92 %) que dans les maisons (77 %) et centres de santé (61 %) [$p = 0.031$] et à la rédaction de comptes rendus quasi-systématiquement ($p = 0.402$). Lorsqu'elles portent sur des questions médicales, la rédaction des listes d'émargement ou des comptes rendus de réunions est nettement plus fréquente dans les pôles de santé que dans les maisons ou les centres de santé ($p = 0.003$; $p = 0.004$). Ainsi, les listes d'émargement et les comptes rendus de réunions sont élaborés quasi-systématiquement dans les pôles de santé (95 % et 96 %), dans les deux tiers des maisons de santé, et par la majorité des centres de santé (57 % et 76 %).

Par ailleurs, le rythme de ces échanges formels est plus fréquent dans les maisons de santé que dans les centres ou pôles de santé. Ainsi dans les centres de santé, ces échanges se déroulent indifféremment toutes les semaines, mois ou trimestres, entre médecins généralistes dans 77 % des sites lorsqu'ils portent sur des questions d'organisation et 85 % pour les questions médicales. Lorsqu'elles sont organisées entre infirmiers, le rythme de ces réunions organisationnelles et médicales est plus fréquent : 33 % et 22 % toutes les semaines, 40 % et 30 % tous les mois ou trimestres. En revanche, elles ne sont pas organisées respectivement dans 23 % et 44 % des centres de santé. Dans les maisons de santé, le rythme de ces rencontres est plus fréquent que dans les centres et les pôles de santé. En effet, entre médecins généralistes, ces échanges sur des questions organisationnelles et médicales ont lieu dans plus d'une maison de santé sur deux toutes les semaines (54 % et 53 %) ou tous les mois pour un quart d'entre elles (24 % et 25 %). Entre infirmiers, ces réunions ont lieu également le plus souvent de manière hebdomadaire (43 % et 48 %), voire mensuellement ou trimestriellement (28 % et 19 %) ; toutefois, elles ne sont pas organisées dans un quart d'entre elles (26 % et 31 %). Dans les pôles de santé, les réunions monoprofessionnelles entre médecins généralistes ont lieu indifféremment toutes les semaines ou tous les mois (68 % et 79 %) ; de même pour celles organisées entre infirmiers (39 % et 45 %). En revanche, près de la moitié des pôles de santé n'organise aucune réunion entre infirmiers (46 % et 48 %).

Les réunions pluriprofessionnelles organisées sur ces questions organisationnelles et médicales, entre médecins généralistes et infirmiers, le sont à un rythme plus fréquent dans les maisons et les pôles de santé que dans les centres. Dans les centres, elles ont lieu le plus souvent tous les semestres (23 % et 19 %), voire tous les mois (20 % et 26 %). Elles ont lieu le plus souvent tous les mois (29 % et 23 %) ou toutes les semaines (21 % et 31 %) dans les maisons de santé tandis que dans les pôles de santé elles sont organisées mensuellement (32 % et 45 %). En revanche, ces réunions ne sont pas organisées dans de nombreux sites, tant parmi les centres de santé (37 % et 30 %) que dans les maisons de santé (26 % et 31 %) que dans les pôles de santé (39 % et 41 %).

Les réunions monoprofessionnelles entre masseurs-kinésithérapeutes sont organisées surtout dans les maisons de santé et les pôles, plus fréquemment sur des questions organisationnelles (44 % et 269 %) que médicales (33 % et 21 %).

Des échanges pluriprofessionnels et réguliers sont mis en place pour la gestion des cas complexes dans trois quarts des maisons, pôles et centres de santé ($p = 0.988$). Cependant, ces échanges ne font l'objet d'une protocolisation que pour à peine plus d'un tiers d'entre eux : environ 40 % des centres et pôles de santé et un tiers des maisons de santé ($p = 0.496$).

Des projets ou processus de coopération régulière entre les professionnels de santé et/ou les autres professionnels ont été mis en place dans les trois quarts des centres de santé (77 %) et des pôles de santé (79 %) et dans plus de la moitié des maisons de santé (58 %) [$p = 0.063$].

Le suivi et la prise en charge des patients souffrant de maladie chronique s'appuient sur des protocoles formalisés (formulaires, aide-mémoires, dossiers partagés...) dans la plupart des centres de santé (84 %) et dans près des deux tiers des maisons (61 %) et pôles de santé (66 %) [$p = 0.061$]. Le nombre de champs d'action de ces protocoles est en moyenne de trois et il s'agit le plus souvent de protocoles de suivi du diabète

(Asalée ou autre sans précision), de protocoles de conduites à tenir (piqûre, pansements, vaccination, dépistage, dosages d'anti-vitamines K ou d'insuline) et, dans une moindre mesure, de protocoles de suivi (l'hypertension artérielle, des hépatites ou à domicile) ou de dépistage.

La majorité des structures répondantes déclare avoir une collaboration ou une coordination régulière avec des services ou institutions inscrits sur le territoire : c'est le cas pour la quasi-totalité des centres de santé (90 %) et des pôles de santé (90 %) et les trois quarts des maisons de santé (72 %) [$p = 0.043$]. Quel que soit le type de site, il s'agit le plus fréquemment de collaboration ou de coordination avec des services ou institutions médicaux et médico-sociaux, également de types sociaux pour les centres de santé. La quasi-majorité des pôles de santé (93 %) et la majorité des centres et maisons de santé (84 % et 88 %) participent à un ou plusieurs réseaux ($p = 0.545$) et/ou ont développé, par ailleurs, une collaboration régulière avec des professionnels de santé extérieurs au site : 77 % des centres, 71 % des maisons et 83 % des pôles de santé ($p = 0.445$).

A l'exception de quelques maisons et pôles de santé (4 % et 14 %), la majorité des sites déclare disposer d'un secrétariat. Dans la quasi-totalité des centres de santé répondants, le secrétariat est commun à l'ensemble des professionnels de santé ; il n'est que très exceptionnellement dédié exclusivement aux médecins (6 %). Dans les maisons de santé, il est plus fréquent que tous les professionnels de santé bénéficient du secrétariat (59 %) ou que ce soit uniquement les médecins (32 %). A l'inverse, dans les pôles de santé, ce sont fréquemment les médecins qui bénéficient exclusivement du secrétariat (54 %) ou tous les professionnels de santé (32 %).

Les montants des financements ENMR perçus par les sites ainsi que les modalités de leur utilisation varient significativement selon la catégorie de sites considérée. L'absence fréquente de réponses ou, dans certains cas, un faible nombre de sites concernés, induit une certaine variabilité dans les montants déclarés. Aussi, nous présentons les valeurs moyennes et médianes simultanément ainsi que la part des sites concernés ayant précisé les montants.

L'ensemble des centres de santé a souscrit au module pour les missions coordonnées (module 1). En 2012, près des deux tiers des centres de santé concernés (59 %) déclarent avoir perçu en moyenne 50 903 € (40 000 € en valeur médiane) au titre de ce module. De même, les deux tiers des centres de santé (62 %) ont souscrit au module relatif aux nouveaux services aux patients (module 2) et, selon un quart des centres de santé concernés, ils ont reçu à ce titre 33 420 € en moyenne (21 800 €). L'utilisation de ces fonds pour l'indemnisation ou la compensation du temps consacré à la coordination entre professionnels est majoritaire parmi les centres de santé (79 %) et, en moyenne, 27 234 € y sont consacrés (23 587 €) selon les montants déclarés par deux tiers des centres concernés (68 %), majoritairement sur la base de montants variables selon les disciplines et/ou professions (78 %). Plus d'un tiers des centres de santé (38 %) consacre également ces ressources à l'indemnisation ou au salariat des personnes en charge du management du site ; près de la moitié de ces centres (44 %) déclarent que ce sont 30 729 € qui y sont dédiés en moyenne (30 680 €). De rares centres de santé financent des frais liés aux locaux (13 %).

La quasi-totalité des maisons de santé (97 %) a souscrit au module pour les missions coordonnées, avec un montant moyen perçu s'élevant à 44 364 € (41 420 € en valeur

médiane) selon les déclarations des trois quarts des maisons de santé concernées. Le module 2 a été, quant à lui, souscrit par 43 % des maisons de santé ; la moitié de ces maisons de santé concernées, déclarent avoir perçu en moyenne 19 826 € (14 000 €) au titre du module 2. Les subventions ENMR perçues sont consacrées par la quasi-majorité des maisons de santé (94 %) à l'indemnisation ou à la compensation du temps consacré à la coordination entre professionnels ; les trois quarts des maisons de santé concernées (78 %) déclarent qu'en moyenne 18 450 € y sont dédiés (12 440 €), le plus souvent sur la base de montants fixes (56 %), non modulés selon les disciplines et/ou professions. Elles sont 57 % à également allouer ces ressources à l'indemnisation salariale ou forfaitaire de personne(s) en charge du management du site, 8 961 € en moyenne (5 000 €) selon les montants indiqués par les trois quarts de ces maisons de santé (78 %), et 59 % à l'achat de matériel et/ou d'équipement avec 6 760 € en moyenne (3 500 €) consacrés selon la déclaration des trois quarts des maisons de santé concernées (76 %). Certaines maisons de santé contribuent à financer d'autres frais (secrétariat, juridique, formation).

A l'instar des maisons de santé, la quasi-majorité des pôles de santé (94 %) a souscrit au module 1 avec un financement moyen perçu égal à 69 131 € (54 523 € en valeur médiane) selon les déclarations des deux tiers des pôles de santé concernés. A peine la moitié des pôles de santé a souscrit au module 2 ; un pôle de santé concerné sur trois a indiqué les montants perçus et déclarent avoir reçu 19 210 € en moyenne à ce titre (18 000 €). Comme les maisons de santé, la quasi-majorité des pôles (96 %) alloue les ressources ENMR perçues à l'indemnisation ou à la compensation du temps consacré à la coordination entre professionnels, 27 180 € en moyenne (22 700 €) déclarés par la quasi-majorité des pôles de santé (95 %), principalement sur la base de montants fixes (80 %). Ils sont également 74 % à consacrer ces ressources à l'indemnisation salariale ou forfaitaire de personnes en charge du management du site, 16 843 € en moyenne (12 775 €) déclarés par la quasi-majorité des pôles (94 %) et 57 % à l'achat de matériel ou d'équipement, 12 557 € en moyenne (8 579 €) y sont dédiés selon les trois quarts des pôles concernés (77 %), voire pour une partie à d'autres frais (formation, secrétariat, juridique).

5.1.4. Rôles professionnels et coopération interprofessionnelle

Si la quasi-intégralité des sites déclare disposer d'un secrétariat, 14 % des pôles de santé n'en déclarent pas. Dans la quasi-totalité des centres de santé, il est commun à l'ensemble des professionnels de santé et n'est qu'exceptionnellement dédié aux seuls médecins. Dans les maisons de santé, le secrétariat est dans la majorité des cas commun à tous les professionnels (59 %) ou sinon le plus souvent dédié aux seuls médecins (32 %). La situation est inversée pour les pôles de santé, le secrétariat étant le plus souvent dédié aux médecins uniquement (54 %) ou sinon commun à tous les professionnels (39 %).

Les secrétaires assument des rôles et fonctions qui varient fortement selon le statut des sites. Ainsi, les secrétaires assument des rôles d'accueil téléphonique et physique systématiquement dans les centres de santé, presque toujours dans les maisons de santé (95 %) et souvent dans les pôles de santé (88 % et 79 %) [$p = 0.139$; $p = 0.009$] ; il en est de même pour la prise de rendez-vous (97 % des maisons et 71 % des pôles de santé) [$p = 0.000$]. Elles sont également fréquemment mobilisées pour la gestion des dossiers médicaux, dans 90 % des centres, 92 % des maisons et 75 % des pôles de santé ($p = 0.083$). Dans 59 % des maisons, 42 % des pôles et 26 % des centres de santé, les

secrétaires participent à la délivrance de conseils ou d'informations de nature médicale au patient ($p = 0.008$).

Dans les centres de santé, le personnel de secrétariat est quasi systématiquement mobilisé pour l'encaissement (97 %), très majoritairement pour l'aide à l'ouverture de droits ou l'accompagnement dans les démarches administratives et sociales (71 %), la gestion des consommables (61 %) et souvent pour la coordination avec les professionnels extérieurs au site ou en institution (52 %) ; il l'est plus rarement pour la comptabilité ou d'autres rôles d'organisation au sein du centre de santé. Dans les maisons de santé, le personnel de secrétariat est très largement mobilisé pour la coordination avec les professionnels extérieurs au site ou en institution (79 %) et la gestion des consommables (76 %), majoritairement pour la comptabilité (53 %), l'organisation, la gestion ou maintenance de la structure (52 %), et plus rarement pour l'aide à l'ouverture de droits (35 %) ou l'encaissement (23 %). Dans les pôles de santé, le personnel de secrétariat est majoritairement mobilisé pour la gestion des consommables (63 %), fréquemment pour la coordination avec les professionnels extérieurs au site ou en institution (46 %) comme pour la comptabilité (46 %) ou l'organisation de la structure (38 %) et, plus rarement, pour l'aide à l'ouverture de droits (25 %), la gestion ou maintenance de la structure (21 %) ou l'encaissement (17 %).

Tout comme les secrétaires, les infirmiers assument des rôles et fonctions particuliers allant au-delà de la délivrance de soins infirmiers en centre, cabinet ou à domicile, dans les trois quarts des maisons, pôles et centres de santé ($p = 0.979$). L'implication des infirmiers dans l'éducation thérapeutique du patient chronique est aussi fréquente en centre de santé qu'en maison ou pôle où elle concerne plus des trois quarts de ces sites ($p = 0.39$). En revanche, sur d'autres dimensions, on distingue des rôles et fonctions exercées par les infirmiers qui diffèrent selon le type de structures. Ainsi, les infirmiers assurent dans deux tiers des centres de santé, contre environ un tiers des maisons ou pôles de santé, l'accueil physique, voire la consultation ou l'orientation des demandes urgentes ($p = 0.003$) ou non programmées ($p = 0.028$). L'accueil téléphonique, le conseil ou l'information du patient pour les demandes urgentes ou non programmées sont également plus souvent assumés par les infirmiers dans les centres de santé (52 %) que dans les maisons (29 %) et, a fortiori, dans les pôles de santé (14 %) [$p = 0.020$]. De même, la préparation de l'amont de la consultation comme le suivi de l'aval sont également plus courants en centres (30 % et 44 %) qu'en maisons (10 % et 24 %) ou en pôles de santé (18 % et 23 %) [$p = 0.076$; $p = 0.171$]. En revanche, le suivi des anti-vitamines K (AVK) pour les patients sous traitement anticoagulant mobilise les infirmiers plus fréquemment dans les maisons et pôles de santé (51 % et 64 %) que dans les centres de santé (43 %). Globalement, la coordination des parcours de soins complexes (comme celle des patients avec polyopathologies chroniques) est plus rare et concerne 22 % des maisons, 36 % des pôles et 30 % des centres de santé ($p = 0.391$). Les infirmiers n'assument donc pas les mêmes rôles et fonctions en maison, pôles et centres de santé, ce qui est dû à leur statut et à leur mode de rémunération. Travaillant principalement dans les centres de santé, les infirmiers y sont salariés dans les centres et n'interviennent pas au domicile à l'inverse des infirmiers exerçant en maisons ou pôles de santé. Ces derniers, travaillant en libéral, réalisent l'essentiel de leur activité au domicile des patients.

Les masseurs-kinésithérapeutes, présents dans 50 % des centres de santé, 77 % des maisons et 77 % des pôles y sont majoritairement impliqués dans : le suivi des lombalgies

chroniques, la prévention et la rééducation des troubles de la marche chez les personnes âgées, le diagnostic et la prise en charge de pathologies cardio-respiratoires et, souvent, la prévention des troubles musculo-squelettiques et le suivi des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques.

5.1.5. Les nouveaux services aux patients : les programmes d'éducation thérapeutiques du patient

Un site sur deux déclare avoir souscrit au forfait des nouveaux services aux patients des ENMR (module 2) : 62 % des centres de santé, 43 % des maisons et un pôle de santé sur deux ($p = 0.202$). En moyenne, un seul programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) est mis en place dans les centres ou les pôles de santé contre deux pour les maisons de santé. Par ailleurs, 59 % des maisons de santé déclarent mettre en œuvre au moins deux programmes d'ETP.

L'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 est le programme le plus fréquemment réalisé par les sites concernés par le module 2 : 78 % des centres de santé ayant décrit leurs programmes d'ETP, 55 % des maisons et 79 % des pôles de santé. Dans 72 % des maisons de santé, on trouve également des programmes dédiés à l'éducation thérapeutique des patients avec facteurs de risques et/ou maladies cardio-vasculaires. Par ailleurs, ces programmes d'ETP mis en œuvre par les sites sont quasi-systématiquement autorisés par l'ARS. Dans la majorité des sites concernés par le module 2, les patients peuvent choisir les différents créneaux pour participer aux séances de leur programme d'ETP. De plus, le médecin traitant est quasi-systématiquement informé de la participation des patients aux séances.

Les programmes d'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 sont mis en œuvre majoritairement lors de séances collectives et individuelles (hors séances de diagnostic initial et d'évaluation finale) bien que ces dernières soient peu détaillées par les sites dans l'enquête. Globalement, ces deux types de séances sont mis en œuvre simultanément dans deux tiers des sites. En moyenne, les centres de santé prévoient 16 patients par séance collective, ce nombre variant de 5 à 75 patients et étant d'au moins 10 dans la moitié des centres de santé et près de 5 séances collectives par patient. Pour les rares centres de santé qui nous ont donné l'information, près de 2 séances individuelles par patient sont le plus fréquemment prévues. Du côté des maisons de santé, le nombre de patients prévus par séance collective est plus élevé : en moyenne, 13 patients attendus par séance, au moins 9 attendus dans la moitié des maisons de santé et un nombre moyen de 4 séances individuelles par patient. Les rares structures ayant précisé le nombre de séances individuelles par patient en prévoient 3 le plus fréquemment. Dans les pôles de santé, le plus fréquemment, 9 patients par séance et 5 séances collectives sont attendus en moyenne.

Pour ce programme, alors que les médecins généralistes sont systématiquement impliqués dans les centres et maisons de santé, les autres professionnels de santé impliqués varient avec le type de site. Ainsi, dans les centres de santé, en moyenne sont impliqués : 4 médecins généralistes (3 le plus fréquemment), 3 infirmiers (au moins 2 dans la moitié des centres où ils sont impliqués), 1 médecin spécialiste, 1 diététicien. Dans les maisons de santé, ils sont en moyenne : 3 médecins généralistes (un seul le plus souvent et cela dans la moitié des maisons de santé), 2 infirmiers (systématiquement impliqués, le plus souvent au nombre de 2 dans la moitié des maisons), 2 masseurs-kinésithérapeutes

(dans la moitié des sites mais le plus souvent 1) et 1 diététicien. Dans les pôles de santé, sont impliqués en moyenne : 4 médecins généralistes, 3 infirmiers (le plus souvent 1) et 1 diététicien.

Le programme d'éducation thérapeutique des patients présentant des facteurs de risque et/ou des maladies cardiovasculaires est réalisé essentiellement dans les maisons de santé. Des séances collectives et individuelles sont mises en œuvre simultanément dans 71 % des sites concernés. En moyenne, 4 séances collectives sont prévues avec 13 patients par séance (au moins 8 patients dans la moitié des maisons de santé) et environ 4 séances individuelles par patient. Pour ce programme sont impliqués en moyenne : 2,6 médecins généralistes (au minimum et le plus fréquemment 1, et 2 dans la moitié des maisons), 2 infirmiers (au minimum 1), 1,5 masseur-kinésithérapeute et 1 diététicien.

5.1.6. Accessibilité et continuité des soins

Les territoires envisagés lors de la mise en œuvre des projets de sites sont en priorité la commune (64 %) associée ou non au territoire des soins de proximité (42 %), au bassin de vie (27 %) ou au quartier (24 %) pour les centres de santé ; le bassin de vie (54 %), le territoire des soins de proximité (40 %), le canton (31 %), la commune (30 %) ou la communauté de commune (29 %) pour les maisons de santé ; les territoires de soins de proximité (43 %), la communauté de communes (30 %) ou le bassin de vie (20 %) pour les pôles de santé.

La grande majorité des maisons de santé met à disposition des patients un parking (84 %), ce qui n'est pas systématiquement le cas des centres et pôles de santé dont l'implantation plus urbaine en fait des sites aisément accessibles par les transports en commun ($p = 0,000$). Dans la plupart des sites, l'accès et la facilité de circulation à l'intérieur des sites pour les personnes à mobilité réduite est possible, mais avec une fréquence plus importante en maison qu'en pôles ou centres de santé ($p = 0,000$).

Plus de 8 centres de santé sur 10 (81 %), la totalité des maisons et les trois quarts des pôles (74 %) répondants déclarent être ouverts toute l'année. La quasi-majorité des sites est ouverte du lundi au samedi. Le plus fréquemment, les structures, quel que soit leur type, déclarent ouvrir en moyenne et le plus fréquemment 11 demi-journées par semaine. Toutefois, ce résultat masque l'hétérogénéité des structures d'un même type quant au nombre de demi-journées d'ouverture. La durée moyenne quotidienne d'ouverture en semaine, du lundi au vendredi, est plus faible pour les centres de santé, avec une moyenne de 9 heures 30 contre un peu plus de 11 heures pour les maisons de santé et un peu moins de 11 heures pour les pôles. La durée d'ouverture des sites le samedi matin, le plus souvent une demi-journée, est en moyenne de 4 heures 30 pour les centres et les maisons de santé et de 5 heures pour les antennes des pôles de santé. Si la quasi-totalité des centres (90 %) et toutes les maisons de santé déclarent être ouverts le samedi, ils sont rares à l'être le dimanche au contraire d'un tiers des pôles de santé qui déclare l'ouverture d'au moins une de leurs antennes. Les centres de santé se distinguent des autres types de sites puisqu'ils sont 81 % à faire une interruption à la mi-journée contre 27 % des maisons de santé, ces dernières étant ouvertes sans interruption (73 %). Près de la moitié des pôles de santé sont ouverts sans interruption (4 %) tandis qu'un tiers se distingue par un rythme différent selon les antennes les composant (36 %). Au final, la durée d'ouverture hebdomadaire est moins élevée pour les centres de santé que pour les autres types de sites, 53 heures, contre plus de 61 heures pour les maisons de santé

et 58 heures pour les pôles de santé. De plus, ces derniers assurent une continuité des soins plus importante que les centres de santé avec une ouverture quotidienne supérieure à 12 heures dans 55 % des maisons et 56 % des pôles de santé.

L'accès se fait avec ou sans rendez-vous pour la médecine générale, mais uniquement sur rendez-vous dans un tiers des centres de santé et environ 40 % des maisons et pôles de santé. Les soins infirmiers se font avec ou sans rendez-vous dans tous les centres, les deux tiers des maisons et trois quarts des pôles de santé.

Seul un tiers des centres participe à la permanence de soins, principalement sous la forme de régulation libérale contre la quasi-totalité des maisons et pôles de santé (respectivement 88 % et 86 %), le plus souvent sous la forme de régulation libérale mais également sous la forme de gardes de secteur ou au sein du site. Ces permanences sont assurées dans la quasi-majorité des sites les dimanche et jours fériés ainsi que la nuit (20h à 24h, 6h à 8h).

Au sein des centres de santé, le tiers payant pour la part des dépenses de santé prise en charge par l'Assurance maladie est la règle. Cela concerne environ trois quarts des maisons (78 %) et pôles de santé (71 %) [p = 0.001]. Pour la part des dépenses prises en charge par les complémentaires santé, le tiers payant est pratiqué dans la plupart des centres de santé (90 %), de façon plus ou moins complète (50 % des sites le proposent pour plus de 55 complémentaires et 25 % pour plus de 200) tandis que moins d'un tiers des maisons de santé et à peine 20 % des pôles le pratiquent (p = 0.000).

5.2. Typologie en cinq classes des maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR

5.2.1. Conception de la typologie en cinq classes des maisons, pôles et centres de santé

La typologie en cinq classes des maisons, pôles et centres de santé résulte de la sélection et de la combinaison de classes de sites obtenues à l'issue de deux séquences d'analyses réalisées respectivement sur l'échantillon global des sites puis sur le sous-échantillon des sites libéraux.

La première séquence d'analyse réalisée sur l'ensemble des 128 maisons, pôles et centres de santé de l'échantillon aboutit à la sélection d'une partition en quatre classes. Celle-ci oppose les centres de santé « associatifs » et « municipaux » aux sites libéraux, maisons et pôles de santé.

En pratique, nous obtenons deux classes composées exclusivement (classe 2) ou quasi-exclusivement (classe 3) de centres de santé¹⁸ et deux classes mixtes de maisons et pôles de santé ; l'une de taille importante et majoritaire en maisons (classe 1), l'autre composée de la plupart des pôles (classe 4)¹⁹[cf. Tableau 2].

¹⁸ La maison et le pôle de santé classés dans cette seconde classe de centres, l'ont été en raison de leur implantation géographique outre d'autres caractéristiques communes avec les centres composant la classe. Ils seront reclassés dans d'autres classes dans la seconde séquence spécifique aux sites libéraux.

¹⁹ Précisons qu'une partition moins fine en 3 classes regroupe les deux classes de centres de santé (classes 2 et 3) et qu'une participation plus fine en 5 classes désagrège la petite classe de centres (classe 2) en deux classes distinctes.

Tableau 2. Typologie en quatre classes des 128 maisons, pôles et centres de santé

	Centres		Maisons		Pôles		Ensemble	
	Sites	%	Sites	%	Sites	%	Sites	%
Classe 1	2	3	64	81	13	16	79	100
Classe 2	12	100	0	0	0	0	12	100
Classe 3	16	89	1	6	1	6	18	100
Classe 4	0	0	4	21	15	79	19	100
Ensemble	30	23	69	54	29	23	128	100

Source : Enquête sur la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé 2008-2012, Irdes

La seconde séquence d'analyse, réalisée spécifiquement sur les 98 maisons et pôles de santé de l'échantillon aboutit, quant à elle, à la sélection d'une partition en trois classes. Elle oppose pôles et maisons de santé ; ces dernières étant distinguées selon l'intensité de la dimension pluriprofessionnelle.

Ainsi, nous obtenons une classe composée essentiellement de pôles (classe 1') et deux autres classes majoritaires en maisons de santé (classes 2' et 3') (cf. Tableau 3).

Tableau 3. Typologie des 98 sites maisons et pôles de santé en 3 classes

	Centres		Maisons		Pôles	
	Sites	%	Sites	%	Sites	%
Classe 1'	4	21	15	79	19	100
Classe 2'	26	79	7	21	33	100
Classe 3'	39	85	7	15	46	100
Ensemble	69	70	29	30	98	100

Source : Enquête sur la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé 2008-2012, Irdes

Cette typologie en trois classes (seconde séquence) est cohérente avec la typologie obtenue sur l'ensemble de l'échantillon (première séquence). En effet, la classe 1', composée essentiellement de pôles, correspond exactement à la classe mixte majoritaire en pôles de la première séquence (classe 4). Les classes 2' et 3' correspondent, quant à elles, à la dichotomisation de la classe majoritaire en maisons de la première séquence (classe 1), à deux sites libéraux près²⁰. Ce résultat nous rassure quant à la qualité et la pertinence des classes obtenues dans cette typologie.

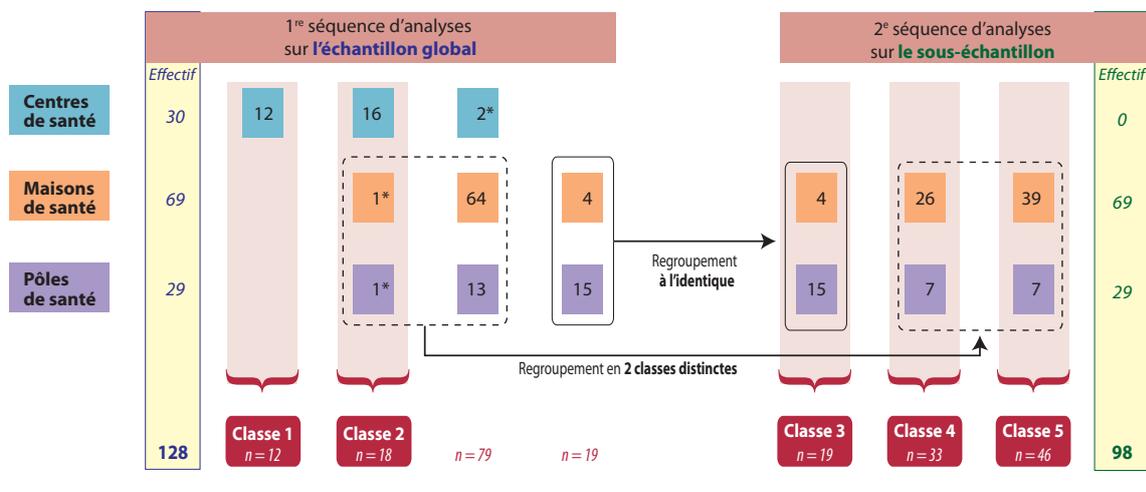
Au final, ce sont respectivement les deux classes de centres issues de la première séquence d'analyse (classes 2 et 3) et les trois classes de maisons et pôles de la seconde (classes 1' à 3'), qui sont combinées afin de constituer une typologie en cinq classes des 128 maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR (cf. Figure 1).

5.2.2. Description des cinq classes de maisons, pôles et centres de santé

Les deux classes de centres de santé, « associatifs » (classe 1 de la Figure 1) et « municipaux » (classe 2), se distinguent des classes de maisons (classes 4 et 5) et pôles de santé (classe 3) par leur statut, ancienneté, rôles développés par les professionnels y exer-

²⁰ Une maison et un pôle de santé classifiés dans la seconde classe de centres de santé (classe 3) de la première séquence ont été reclassifiés dans la classe 3' de la seconde séquence.

Figure 1. Typologie en cinq classes des 128 maisons, pôles et centres de santé



Source : Enquête sur la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé 2008-2012, Irdes

çant, coopération pluriprofessionnelle, accessibilité, taille, composition et équipement. Elles se différencient par ailleurs entre elles par : le tiers payant complémentaire qui y est pratiqué, les rôles infirmiers et l'informatisation. Les trois classes de sites libéraux, opposant pôles et maisons de santé très pluriprofessionnels et maisons moins pluriprofessionnelles, se distinguent également entre elles en matière de taille, de composition et d'équipement, de coordination et coopération pluriprofessionnelles, d'informatisation et d'accessibilité (cf. Annexe 4).

Afin d'enrichir la description de ces classes, des informations non prises en compte dans la construction de la typologie ont été intégrées. Elles concernent : les forfaits ENMR souscrits par les sites et, le cas échéant, les montants forfaitaires perçus en 2012 ; les montants alloués aux différentes modalités d'utilisation de ces fonds déclarées par les sites ; le statut juridique des centres de santé.

• **Classe 1 : des centres de santé « associatifs »**

La première classe de centres de santé est composée uniquement de centres de santé (12 sites), pour moitié associatifs²¹ sinon gérés par les régimes de la Sécurité sociale ou mutualistes, de vingt-et-un ans d'ancienneté en moyenne. Ils sont très majoritairement implantés dans des espaces urbains défavorisés en offre de soins (83 % des sites de la classe). Le plus fréquemment, le management y est assuré par une personne ressource qui y est salariée, non professionnelle de santé ou extérieure au site (83 %). Comparativement aux autres classes de sites, la taille, la composition, l'équipement et l'étendue des rôles et fonctions des professionnels non-médecins y sont moindres. La coopération pluriprofessionnelle de même que la coordination y sont plus fréquentes que dans les centres de santé « municipaux » mais moins fréquentes que dans les sites libéraux.

Les centres de santé de cette classe se distinguent par des rôles professionnels peu développés pour les secrétaires, non spécifiques pour les infirmiers, voire quasi absents, pour les masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi, si la quasi-majorité de ces sites dispose d'un personnel assurant le secrétariat commun à tous les professionnels de santé (92 %), les

²¹ Dans la suite de ce document de travail, ces centres de santé seront nommés centres de santé « associatifs » pour faciliter la lecture.

rôles et fonctions particuliers des secrétariats portent essentiellement sur l'encaissement (tous les sites) et sont peu mobilisés au-delà, contrairement aux centres de l'autre classe. A l'opposé des sites libéraux, la majorité ou quasi-majorité des secrétariats n'est pas impliquée dans la gestion, la maintenance de la structure (aucun des centres), la comptabilité (92 %), la gestion des programmes d'éducation thérapeutique (aucun des sites), l'organisation des activités de la structure (92 %).

Contrairement à l'autre classe de centres de santé et aux structures libérales, les infirmiers ne se distinguent pas spécifiquement par la nature de leurs implications dans leur site. De même, et bien que très peu nombreux dans cette classe, les masseurs-kinésithérapeutes se distinguent majoritairement par leur non-participation à des fonctions spécifiques telles que la prévention et rééducation des troubles de la marche chez les personnes âgées (83 %), le suivi des lombalgies chroniques (dépistage, bilan kinésithérapique) [75 %] ; l'éducation thérapeutique (aucun des sites), le diagnostic et prise en charge de pathologies cardio-respiratoires (bronchiolite, BPCO, insuffisants cardiaques et rénaux) [83 %], le suivi des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (83 %).

A l'inverse des sites libéraux, la coopération pluriprofessionnelle est fréquente et régulière dans ces sites, comme dans l'autre classe de centres de santé, mais plus intense, voire systématique pour certaines dimensions. Elle s'exprime à travers des projets ou processus de coopération entre les professionnels de santé et/ou les autres professionnels (personnel administratif ou médico-social) ; le suivi et la prise en charge des patients atteints de maladie chronique s'appuyant sur des protocoles formalisés pour les professionnels de santé (dossier partagé, aide-mémoire papier ou électronique, pour certaines maladies ou population spécifiques...), et par des échanges pluriprofessionnels pour gérer les cas complexes. Le développement d'actions de promotion de la santé (comme l'éducation à la santé à l'école...) ou de prévention (le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST)...) y est régulier. La collaboration est également régulière avec les professionnels de santé extérieurs au site, en dehors des réseaux professionnels.

Les centres de santé de cette classe se distinguent aussi en matière de coordination. Des réunions monodisciplinaires entre médecins généralistes sont organisées tant pour aborder des questions d'organisation de l'équipe de soins que médicales, toutes les semaines dans la majorité des sites (50 % et 58 %) ce qui n'est pas souvent le cas entre infirmiers (42 % et 50 % des centres de santé n'en organisant jamais). Cependant, dans un quart des sites, des réunions trimestrielles ou semestrielles sont organisées entre infirmiers, ce qui distingue cette classe des autres centres. Enfin, les sites de cette classe se différencient par la proportion importante de sites dans lesquels aucune réunion pluridisciplinaire entre médecins généralistes et infirmiers n'est organisée sur des questions d'ordre médical ou d'organisation de l'équipe de soins (42 % et 58 %)

L'accessibilité est une autre dimension très caractéristique des centres de santé de cette classe. Une fois encore, c'est l'opposition avec les sites libéraux qui prédomine. L'accessibilité horaire quotidienne sur la semaine se caractérise par une étendue moindre, relativement aux maisons et pôles de santé, les centres n'étant pas ouverts 12 heures par jour du lundi au vendredi. En revanche, l'accessibilité hebdomadaire est importante avec douze demi-journées d'ouverture par semaine et une ouverture de plus de quatre heures pour les deux tiers des centres de santé de la classe le samedi matin, ce qui n'est pas le cas des centres de l'autre classe. La non-participation à la permanence de soins y

est moins marquée que pour les centres de santé municipaux (58 %). L'accessibilité financière est facilitée dans tous les centres de santé, comparativement aux sites libéraux, par la pratique systématique (car statutaire) du tiers payant pour la part des dépenses de santé prise en charge par l'Assurance maladie mais également pour celle prise en charge par les complémentaires de santé (83 %), avec en moyenne plus de 70 contrats avec des mutuelles, assurances ou instituts de prévoyance différents, ce qui est moins élevé que pour la classe des centres municipaux. L'accessibilité physique est caractérisée par l'absence plus fréquente de parkings pour les patients (50 % des sites) mais compensée par une accessibilité aux sites par les transports en commun systématique, comme pour les centres de santé de l'autre classe. Enfin, la non acceptation de demandes d'inscription de nouveaux patients auprès d'un médecin généraliste traitant du site y est fréquente (42 %), contrairement à ce que l'on observe dans les autres centres de santé.

L'intensité de l'informatisation et la nature des fonctionnalités informatiques utilisées constituent une troisième grande dimension distinguant significativement cette classe de centres de santé associatifs de celle des centres de santé municipaux. La certification HAS et Asip des logiciels communs de gestion des dossiers médicaux par les médecins y est plus fréquente (75 %). L'accessibilité aux secrétaires et/ou aux autres professionnels du site non professionnels de santé au dossier médical d'un patient (informatique ou papier) est quasi systématique (92 %). Ils sont également caractérisés par une non utilisation régulière des fonctionnalités informatiques suivantes : aide au diagnostic (tous les sites), réception/télétransmission de comptes rendus et courriers par Internet (83 %), feuilles de soins électroniques (50 %), résultats de biologie par Internet (42 %), l'aide à la prescription et/ou l'interprétation des électrocardiographies (ECG) et/ou des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) [tous les sites], extraction d'une liste des patients porteurs d'une pathologie donnée (75 %) ou à relancer pour des actes de dépistage et/ou de prévention (83 %) ou encore d'édition de notes de synthèse (58 %). Néanmoins, l'aide à la prescription est l'une des fonctionnalités informatiques utilisées régulièrement par les médecins (92 %) et le recours aux actions suivantes associées au dossier médical informatisé est fréquente : extraction d'une liste des patients inscrits médecin traitant (75 %), de la file active (50 %), porteurs d'une caractéristique donnée (âge, sexe...) [75 %] ainsi que l'édition de plans de prévention personnalisés (42 %). En revanche, majoritairement, les infirmiers n'utilisent pas l'informatisation pour gérer les dossiers infirmiers des patients (58 %).

Les centres de santé associatifs se différencient en matière de taille (en moyenne 344 m² et 5 salles de consultation ou d'administration des soins), de variété de professionnels médicaux et paramédicaux et de nombre de professionnels installés (4 médecins généralistes et 3 infirmiers), en moyenne inférieurs à ceux des centres de santé municipaux et des classes de maisons et/ou pôles de santé. Les masseurs-kinésithérapeutes y sont très peu représentés. Le partage de patientèle entre médecins généralistes du site et infirmiers, mesuré par la part d'actes infirmiers prescrits par un médecin généraliste du site et réalisés par les infirmières du site, est nettement inférieur à celui effectué dans les sites libéraux et moindre que celui des sites municipaux (21 %).

L'ensemble des centres de santé associatifs a souscrit au module pour les missions coordonnées (module 1) ; le financement perçu à ce titre s'élève en moyenne à 32 512 € (34 500 € en valeur médiane). Ces sites sont nombreux à avoir déclaré avoir souscrit également au module relatif aux nouveaux services aux patients (50 %), mais les montants perçus n'ont pas été déclarés.

Dans les centres de santé associatifs, les ressources ENMR sont principalement destinées à l'indemnisation, variables selon les disciplines et/ou professions, du temps consacré par les professionnels à la coordination (67 %) mais de façon moins marquée que les classes de maisons de santé. En moyenne, 31 042 € (30 198 € en valeur médiane) y ont été consacré. Contrairement aux sites libéraux, la majorité des sites ne consacre pas ces ressources à l'achat d'équipement et/ou de matériel médical ou informatique (83 %) ou à l'indemnisation du temps consacré au management du site (75 %).

• **Classe 2 : des centres de santé « municipaux »**

Cette seconde classe regroupe 16 centres de santé (89 %), en majorité municipaux (67 %), plus anciens (quarante-six ans en moyenne) et souvent locataires de locaux avec un bail spécial (par exemple, mis à disposition à titre gratuit). Les centres de santé municipaux sont, très majoritairement, implantés dans des espaces urbains défavorisés en offre de soins (83 %). Le plus fréquemment, le management y est assuré par un ou plusieurs professionnels de santé du site, bénévole, indemnisé ou salarié (50 %). Comparativement aux autres classes de sites : l'accessibilité horaire y est moindre et l'accessibilité financière supérieure ; la taille, la composition, l'équipement supérieurs ; l'étendue des rôles et fonctions des professionnels non médecins supérieure comparativement aux centres de santé associatifs ; la coopération pluriprofessionnelle y est moindre que dans les centres de santé associatifs et supérieure à celle des sites libéraux ; la coordination pluriprofessionnelle y est supérieure et l'informatisation moindre.

L'accessibilité est une dimension forte de cette classe avec des caractéristiques présentes pour la totalité ou la plupart des sites qui la composent. L'accessibilité horaire quotidienne sur la semaine est moins étendue que celle des sites libéraux, comme pour les centres de santé associatifs. De plus, aucun des sites de cette classe n'est ouvert au moins 12 heures par jour du lundi au vendredi. Bien que cela ne caractérise pas spécifiquement les centres de cette classe, l'accessibilité horaire y est moindre que celle offerte par les centres de santé associatifs avec une majorité de sites ouverts au plus 4 heures le samedi, et un nombre moyen de demi-journées d'ouverture dans une semaine égal à 11. La non-participation à la permanence de soins y est encore plus marquée que pour les centres associatifs (78 %). A l'instar des centres de santé associatifs, l'accessibilité physique des centres de santé municipaux est caractérisée par une absence de parkings pour les patients (deux tiers des sites), mais du fait de leur ancienneté, l'accès et/ou la circulation pour les personnes à mobilité réduite y sont moins souvent facilités (56 %). Cependant, l'accessibilité financière y est davantage simplifiée par la pratique quasi systématique du tiers payant pour la part des dépenses prise en charge par les complémentaires santé (94 %) et le nombre de contrats conventionnés y est nettement plus élevé (131 en moyenne). L'information sur les tarifs des professionnels est affichée à l'accueil, dans la ou les salles d'attente (près de 9 sites sur 10). L'accès aux soins infirmiers au sein du site est possible avec et/ou sans rendez-vous dans tous les centres de santé et les demandes d'inscription de nouveaux patients auprès d'un médecin généraliste traitant du site sont systématiquement acceptées, contrairement aux centres associatifs.

La seconde dimension caractérisant fortement cette classe porte sur la nature des rôles professionnels développés (secrétariats, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers), l'existence d'actions de promotion et d'éducation à la santé, l'intensité et la forme prise par la coordination (interne et externe) et la coopération interprofessionnelle. Les centres de santé municipaux se distinguent également par des rôles professionnels plus développés que dans les centres de santé associatifs, tant pour les secrétaires, infirmiers, que pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Comme pour les centres de santé associatifs, un personnel assurant un secrétariat, commun à tous les professionnels de santé, est très fréquent (89 %). À l'inverse des sites libéraux, les secrétariats assument l'encaissement (89 %) mais ne sont pas mobilisés dans les fonctions d'organisation des activités de la structure (89 %) ni la gestion des programmes d'éducation thérapeutique (95 %). Toutefois, ils assument des rôles et fonctions plus diversifiés que dans les centres de santé associatifs : aide à l'ouverture de droits ou accompagnement dans les démarches administratives et sociales (83 %), prise de rendez-vous (tous les sites), accueil physique (tous les sites).

De même, les infirmiers développent de nombreux rôles et fonctions particuliers allant au-delà de la délivrance de soins infirmiers et de façon beaucoup plus marquée que dans les centres de santé associatifs : accueil physique, voire consultation infirmière ou orientation des demandes urgentes (83 %), accueil téléphonique, conseil ou information au patient, demandes non programmées ou urgentes (72 %), aide au médecin pendant sa consultation (67 %), gestion du dossier patient (56 %), préparation de l'amont de la consultation (1 site sur 2) et de l'aval (44 %), éducation thérapeutique du patient chronique (78 %). Plus fréquemment présents que dans les centres de santé associatifs, les masseurs-kinésithérapeutes assument de nombreuses fonctions : diagnostic et prise en charge de pathologies cardio-respiratoires (1 site sur 2), prévention des troubles musculo-squelettiques (44 %), suivi des lombalgies chroniques (44 %), etc.

Les centres de santé municipaux se singularisent également par une coopération pluriprofessionnelle et une coordination mono et pluriprofessionnelle plus importantes que celles pratiquées par les sites libéraux mais moins fréquentes que dans les centres de santé associatifs. Elles s'expriment par des protocoles de suivi et de prise en charge des maladies chroniques formalisés dans les trois quarts des centres et souvent sous la forme de formulaires, aide-mémoires, fiches de déclaration, registres (39 %). La coordination interne y est peu fréquente avec une fréquence trimestrielle ou semestrielle des réunions monoprofessionnelles sur des questions d'organisation de l'équipe de soins ou médicales entre médecins généralistes (39 % et 28 %) et mensuelles entre infirmiers (39 % et 28 %).

Le développement d'actions de promotion de la santé (comme l'éducation à la santé à l'école...) ou de prévention est très fréquent (dépistage des IST...) [83 %] et la collaboration ou la coordination (convention, réunions d'échange, interventions, communication, expertise, activité de soins...) avec des services ou des institutions inscrits sur le territoire systématique.

Le niveau d'informatisation, la taille, la composition en professionnels et l'équipement en matériels médicaux constituent les autres dimensions distinguant assez fortement ces centres de santé municipaux des associatifs. La certification des logiciels communs de gestion des dossiers médicaux des patients par les médecins y est rare (28 %), et ils ne sont alors pas certifiés HAS et Asip. L'accessibilité des autres professionnels aux dossiers médicaux (informatique ou papier) y est relativement moindre (deux tiers des centres). Par ailleurs, le plus souvent, les dossiers infirmiers des patients sont informatisés (83 %) et les infirmiers utilisent le même logiciel (83 %). Contrairement aux centres de santé associatifs, les centres de santé municipaux sont également caractérisés par l'utilisation régulière moins fréquente des fonctionnalités informatiques suivantes : réception/télétransmission de comptes rendus et courriers par Internet (89 %), des résultats de biologie par Internet (56 %), des feuilles de soins électroniques (44 %), d'aide à la prescription et/ou l'interprétation des ECG et/ou des interprétations des EFR

(44 %) et d'aide au diagnostic (83 %) ; extraction d'une liste des patients à relancer pour des actes de dépistage et/ou de prévention (83 %), des patients inscrits médecin traitant ou de la file active (61 %), de patients porteurs d'une caractéristique donnée (âge, sexe...) [72 %] ou d'une pathologie donnée (67 %), d'édition de notes de synthèse (56 %).

Les centres de santé municipaux se distinguent par une taille importante, supérieure à celle des sites libéraux et des centres de santé associatifs. En moyenne, le nombre et la variété des professionnels installés dans le site sont élevés : 14 professionnels de santé médicaux (7 médecins généralistes) de 3 spécialités différentes, 5 professionnels de santé paramédicaux et 17 professionnels administratifs correspondant à 3 catégories de fonctions distinctes. Les locaux sont spacieux avec en moyenne : une surface totale de 1 372 m², 12 salles dédiées aux soins, 2 salles dédiées aux soins infirmiers de 32 m². Le niveau d'équipement en matériels médicaux (en moyenne 13 matériels médicaux recensés sur un total de 27), est également nettement supérieur à celui des centres de santé associatifs et des structures libérales.

Contrairement à la classe précédente, mais de manière nettement moins importante que pour les sites libéraux, le partage de patientèle au sein des centres de santé est fréquent s'agissant de la proportion d'actes infirmiers prescrits par un médecin généraliste du site et exécutés par les infirmiers du site (26 %).

Le module 1 relatif aux missions coordonnées a été souscrit par l'ensemble des sites de cette classe. La moitié des sites concernés déclare avoir perçu, à ce titre, en moyenne 73 712 € (52 388 € en valeur médiane). Plus d'un site sur deux a également souscrit au module relatif aux nouveaux services aux patients (56 %), mais nous ne pouvons conclure sur les montants perçus faute de données suffisantes.

Enfin, à l'instar des centres de santé associatifs, les ressources ENMR sont le plus fréquemment allouées à l'indemnisation du temps consacré par les professionnels à la coordination (61 %) et non pas à l'investissement en équipement et/ou matériel médical ou informatique (67 %). Dans une moindre mesure, certains sites municipaux consacrent ces ressources à l'indemnisation du temps consacré au management du site (44 %). Les montants déclarés, uniquement par la moitié des sites concernés, s'élèvent en moyenne à 19 663 € (20 000 € en valeur médiane) pour l'indemnisation des professionnels pour le temps dédié à la coordination et à 28 663 € (30 680 € en valeur médiane) pour celui consacré au management.

- **Classe 3 : des pôles de santé très récents et moins intégrés**

Cette classe de maisons et pôles de santé comprend surtout des pôles de santé (79 %) et concentre à elle seule la moitié de l'échantillon des pôles des ENMR (52 %). Les sites de cette classe sont relativement récents et plus jeunes que l'ensemble des sites libéraux de l'échantillon (deux ans d'ancienneté contre cinq ans en moyenne). Ils sont implantés le plus souvent en zone rurale défavorisée en offre de soins (32 %) ou avec une offre de soins moindre mais favorisée en besoin de soins (21 %), voire en zone urbaine défavorisée en offre de soins (37 %). Les caractéristiques des pôles de santé de cette classe témoignent d'une moindre intégration, coordination et coopération pluriprofessionnelles relativement aux autres classes de maisons et pôles de santé.

Du fait de la structuration en « antennes » des pôles de santé, les pôles qui composent l'essentiel des sites de cette classe se singularisent par une taille et des effectifs importants et un management spécifique.

Ainsi, relativement à l'ensemble des maisons et pôles de santé, ils sont caractérisés par des effectifs nettement supérieurs d'infirmiers (en moyenne 9 contre 5,6 pour l'ensemble des maisons et pôles de santé de l'échantillon), de médecins généralistes (6 contre 5,1) et de personnels administratifs (5,9 contre 3,8) nettement supérieurs. De même, le nombre d'espaces dédiés aux soins infirmiers (2,3 contre 1,6), aux réunions, repas et/ou repos (2,2 contre 1,8) ou à l'attente et l'accueil des patients (5,9 contre 4,7) sont plus importants.

Si le management est assuré le plus fréquemment (47 %), mais moins fréquemment que dans les autres sites libéraux, par un ou plusieurs professionnel(s) de santé, bénévole(s), indemnisé(s) ou salarié(s), cette classe se distingue principalement par un management assuré par plusieurs personnes ressources, professionnel de santé et/ou non, exerçant dans le site et/ou à l'extérieur (42 %).

Le partage de patientèle est relativement similaire à celui des autres classes de maisons de santé s'agissant de la proportion d'actes de médecine générale réalisés par un autre médecin du site que le médecin traitant pour les patients de la patientèle inscrite (16 %). En revanche, comme pour la classe de maisons de santé faiblement intégrées, la proportion d'actes infirmiers prescrits par un médecin généraliste du site et exécutés par les infirmiers du site (38 %) est inférieure à celle de la seconde classe de maisons, plus intégrées.

A l'inverse des classes de maisons de santé, le statut associatif prédomine avec au moins un médecin (74 %) ou un paramédical (68 %) signataire. Mais cette classe se distingue surtout par une quasi-absence des médecins (84 %) ou paramédicaux (89 %) dans la SCI et également dans la SGM (79 % et 79 %).

Par ailleurs, cette classe se distingue des autres classes de maisons et pôles de santé par la surreprésentation des modalités « non-réponse » à certaines questions associées aux dimensions suivantes : information et informatisation, accessibilité horaire et financière aux sites, organisation de réunion mono et multidisciplinaires, statut des professionnels vis-à-vis des locaux et modalités d'allocation des ressources ENMR.

Les sites de cette classe se distinguent également des autres classes de maisons et pôles de santé par une « non-réponse » importante ou une absence, sinon un moindre développement de la coordination entre les professionnels, des rôles et fonctions spécifiques des secrétariats et infirmiers, du partage de l'information et de son informatisation.

Aucune réunion monodisciplinaire sur des questions d'organisation de l'équipe de soins ou médicales n'est organisée entre médecins généralistes dans un tiers des sites de cette classe (37 % et 32 %) ou entre infirmiers dans plus de la moitié d'entre eux (53 % et 58 %). Par ailleurs, relativement aux classes de maisons de santé, des échanges pluriprofessionnels et réguliers sont moins fréquemment mis en place pour gérer les cas complexes (58 %).

Les pôles de santé de cette classe vont se distinguer des autres sites libéraux essentiellement par certains rôles et fonctions particuliers non assumés par les professionnels. L'implication des secrétariats est nettement moindre dans les fonctions de gestion des dossiers patients (68 %) ou la prise de rendez-vous (68 %) tandis que la délivrance de conseil ou information de nature médicale au patient notamment pour les demandes urgentes ou non programmées n'est pas assurée dans les trois quarts de ces sites (74 %).

L'accueil téléphonique, conseil ou information au patient, des demandes non programmées ou urgentes n'est jamais assuré par les infirmiers, et la prévention des troubles musculo-squelettiques n'est pas assurée par les masseurs-kinésithérapeutes dans les deux-tiers de ces sites.

En matière de partage d'information, et bien que la non-réponse soit importante pour cette dimension, aucun site n'a déclaré le partage du dossier médical (informatique ou papier) avec les autres médecins du site. Au contraire, elle concentre une grande partie des sites dans lesquels ce partage est absent (32 % contre 10 % pour l'ensemble des maisons et pôles de l'échantillon).

Bien qu'elle constitue une caractéristique importante, la qualification de cette classe par la dimension d'informatisation est limitée du fait des non-réponses élevées. On constate toutefois une surreprésentation des sites non équipés informatiquement ou ne disposant pas d'un logiciel unique pour gérer les dossiers médicaux. Par ailleurs, les sites équipés d'un logiciel unique certifiés par la HAS pour la gestion des dossiers médicaux sont sous-représentés (21 %) relativement aux autres classes de maisons de santé, de même que l'informatisation des dossiers infirmiers (37 %) et, le cas échéant, l'utilisation d'un logiciel unique par les infirmiers (26 %).

En revanche, la coopération externe par la participation à un ou plusieurs réseaux ou au travers de collaborations régulières avec des professionnels de santé extérieurs au site, est très fréquente (84 %).

En matière d'accessibilité, la durée d'ouverture hebdomadaire pour les pôles de santé de cette classe est supérieure à celle des centres, mais inférieure à celle de l'ensemble des sites libéraux (55h30). L'ampleur de la non-réponse à la dimension d'accessibilité sous-estime probablement ces modalités.

La pratique du tiers payant pour la part des dépenses prise en charge par l'Assurance maladie est moins favorisée (42 %), de même que l'acceptation systématique des demandes d'inscription au médecin traitant des nouveaux patients (47 %), comparativement aux autres maisons, pôles et a fortiori centres de santé.

Le module 1 de coordination a été souscrit par la quasi-majorité des sites de cette classe (95 %) tandis que le module 2 ne l'a été que par un site sur deux (53 %). Très peu de sites de cette classe ont déclaré le montant de ces fonds ENMR perçus.

Enfin, cette classe se caractérise par une allocation des fonds ENMR à l'indemnisation/compensation, des professionnels du site, du temps consacré au management du site (53 %) avec en moyenne 19 684 € consacrés (13 363 € en valeur médiane). Et, de façon moins marquée que dans les classes majoritaires en maisons de santé, ces fonds ont été dédiés au financement du temps de coordination (58 %), avec en moyenne 25 383 € consacrés (21 279 € en valeur médiane) et/ou à l'achat d'équipement et/ou de matériel (32 %).

- **Classe 4 : des maisons de santé assez récentes et faiblement intégrées**

Composée de 33 maisons et pôles de santé, cette classe est majoritaire en maisons (79 %). Elle concentre plus d'un tiers des maisons de santé (38 %) et un quart des pôles de santé de l'échantillon ENMR. Relativement aux centres de santé, ces sites sont récents (cinq ans en moyenne). Ils sont surtout implantés en zones rurales défavorisées en matière d'offre de soins (42 %) ou avec une offre de soins moindre mais

favorisée en besoin de soins (15 %). Les caractéristiques des maisons et pôles de santé de cette classe témoignent d'une moindre intégration, coordination et coopération pluriprofessionnelles relativement à la dernière classe de maisons. Elle s'oppose aux sites de la seconde classe de maisons essentiellement par des caractéristiques relatives à la coordination interprofessionnelle, les rôles et fonctions des professionnels de santé, la coopération, l'information, l'informatisation et le niveau d'équipement en matériels médicaux des sites.

Cette classe se distingue par une majorité de sites managés par un ou plusieurs professionnels de santé du site, bénévole, indemnisé ou salarié (82 %). Relativement à l'ensemble des sites libéraux, les maisons et pôles de santé composant cette classe ne se distinguent pas en matière de taille et composition. Toutefois, et contrairement aux sites de la seconde classe de maisons de santé, en moyenne les sites de cette classe sont moins bien équipés en matériels médicaux que l'ensemble des maisons et pôles de santé réunis (7 contre 8,4) et que les sites de l'autre classe de maisons.

Les sites de cette classe se caractérisent et s'opposent aux sites de la seconde classe de maisons de santé, essentiellement par : une intensité moindre de la coordination monoprofessionnelle et une absence ou une faible régularité de la coordination pluriprofessionnelle ; une absence fréquente de développement de certains rôles et fonctions spécifiques des infirmiers et des secrétariats ; une absence ou un moindre développement de la coopération pluriprofessionnelle ou avec des institutions ou professionnels extérieurs ; une informatisation des dossiers médicaux et un partage de l'information plus fréquents que la classe des pôles de santé mais un recours moindre à certaines fonctionnalités associées à l'informatisation que la seconde classe de maisons et notamment, bien que majoritaire, une moindre informatisation des dossiers infirmiers.

Ainsi, des réunions hebdomadaires portant sur des questions médicales entre médecins sont peu fréquentes (24 %). Cette classe se distingue surtout par l'absence de réunions qu'elles soient monodisciplinaires, entre médecins (33 %) ou infirmiers (67 %), ou multidisciplinaire (67 %). En matière d'organisation de l'équipe de soins, elle se distingue par des réunions entre médecins programmées avec une fréquence trimestrielle ou semestrielle (27 %) bien qu'elles aient lieu toutes les semaines dans un tiers des sites. Lorsqu'elles impliquent les infirmiers, ces réunions ne sont pas organisées ou le sont à un rythme trimestriel ou semestriel et dans une proportion variant selon qu'elles sont monodisciplinaires (55 % et 30 %) ou pluridisciplinaires (49 % et 39 %).

Les maisons de santé dans lesquelles les infirmiers ne développent pas de rôles et fonctions particuliers, allant au-delà de la délivrance de soins infirmiers en cabinet ou à domicile sont surreprésentées (45 %). En particulier, en ce qui concerne : le suivi du dosage des anti-vitamines K (AVK) pour les patients sous traitement anticoagulant (82 %) ; la coordination des parcours de soins complexes (comme les patients ayant une polypathologie chronique) [94 %] ; l'accueil physique, voire la consultation infirmière ou l'orientation des demandes urgentes (91 %) ou des demandes non programmées (90 %) ; le suivi de l'aval de la consultation (information sur la prescription et sur l'observance) [94 %] ; l'éducation thérapeutique du patient chronique (diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque chronique, insuffisance rénale chronique) [55 %] et l'accueil téléphonique, conseil ou information au patient, des demandes non programmées ou urgentes (91 %).

Majoritairement dans cette classe de maisons de santé, et à l'opposé de celle des pôles, les secrétariats font du conseil ou de l'information au patient, notamment pour les demandes urgentes ou non programmées (67 %). En revanche, ils ne sont pas fréquemment impliqués dans la comptabilité (64 %) et, au contraire des sites de l'autre classe de maisons de santé, dans l'aide à l'ouverture de droits ou à l'accompagnement dans les démarches administratives et sociales (85 %), dans l'encaissement des consultations (97 %), dans la gestion et la maintenance de la structure (76 %), l'organisation des activités de la structure (70 %), la gestion des programmes d'éducation thérapeutique (82 %) ni dans la coordination avec les professionnels extérieurs au site ou en institution (45 %).

En matière de coopération interne, l'absence de mise en place de projets ou processus de coopération régulière entre les professionnels de santé et/ou les autres professionnels (personnel administratif ou médico-social) est fréquente (55 %). La coopération externe, exprimée par la collaboration ou coordination régulière (convention, réunion d'échange, intervention, communication, expertise, activité de soins...) avec des services ou des institutions inscrits sur le territoire est absente dans plus d'un tiers des maisons de santé (36 %). Aussi, les sites présentant une collaboration régulière avec des professionnels de santé extérieurs au site (61 %) et participant à des réseaux professionnels (48 %) sont sous-représentés relativement à la classe de pôles de santé. La coopération pluriprofessionnelle dans la gestion des cas complexes est moins fréquente (64 %) relativement à l'autre classe de maisons de santé.

Le partage de l'information entre les différents professionnels du site est une caractéristique importante des deux classes de maisons de santé, ce qui n'est pas vraiment le cas pour la classe des pôles de santé. Ainsi, dans cette classe de maisons, le dossier médical d'un patient (informatique ou papier) suivi par un médecin du site est très fréquemment accessible aux autres médecins du site, en lecture et en écriture à la fois (91 %), et à tous les autres professionnels de santé non médecins (85 %).

La réception/télétransmission des feuilles de soins électroniques est une fonctionnalité informatique quasi systématiquement utilisée par les médecins (97 %), de même que l'extraction de listes de patients selon certains critères (porteurs d'une pathologie donnée et/ou d'une caractéristique donnée (âge, sexe...) et/ou ayant reçu certains soins) [70 %]. En revanche, cette classe se distingue par le non-recours aux différentes fonctionnalités suivantes : l'interprétation des électrocardiogrammes (ECG) [94 %], l'édition de plans de prévention personnalisés (85 %), l'extraction d'une liste des patients de la file active (79 %), et en opposition aux sites de l'autre classe de maisons de santé, par l'extraction d'une liste des patients à relancer pour des actes de dépistage et/ou de prévention (70 %) ou inscrits médecin traitant (55 %), l'édition de notes de synthèse (45 %), l'aide au diagnostic (79 %) ou à la prescription (27 %), l'interprétation des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) [94 %], la réception/télétransmission de comptes rendus et courriers (48 %) ou de résultats de biologie (15 %) par Internet.

En matière de statut juridique, cette classe s'oppose à l'autre classe de maisons de santé par l'absence fréquente de signataires de la SCI parmi les médecins (82 %) et les paramédicaux (88 %), mais également de la SGE (respectivement 91 % et 88 %).

Le partage de patientèle est – à l'inverse de la seconde classe de maisons de santé – en moyenne inférieure à ce qu'il est globalement dans l'ensemble des sites libéraux, que

cela concerne la proportion d'actes infirmiers réalisés par les infirmiers du site qui ont été prescrits par les médecins du site (en moyenne 31,9 % des actes contre 41,8 %) ou la proportion de prescriptions d'actes infirmiers d'un médecin du site exécutés par un infirmier du site (39,4 % contre 47 %), ou encore la proportion d'actes réalisés par un autre médecin du site auprès de patients inscrits médecin traitant dans ce site (13,7 % contre 16,7 %).

En matière d'accessibilité, et à la différence de la seconde classe de maisons de santé, les maisons ou pôles de santé de cette classe se caractérisent par un accès aux soins de médecine générale majoritairement sur rendez-vous uniquement (61 %), une permanence des soins organisée essentiellement sous forme de gardes de secteur (58 %) ou de régulation libérale (21 %), une acceptation non systématique des demandes d'inscriptions médecin traitant des nouveaux patients fréquente (30 %).

Les fonds ENMR sont quasi-systématiquement mobilisés pour indemniser ou compenser les professionnels du site pour le temps consacré à la coordination (85 %), selon des montants fixes le plus souvent, ou dans une moindre mesure pour financer l'achat d'équipement et/ou de matériel (55 %) ou le temps consacré au management du site (45 %).

A l'instar de la précédente classe, le module 1 de coordination a été souscrit par la quasi-majorité des sites de cette classe (97 %) ; les montants perçus déclarés s'élèvent en moyenne à 56 337 € (43 900 € en valeur médiane). Le module 2 a été souscrit, quant à lui, par un tiers des sites (36 %), avec des montants moyens déclarés s'élevant à 11 800 € (12 000 €).

Les fonds ENMR sont quasi systématiquement mobilisés pour indemniser ou compenser les professionnels du site pour le temps consacré à la coordination (85 %), selon des montants fixes le plus souvent, ou dans une moindre mesure pour financer l'achat d'équipement et/ou de matériel (55 %) ou le temps consacré au management du site (45 %). Les montants consacrés respectivement à ces modalités d'allocation sont en moyenne de 20 152 € (11 501 € en valeur médiane), 11 859 € (7 115 €) et 9 063 € (4 930 €).

• ***Classe 5 : des maisons de santé majoritaires, relativement récentes et plus intégrées***

Composée de 46 maisons et pôles de santé, cette classe est également majoritaire en maisons de santé (85 %). Elle concentre plus de la moitié des maisons (57 %) et un quart des pôles de santé de l'échantillon ENMR. Elles sont plus récentes que les centres de santé (six ans en moyenne) et majoritairement implantées en zone rurale (61 %) dans des zones défavorisées en matière d'offre de soins, voire de besoins de soins.

Comme la première classe de maisons, elle est caractérisée essentiellement par la coordination interprofessionnelle, les rôles et fonctions des professionnels de santé, la coopération, l'information et l'informatisation dans les sites, le niveau d'accessibilité mais s'en distingue par d'autres dimensions : l'accessibilité, le statut juridique et le statut vis-à-vis des locaux.

Comparativement à la classe des pôles de santé, cette classe se caractérise par des effectifs de médecins généralistes (4,7 contre 5,1), d'infirmiers (4,3 contre 5,6) et de salles de soins infirmiers (1,4 contre 1,6) nettement moindres. Enfin, et contrairement aux sites de la seconde classe de maisons de santé, les sites de cette classe sont en moyenne mieux équipés en matériels médicaux que l'ensemble des sites libéraux réunis (9,3 contre 8,4).

L'intégration y est également plus élevée. Elle se distingue de l'autre classe de maisons de santé par une fréquence plus grande de sites parmi lesquels au moins un médecin (53 %) et un paramédical (37 %) est signataire de la SCI. De même, contrairement à la classe des pôles de santé, au moins un médecin (63 %) ou un paramédical (50 %) est signataire de la SGM. Un autre statut caractéristique de cette classe est celui de SGE pour lequel au moins un paramédical est signataire dans un quart des sites de cette classe.

Le partage de la patientèle entre professionnels du site est nettement supérieur relativement à l'ensemble des sites libéraux : 18,5 % d'actes de médecine générale sont réalisés auprès de la patientèle inscrite médecin traitant par d'autres médecins généralistes du site que le médecin traitant, 53,4 % des actes infirmiers prescrits par les médecins du site sont exécutés par des infirmiers du site.

La coordination entre professionnels de santé y est également plus importante et l'oppose à la première classe de maisons de santé. Contrairement à la précédente classe de maisons caractérisée par un nombre élevé de sites dans lesquels aucune réunion portant sur des questions médicales ou organisationnelles n'est organisée ou à une fréquence trimestrielle ou semestrielle, les sites de cette classe se distinguent par des rencontres monodisciplinaires et multidisciplinaires fréquentes. Ces réunions sont systématiquement organisées entre médecins généralistes mais peuvent ne pas l'être dans de rares sites lorsqu'elles impliquent les infirmiers. Ainsi, des réunions hebdomadaires sur des questions médicales sont organisées dans la majorité des sites entre médecins généralistes (70 %) et entre infirmiers (65 %) mais également entre médecins généralistes et infirmiers toutes les semaines (41 %) ou tous les mois (41 %). Lorsqu'elles concernent des questions d'organisations de l'équipe de soins, elles ont lieu majoritairement toutes les semaines (63 %) entre médecins généralistes, toutes les semaines ou tous les mois entre infirmiers (52 % et 30 %) et entre médecins généralistes et infirmiers (30 % et 43 %).

A l'instar de la première classe de maisons de santé et à l'inverse de la classe de pôles, le partage de l'information entre les différents professionnels du site est une caractéristique importante : le dossier médical d'un patient (informatique ou papier), suivi par un médecin du site est accessible aux autres médecins du site, en lecture et en écriture à la fois (91 %), et à tous les autres professionnels de santé non médecins (87 %). Contrairement à la classe de pôles de santé où cette fréquence est moindre, dans de nombreux sites, les logiciels uniques utilisés par les médecins pour gérer les dossiers médicaux sont certifiés HAS et l'informatisation des dossiers infirmiers des patients est majoritaire (67 %).

La réception/télétransmission des feuilles de soins électroniques est une fonctionnalité informatique qui fait consensus dans les maisons de santé, elle est utilisée par les médecins de tous les sites de cette classe. A l'instar de la première classe de maisons de santé, elle est caractérisée par une surreprésentation de sites dans lesquels les outils d'aide à l'interprétation des ECG (83 %), permettant l'extraction de listes des patients de la file active (74 %) ou l'édition de plans de prévention personnalisés (78 %) ne sont pas régulièrement utilisés par les médecins tandis qu'ils le sont pour l'extraction de liste de patients selon certains critères (porteurs d'une pathologie donnée et/ou d'une caractéristique donnée (âge, sexe...) et/ou ayant reçu certains soins) [70 %]. Cette classe s'oppose à l'autre classe de maisons de santé par une proportion de sites plus importante dans lesquels les médecins ont régulièrement recours aux différentes fonctionna-

lités permettant l'extraction de listes de patients inscrits médecin traitant (57 %) ou à relancer pour des actes de dépistage (50 %), pour l'édition de notes de synthèse (72 %), l'aide à la prescription (93 %), la réception/télétransmission des résultats de biologie (96 %) ou de comptes rendus et courriers par Internet (76 %), l'interprétation des EFR (28 %) ainsi que l'aide au diagnostic (41 %). Les rôles professionnels y sont également plus étendus.

Dans la majorité des sites, et contrairement à la première classe de maisons de santé, les infirmiers développent des rôles et fonctions particuliers, qui vont au-delà de la délivrance de soins infirmiers en cabinet ou à domicile (89 %). Ainsi, cette classe s'oppose aux autres classes par des infirmiers plus fréquemment impliqués dans l'accueil téléphonique, le conseil ou l'information au patient, des demandes non programmées ou urgentes (33 %). Elle se distingue également par une implication plus fréquente des infirmiers dans l'accueil physique, voire la consultation infirmière ou l'orientation des demandes urgentes (37 %) ou des demandes non programmées (35 %), le suivi des AVK pour les patients sous traitement anticoagulant (52 %) et la coordination des parcours de soins complexes (comme les patients ayant une polypathologie chronique) [28 %].

Elle est également caractérisée par une surreprésentation des sites dans lesquels les secrétariats sont impliqués dans la gestion des consommables (suivi des stocks, passage des commandes...) [80 %] et par opposition à l'autre classe de maisons de santé, qui participent à la coordination avec les professionnels extérieurs au site ou en institution (78 %), à l'organisation des activités de la structure (57 %), à la gestion, maintenance de la structure (59 %), à l'encaissement des consultations (30 %), à l'aide à l'ouverture de droits ou à l'accompagnement dans les démarches administratives et sociales (41 %) et dans la gestion des programmes d'éducation thérapeutique (37 %).

Elle s'oppose à la première classe de maisons de santé en matière de coopération interne dans la mesure où la mise en place de projets ou processus de coopération régulière entre les professionnels de santé et/ou les autres professionnels (personnel administratif ou médico-social) est très fréquente (71 %). En outre, des échanges pluriprofessionnels réguliers sont mis en place pour gérer les cas complexes dans la majorité des sites (91 %).

Relativement aux autres classes de maisons et pôles de santé, l'accessibilité y est supérieure : les demandes d'inscription au médecin généraliste traitant des nouveaux patients sont quasi-systématiquement acceptées (83 %), l'accès à la médecine générale est moins restrictif car il est possible avec ou sans rendez-vous (67 %). En matière d'accessibilité horaire, la durée d'ouverture hebdomadaire du site est en moyenne légèrement supérieure à celle de l'ensemble des sites libéraux (62h38 contre 60h30), des modalités de permanences des soins multiples (régulation médicale, gardes/astreintes) sont organisées par les médecins des sites pour assurer la permanence des soins (39 %) et les sites sont majoritairement ouverts au moins 12 heures par jour du lundi au vendredi (61 %).

L'accessibilité financière est facilitée par une pratique quasi systématique du tiers payant pour la part des dépenses de santé prise en charge par l'Assurance maladie (78 %). Elle se distingue aussi par une communication des tarifs des professionnels plus étendue que l'autre classe de maisons de santé, à l'accueil, dans la ou les salles d'attente (72 %) et conjointement dans les salles de consultation (28 %).

Le statut vis-à-vis des locaux est une autre des dimensions qui distingue cette classe des deux autres : au moins un médecin est propriétaire des locaux dans près d'un tiers

des sites (30 %), notamment les médecins généralistes (33 %) ; de même, au moins un paramédical est propriétaire des locaux dans près d'un site sur cinq (22 %), notamment les infirmiers (24 %).

En matière d'implantation géographique, cette classe concentre plus des trois quarts des sites libéraux implantés dans des bassins de vie ruraux défavorisés en besoins de soins mais avec une offre de soins satisfaisante, même s'ils ne représentent que 15 % des sites de cette classe. Par ailleurs, près d'un quart des sites est implanté dans des zones rurales défavorisées en offre de soins, soit une proportion moindre que dans l'autre classe de maisons de santé.

La majorité des sites de cette classe a souscrit au module des missions coordonnées (98 %) ; les montants déclarés s'élevant en moyenne à 46 484 € (42 900 € en valeur médiane). La moitié des sites a également souscrit au module 2 (50 %) ; la subvention moyenne perçue s'élevant à 24 382 € (15 000 €).

A l'instar de la classe de maisons précédente, les fonds ENMR sont quasi systématiquement mobilisés pour indemniser ou compenser les professionnels du site pour le temps consacré à la coordination (87 %), selon des modalités fixes le plus souvent, et dans plus d'un site sur deux pour financer l'achat d'équipement et/ou de matériel (54 %) ou le temps consacré au management du site (59 %). Les montants moyens alloués sont respectivement de 20 024 € (14 300 € en valeur médiane), 6 656 € (3 689 €) et 11 001 € (6 920 €).

6. Conclusion

L'enquête auprès des sites regroupés pluriprofessionnels participant aux premières vagues des ENMR, et les analyses factorielles et classifications mises en œuvre, ont permis de mettre en évidence l'existence d'une forte hétérogénéité entre les sites résultant notamment de caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles distinctes. Aussi, nous avons élaboré une typologie en cinq classes, deux pour les centres de santé et trois pour les maisons et pôles de santé regroupant entre eux les sites les plus ressemblants sur la base des dimensions considérées comme déterminantes de la performance. Ces classes se distinguent entre elles par des différences importantes en matière de taille, de composition, d'accessibilité, d'étendue des rôles et fonctions développés par les secrétariats, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, d'intensité de l'intégration, de la coordination et de la coopération au sein et entre catégories de professionnels. Ainsi, elle permet d'aller au-delà de la traditionnelle distinction des sites entre eux selon leur statut, maison de santé pour les maisons et pôles versus centres de santé, ou selon leurs professionnels, libéraux versus salariés.

Ce travail met en évidence deux apports permettant d'enrichir la connaissance des sites regroupés pluriprofessionnels apparaissant désormais comme des acteurs importants dans le paysage des soins ambulatoires. D'une part, il apporte de la connaissance nouvelle sur les caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles des sites regroupés pluriprofessionnels, pour lesquels aujourd'hui il n'existe que peu de données. D'autre part, il permet de mieux qualifier les structures volontaires ayant participé aux ENMR et d'apporter un éclairage sur leurs dimensions procédurales et structurelles

identifiables. Néanmoins, si l'extrapolation des résultats observés ici pour 98 maisons et pôles de santé à l'ensemble des maisons aujourd'hui recensées, 280 selon les données de l'Observatoire des recompositions de la DGOS, paraît raisonnable, cela n'est pas le cas pour les centres de santé. La taille de notre échantillon est en effet modeste au regard du nombre de centres de santé recensés, environ 400 (Igas, 2013).

Surtout, cette typologie constitue un outil utile intégrant les différences structurelles, organisationnelles et fonctionnelles des sites. Elle sera ainsi mobilisable dans les prochains travaux relatifs à l'évaluation des ENMR pour analyser les différences d'impact du regroupement pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé – comparativement à l'exercice isolé – sur l'activité, la productivité et la qualité des pratiques des médecins généralistes, de recours et de dépenses de soins des assurés, ou encore des parcours de soins des patients entre la médecine de ville et l'hôpital.

7. Références

- Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousquès J. (2011). « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? » *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 165, avril.
- Afrite A., Bourgueil Y., Daniel F., Mousquès J. (2013). « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode d'une évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 189, juillet-août.
- Audric S. (2004). « L'exercice en groupe des médecins libéraux ». *Drees, Études et Résultats*, n° 314, juin.
- Ashworth M., Armstrong D. (2006). "The Relationship Between General Practice Characteristics and Quality of Care: a National Survey of Quality Indicators Used in the UK Quality and Outcomes Framework", 2004–5. *BMC Family Practice*, 7 :68
- Baudier F., Thomas T. dir. (2009). « Les maisons de santé : une solution d'avenir ? ». *Santé Publique*, vol. 21, suppl. n° 4 : 111 p.
- Bourgueil Y., Clément M.-C., Couralet P.-E., Mousquès J., Pierre A. (2009a). « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 147, octobre.
- Bourgueil Y., Mousquès J., Marek A. (2009b). « La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français ». *Santé Publique*, vol. 21, suppl. n° 4 : p. 27-38.
- Burgess J.F., Street A. (2011). "Measuring Organizational Performance", in Glied S. et Smith P., *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University press, New York, pp. 688-706.
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés/Direction générale de l'offre de soins/Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. (2012). *Rapport d'activité 2011*.

- Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil, B., Rican S., Salem G. (2013). « Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France ». Irdes, Document de travail n° 57.
- Contandriopoulos A.P, Champagne F, Denis J.L., Avargues M.C. (2000). « L'évaluation dans le domaine de la santé : concept et méthodes ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique* ; 48(6) : 521
- Curoe A., Kralewski J., Kaissi A. (2003). "Assessing the Cultures of Medical Group Practices", *J Am Board FamPract* 16(5):394-8.
- Dahrouge S., Hogg W., Russell G., Geneau R., Kristjansson E., Muldoon L., Johnston S. (2009). "The Comparison of Models of Primary Care in Ontario (COMP-PC) Study: Methodology of a Multifaceted Cross-Sectional Practice-Based Study". *Open Medicine*, 3(3), e149
- Donabedian A. (2005). "Evaluating the Quality of Medical Care". *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, N° 4, 2005 (pp. 691-729).
- Engels Y., Campbell S., Dautzenberg M., *et al.* (2005). "Developing a Framework of, and Quality Indicators for, General Practice Management in Europe". *Fam Pract* ; 22(2): 215–222.
- Epstein M.A, Jha A.K., Orav E.J, Liebman D.L., Audet A.M.J., Zezza M.A., Guterman S. (2014). "Analysis Of Early Accountable Care Organizations Defines Patient, Structural, Cost, And Quality-of-Care Characteristics". *Health Affairs*, 33, n°.1: 95-102.
- Escofier B., Pagès J. (2008). *Analyses factorielles simples et multiples : Objectifs, méthodes et interprétation*. Paris, Dunod, 4e édition, 284 p.
- Evrard I., Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Baudier F. (2011). « Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale », In *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, sous la direction de Gautier A., Inpes, pp 221-237.
- Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. (2014). « Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR) ». Les rapports de l'Irdes n° 557, septembre.
- Hombergh van den P., Engels Y., Hoogen van den H. *et al.* (2009). "Saying 'Goodbye' to Singlehanded Practices; What Do Patients and Staff Lose or Gain?" *Family Practice* ; 22(1): 20–27.
- Humières (d') D., Gottely J. (1989). « Une pratique particulière de la médecine libérale : l'exercice en groupe ». *Solidarité, Santé, Études statistiques*, n° 4.
- Hutchison B., Levesque J.F., Strumpf E., *et al.* (2011). "Primary Health Care in Canada: Systems in Motion". *Milbank Q*;89: 256–88.
- Igas. (2013). « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain ». Rapport n° RM2013-119P. Juillet
- Igas. (2004). « Etude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral ». Rapport n° 2004-044, avril.

- Juilhard J.M., Crochemore B., Touba A., Vallancien G., Chambaud L., Schaetzel F. (2010). *Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. Paris : La documentation française, 2010 : 52 p.
- Kringos D., Boerma W.G.W, Hutchinson A., Van der Zee J., Groenewegen P.P. (2010). "The Breadth of Primary Care: a Systematic Literature Review of its Core Dimensions". *BMC Health Services Research*, 10: 65
- Lamarche P.A., Beaulieu M.D., Pineault R. *et al.* (2003). "*Choices For Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada*", Canadian Health Services Research Foundation, Ontario, Canada,.
- Levesque J.F., Pineault R., Provost S. *et al.* (2010) "Assessing the Evolution of Primary Healthcare Organizations and their Performance (2005-2010) in Two Regions of Québec Province: Montréal and Montérégie". *BMC Family Practice* 11: 95
- Mousquès J. (2011). « Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? » In : Le métier de médecin, Grignon M. (coord.), *Revue Française des Affaires sociales*, n° 2-3, p. 254-275.
- Pagès, J. (2004). « Analyse factorielle de données mixtes ». *Revue de Statistique Appliquée* 52.4: 93-111.
- Rebitzer J.B., Votruba M.E. (2011). "Organizational Economics and Physician Practices". NBER, Working Paper n°17535.
- Rittenhouse D.R., Casalino L.P., Gillies R.R., Shortell S.M., Lau B. (2008). "Measuring the Medical Home Infrastructure in Large Medical Groups". *Health Affairs*, 27 (5): 1246-1258.
- Starfield B., Shi L, Macinko J. (2005). "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health". *Milbank Q.*;83(3): 457-502.
- Town R., Wholey D.R., Kralewski J., Dowd B.E.(2004). "Assessing the Influence on Physicians and Medical Groups". *Medical Care Research and Review* 61(3 Suppl): 80S-118S,.
- Zazzali J.L., Alexander J.A., Shortell S.M., Burns L.R. (2007). "Organizational Culture and Physician Satisfaction with Dimensions of Group Practice", *Health Serv Res* 42(3 Pt1):1150-76.

Annexe 1. Liste des variables actives et illustratives introduites dans l'analyse

Tableau 4. Liste des variables nominales et continues actives

		Type de variables	Nbre de modalités	Typologie M(aisons), P(ôles), C(entres) de santé M-P-C M-P	
		Nominale : N Continue : C			
Statut, ancienneté, management, locaux, composition et équipement					
1	Statut du site	N	3	X	-
2	Nombre d'années d'ancienneté de la structure en 2012	C	-	X	X
3	Professionnel assurant le management du site	N	4*	X	X
4	Au moins un médecin généraliste...	du site est-il locataire ou propriétaire des locaux ?	N	5*	X
5	Au moins un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste)...		N	5*	-
6	Au moins un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue)...		N	5*	-
7	Surface totale du site en m ²	C	-	X	X
8	Taille moyenne des salles de consultation de médecine générale dans le site	C	-	X	X
9	Taille moyenne des espaces de soins dédiés aux soins infirmiers dans le site	C	-	X	X
10	Nombre de médecins généralistes...	installés dans le site en 2012	C	-	X
11	Nombre d'infirmiers...		C	-	X
12	Nombre de masseurs-kinésithérapeutes...		C	-	X
13	Nombre de professionnels de santé médicaux (hors médecins généralistes)...		C	-	X
14	Nombre de professionnels de santé paramédicaux (hors infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes)...		C	-	X
15	Nombre de professionnels autres...		C	-	X
16	Nombre de matériels médicaux disponibles dans le site (varie de 0 à 27)	C	-	X	X
Informatisation et partage de l'information					
17	Aide au diagnostic	N	3*	X	X
18	Fonctionnalités informatiques utilisées régulièrement par les médecins	Aide à la prescription et/ou à l'interprétation des électrocardiogrammes et/ou à l'interprétation des explorations fonctionnelles respiratoires	N	3*	X
		Aide à la prescription	N	3*	-
20		Aide à l'interprétation des électrocardiogrammes et/ou à l'interprétation des explorations fonctionnelles respiratoires	N	3*	-
21		Réception/télétransmission des feuilles de soins électroniques et/ou de résultats de biologie et/ou de comptes rendus et courriers par Internet (ou interprofessionnelle)	N	3*	X
22	Actions régulières à partir du dossier médical informatisé	Edition de notes de synthèse et/ou de plans de prévention personnalisés et/ou extractions de listes de patients à relancer pour des actes de dépistage et/ou de prévention	N	3*	X
23		Extraction d'une liste des patients inscrits médecin traitant et/ou de la file active	N	3*	X
24		Extraction d'une liste des patients porteurs d'une pathologie donnée et/ou d'une caractéristique donnée et/ou de données caractérisant les soins pratiqués à des patients donnés	N	3*	X
25	Accessibilité par d'autres médecins du site	au dossier médical (informatique ou papier) d'un patient suivi par un médecin du site	N	3*	X
26	Accessibilité par la/les secrétaire(s) et/ou tous les autres professionnels de santé non médecins		N	3*	X
27	Les infirmiers utilisent-ils l'informatisation pour gérer les dossiers infirmiers des patients ?		N	3*	X
Accessibilité physique, horaire et financière					
28	L'accès au site est-il adapté aux personnes à mobilité réduite et dans le site, la circulation des personnes à mobilité réduite est facilitée ?	N	3*	X	X
29	Durée d'ouverture du site le samedi	N	4*	X	X
30	Ouverture du site au moins 12h/jour du lundi au vendredi (continuité des soins)	N	3*	X	X
31	Les médecins du site se sont-ils organisés collectivement pour participer à la permanence des soins (gardes/astreintes) et/ou à la régulation médicale de cette dernière ?	N	5*	X	X

Suite du tableau page suivante

Tableau 4. Liste des variables nominales et continues actives

Suite 1

		Type de variables	Nbre de modalités	Typologie	
		Nominale : N Continue : C		M(aisons), P(ôles), C(entres) de santé	M-P-C
Accessibilité physique, horaire et financière (suite)					
32	Modalités d'accès à la médecine générale au sein du site	N	3*	X	X
33	Modalités d'accès aux soins infirmiers au sein du site ?	N	3*	X	X
34	Les demandes d'inscription (médecin généraliste traitant) de nouveaux patients sont-elles systématiquement acceptées ?	N	3*	X	-
35	Pratique régulière du tiers payant par le site pour la part obligatoire (AMO) et/ou complémentaire (AMC) de la dépense ?	N	4*	X	-
Rôles professionnels, coordination mono et pluriprofessionnelle, coopération interne et collaboration externe					
36	Conseil ou information de nature médicale au patient notamment pour les demandes urgentes ou non programmées	N	2	X	X
37	Gestion des dossiers patients (archivage des courriers, résultats des examens...)	N	2	X	X
38	Encaissement	N	2	X	-
39	Comptabilité (écritures comptables...)	N	2	X	X
40	Aide à l'ouverture de droits ou accompagnement dans les démarches administratives et sociales	N	2	X	-
41	Organisation des activités de la structure	N	2	X	X
42	Gestion des programmes d'éducation thérapeutique	N	2	X	X
43	Les infirmières développent-elles des rôles et fonctions particuliers allant au-delà de la délivrance de soins infirmiers en cabinet ou à domicile ?	N	2	X	X
44	Accueil téléphonique, conseil ou information au patient, des demandes non programmées ou urgentes	N	2	X	X
45	Préparation de l'amont de la consultation (préparation des dossiers patient, biométrie...)	N	2	X	-
46	Education thérapeutique du patient chronique (diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque chronique, insuffisance rénale chronique)	N	2	X	X
47	Suivi des anti-vitamines K pour les patients sous traitement anticoagulant	N	2	X	X
48	Coordination des parcours de soins complexes (patients ayant une polyopathie chronique...)	N	2	X	X
49	Aide au médecin pendant sa consultation	N	2	X	-
50	Gestion du dossier patient	N	2	X	-
51	Fréquence des réunions: entre médecins généralistes	N	5*	-	X
52	sur des questions d'organisation: entre infirmiers	N	5*	-	X
53	de l'équipe de soins: entre médecins généralistes et infirmiers	N	5*	X	X
54	Fréquence des réunions: entre médecins généralistes	N	5*	-	X
55	sur des questions médicales: entre infirmiers	N	5*	-	X
56	: entre médecins généralistes et infirmiers	N	5*	X	X
57	Des échanges pluriprofessionnels et réguliers sont-ils mis en place pour gérer les cas complexes ?	N	2	X	X
58	Nature de la formalisation des protocoles de suivi et de prise en charge des maladies chroniques	N	5	X	X
59	Nombre de champs d'action distincts du protocole de suivi et de prise en charge et de prise en charge des maladies chroniques	C	-	X	X
60	La structure développe-t-elle régulièrement des actions de promotion de la santé (éducation à la santé à l'école...) ou de prévention (dépistage des infections sexuellement transmissibles...)	N	3*	X	X
61	Le site a-t-il mis en place des projets ou processus de coopération régulière entre les professionnels de santé et/ou les autres professionnels (personnel administratif ou médico-social) ?	N	3*	X	X
62	Le site a-t-il une collaboration ou une coordination régulières (convention, réunion d'échange, intervention, communication, expertise, activité de soins...) avec des services ou des institutions inscrits sur le territoire ?	N	3*	X	X
63	Le site participe à un ou plusieurs réseaux et/ou a une collaboration avec des professionnels de santé extérieurs au site ?	N	4*	X	X

* Une des modalités correspond aux réponses manquantes de la variable.

Tableau 5. Liste des variables nominales et continues illustratives

			Type de variables	Nbre de modalités	Typologie	
			Nominale : N Continue : C		M(aisons), P(ôles), C(entres) de santé	M-P-C
Statut, implantation géographique, locaux et composition						
1	Statut du site en 4 classes		N	4	x	x
2	Société et regroupement de moyens (SGM), avec au moins...	un professionnel de santé signataire	N	3**	x	-
3		un médecin généraliste signataire	N	3**	x	-
4		un infirmier signataire	N	3**	x	-
5		un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) signataire	N	3**	-	x
6		un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) signataire	N	3**	-	x
7		un professionnel de santé signataire	N	3**	x	-
8	Société et regroupement d'exercice (SGE), avec au moins...	un médecin généraliste signataire	N	3**	x	-
9		un infirmier signataire	N	3**	x	-
10		un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) signataire	N	3**	-	x
11		un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) signataire	N	3**	-	x
12	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa statut en cours d'adoption), avec au moins...	un professionnel de santé signataire	N	3**	x	-
13		un médecin généraliste signataire	N	3**	x	-
14		un infirmier signataire	N	3**	x	-
15		un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) signataire ?	N	3**	-	x
16		un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) signataire	N	3**	-	x
17	Association, avec au moins...	un professionnel de santé signataire	N	3**	x	-
18		un médecin généraliste signataire	N	3**	x	-
19		un infirmier signataire	N	3**	x	-
20		un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) signataire	N	3**	-	x
21		un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) signataire	N	3**	-	x
22	Société civile immobilière (SCI), avec au moins...	un professionnel de santé signataire ?	N	3**	x	-
23		un médecin généraliste signataire	N	3**	x	-
24		un infirmier signataire	N	3**	x	-
25		un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) signataire	N	3**	-	x
26		un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) signataire	N	3**	-	x
27	Construction d'une zone locale témoin (ZLT)		N	2	x	x
28	Classe d'appartenance à la typologie géographique		N	6	x	x
29	Au moins un médecin généraliste du site est-il locataire ou propriétaire des locaux ?		N	5*	-	x
30	Au moins un infirmier du site est-il locataire ou propriétaire des locaux ?		N	5*	x	x
31	Type de bâtiment du nouveau site		N	4***	-	x
32	Taille moyenne des espaces de soins dédiés à la kinésithérapie dans le site		C		x	x
33	Nombre de salles de consultations ou administration des soins (salles de consultations, de réalisation d'actes techniques) dans le site		C		x	x
34	Nombre d'espaces dédiés aux soins infirmiers dans le site		C		x	x

Suite du tableau page suivante

Tableau 5. Liste des variables nominales et continues illustratives
Suite 1

		Type de variables	Nbre de modalités	Typologie		
		Nominale : N Continue : C		M(aisons), P(ôles), C(entres) de santé	M-P-C	M-P
Statut, implantation géographique, locaux et composition (suite)						
35	Nombre d'espaces dédiés à la kinésithérapie dans le site	C	-	x	x	
36	Nombre de salles ou espaces d'accueil et d'attente (accueil secrétariat, salles/espaces d'attente) dans le site	C	-	x	x	
37	Nombre de salles de réunion et/ou de repas et/ou de repos dans le site	C	-	x	x	
38	Nombre de catégories distinctes de professionnels de santé médicaux installés dans le site en 2012	C	-	x	x	
39		de santé paramédicaux installés dans le site en 2012	C	-	x	x
40		autres installés dans le site en 2012	C	-	x	x
Informatisation et certification						
41	Aide à la prescription	N	3*	x	-	
42	Interprétation des électrocardiogrammes	N	3*	x	x	
43	Fonctionnalités informatiques utilisées régulièrement par les médecins	N	3*	x	x	
44		Réception/télétransmission des feuilles de soins électroniques	N	3*	x	x
45		Réception/télétransmission des résultats de biologie par Internet (ou interprofessionnelle)	N	3*	x	x
46		Réception/télétransmission de comptes rendus et courriers par Internet (ou interprofessionnelle)	N	3*	x	x
47		Note de synthèse		3*	x	x
48	Plan de prévention personnalisé	N	3*	x	x	
49	Actions régulières à partir du dossier médical informatisé	N	3*	x	x	
50		Extraction de données caractérisant les soins pratiqués pour des patients donnés (porteurs d'une maladie ou d'une caractéristique donnée)	N	3*	x	x
51		Extraction de la liste des patients inscrits médecin traitant	N	3*	x	x
52		Extraction de la liste des patients de la file active	N	3*	x	x
53		Extraction d'une liste de patients porteurs d'une caractéristique donnée (âge, sexe...)	N	3*	x	x
54	Extraction d'une liste de patients porteurs d'une pathologie donnée	N	3*	x	x	
55	Extraction d'une liste des patients à relancer pour des actes de dépistage et/ou de prévention (vaccin, frottis, mammographie, coloscopie, hémoculture...)	N	3*	x	x	
55	Certification (ASIP, HAS) du logiciel unique utilisé par les médecins pour gérer les dossiers médicaux	N	5*	x	x	
56	Les infirmiers utilisent-ils tous le même logiciel pour gérer les dossiers infirmiers des patients	N	4***	x	x	
Accessibilité physique, horaire et financière						
57	Le site dispose-t-il d'un parking pour les patients ?	N	3*	x	x	
58	Le site est-il aisément accessible en transports en commun ?	N	3*	x	x	
59	Durée d'ouverture hebdomadaire du site (min)	C	-	x	x	
60	Nombre moyen de demi-journées d'ouvertures du site dans une semaine ordinaire (en dehors de la participation éventuelle à la permanence des soins et/ou à sa régulation)	C	-	x	x	
61	Les demandes d'inscription (médecin généraliste traitant) de nouveaux patients sont-elles systématiquement acceptées ?	N	3*	-	x	
62	Pratique régulière du tiers payant par le site pour la part obligatoire de la dépense	N	3*	x	x	
63	Pratique régulière du tiers payant par le site pour la part complémentaire de la dépense	N	3*	x	x	
64	Nombre de mutuelles, d'assurances ou d'instituts de prévoyance différents pour lesquels est pratiqué le tiers payant sur la dépense complémentaire	C	-	x	x	
65	Communication des informations sur les tarifs pratiqués par les professionnels du site	N	4*	x	x	

Suite du tableau page suivante

Tableau 5. Liste des variables nominales et continues illustratives
Suite 2

		Type de variables	Nbre de modalités	Typologie	
		Nominale : N Continue : C		M(aisons), P(ôles), C(entres) de santé	M-P
Rôles professionnels, coordination monoprofessionnelle, coopération interne et collaboration externe					
66	Le site bénéficie-t-il de personnels assurant le secrétariat ?	N	4*	x	x
67	Accueil téléphonique	N	2	x	x
68	Accueil physique	N	2	x	x
69	Prise de rendez-vous	N	2	x	x
70	Rôles et fonctions assumés par le secrétariat : Coordination (ex. téléphone, courrier...) avec les professionnels extérieurs au site ou en institution	N	2	x	x
71	Gestion des consommables (suivi des stocks, passage des commandes...)	N	2	x	x
72	Gestion, maintenance de la structure	N	2	x	x
73	Encaissement	N	2	-	x
74	Aide à l'ouverture de droits ou accompagnement dans les démarches administratives et sociales	N	2	-	x
75	Préparation de l'amont de la consultation (préparation des dossiers patient, biométrie...)	N	2	-	x
76	Rôles et fonctions particuliers assumés par les infirmiers : Accueil physique, voire consultations infirmières ou orientation des demandes non programmées	N	2	x	x
77	Accueil physique, voire consultations infirmières ou orientation des demandes urgentes	N	2	x	x
78	Suivi de l'aval de la consultation (information sur la prescription et sur l'observance)	N	2	x	x
79	Suivi des lombalgies chroniques (dépistage, bilan kinésithérapeutique)	N	3*	x	x
80	Diagnostic et prise en charge de pathologies cardio-respiratoires (bronchiolite, BPCO, insuffisants cardiaques et rénaux)	N	3*	x	x
81	Rôles et fonctions particuliers assumés par les masseurs-kinésithérapeutes : Prévention des troubles musculo-squelettiques	N	3*	x	x
82	Suivi des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques	N	3*	x	x
83	Prévention et rééducation des troubles de la marche chez les personnes âgées	N	3*	x	x
84	Rééducation périnéale	N	3*	x	x
85	Rôles et fonctions particuliers assumés par les masseurs-kinésithérapeutes : Rééducation des vertiges	N	3*	x	x
86	Education thérapeutique	N	3*	x	x
87	Fréquence des réunions : sur des questions d'organisation de l'équipe de soins entre médecins généralistes	N	5*	x	-
88	sur des questions d'organisation de l'équipe de soins entre infirmiers	N	5*	x	-
89	sur des questions médicales entre médecins généralistes	N	5*	x	-
90	sur des questions médicales entre infirmiers	N	5*	x	-
91	Le suivi et la prise en charge des patients souffrant de maladie chronique s'appuient-ils sur des protocoles formalisés pour les professionnels de santé (aide-mémoire papier ou électronique, pour certaines maladies ou population spécifiques...)?	N	2	x	x
92	Proportion d'actes réalisés par un autre médecin généraliste du site (CDG/MSP/PDS) auprès des patients inscrits médecin traitant dans ce site (CDS/MSP/PDS)	C	-	x	x
93	Proportion de prescriptions d'actes infirmiers réalisées par un médecin généraliste du site (CDS/MSP/PDS) exécutés par un infirmier du site (CDS/CDG/MSP/PDS)	C	-	x	x
94	Proportion d'actes infirmiers réalisés par les infirmiers du site (CDS/MSP/PDS) qui sont prescrits par les médecins généralistes du site (CDS/CDG/MSP/PDS)	C	-	x	x
95	Le site participe-t-il à un ou plusieurs réseaux (le(s) professionnel(s) y participant le faisant au moins en partie au titre du site) ?	N	2	x	x
96	Le site a-t-il une collaboration régulière avec les professionnels de santé extérieurs au site, en dehors des réseaux évoqués précédemment ?	N	2	x	x

Suite du tableau page suivante

Tableau 5. Liste des variables nominales et continues illustratives
Suite 3

		Type de variables	Nbre de modalités	Typologie		
		Nominale: N Continue: C		M(aisons), P(ôles), C(entres) de santé	M-P-C	M-P
Utilisation des fonds ENMR						
97	Allocations des ressources ENMR	Indemnisation/salariat du médecin ou d'un autre professionnel, du temps consacré au management du site	N	3*	x	x
98		Indemnisation/compensation des professionnels du site, du temps consacré à la coordination	N	3*	x	x
99		Achat d'équipement et/ou de matériel (médical, informatique)	N	3*	x	x
100		Modalités d'indemnisation/compensation des professionnels du site pour le temps consacré à la coordination	N	4***	x	x

* Une des modalités correspond aux "non réponses" de la variable

** Une des modalités correspond aux "non réponses" de la variable ou "non concerné" pour les questions adressées uniquement aux centres de santé ou aux maisons et pôles de santé

*** Deux des modalités correspondent à "non réponse" et "non concerné"

Annexe 2. Analyse factorielle des données mixtes (AFDM) - Tableaux des valeurs propres

Échantillon des maisons, pôles et centres de santé

L'analyse de l'histogramme des valeurs propres issu de l'AFDM nous indique que les trois premiers axes factoriels traduisent 24 % de l'information initiale, le premier axe factoriel en résumant à lui seul 10 %. La part de l'inertie totale expliquée augmente ensuite plus faiblement passant de 29 % avec 4 axes à 76 % pour 25 axes (*cf.* Tableau 6).

Les dimensions qui apparaissent les plus discriminantes entre les sites sont : le statut, l'ancienneté, l'information, la taille, l'accessibilité, la coopération et la coordination.

Les deux premiers axes factoriels sont chacun fortement liés à cinq grandes dimensions suivantes. Premièrement, à la dimension statutaire (maison, pôle ou centre de santé), d'ancienneté et à la situation des médecins généralistes relativement aux locaux (locataires/propriétaires). Deuxièmement, à l'information et à son informatisation : les critères de partage du dossier médical entre professionnels médicaux et paramédicaux ; l'usage régulier de fonctionnalités informatiques par les médecins ainsi que la réalisation d'actions à partir du dossier médical informatisé. Troisièmement à la taille, la composition et à l'équipement des sites : la composition en professionnels médicaux et administratifs, les effectifs de médecins généralistes (axe 2 uniquement), masseurs-kinésithérapeutes (axe 1) et infirmiers ; la surface totale du site (axe 2 uniquement) ; le niveau d'équipement en matériels médicaux. Quatrièmement, à l'accessibilité : financière (pratique du tiers payant pour la partie des dépenses de santé prise en charge par l'Assurance maladie et/ou des complémentaires de santé) et horaire (ouverture ou non du site au moins 12 heures par jour du lundi au samedi, axe 2 uniquement). Et enfin, à la coordination et coopération entre professionnels : rôles et fonctions particuliers assumés par les infirmiers et les secrétariats (axe 2 uniquement) ; collaboration/coordination avec des services, institutions ou autres professionnels extérieurs aux sites ; actions de promotion de la santé. Aussi, la nature des variables considérées dans chacune de ces dimensions suggère fortement que les sites contribuant le plus à la définition de ces axes sont les centres de santé, par opposition aux maisons et pôles de santé.

Le troisième axe factoriel est fortement caractérisé par les questions relatives à la coopération entre professionnels médicaux et/ou paramédicaux, qui expliquent à elles seules les trois quarts de l'information résumée par cet axe factoriel. Ainsi, sont fortement contributives les questions relatives : à la fréquence des rencontres entre professionnels médicaux et paramédicaux dans le site (sur des questions d'organisation, médicales ou de gestion des cas complexes) ; aux rôles et fonctions particuliers des infirmiers allant au-delà de la délivrance de soins infirmiers en cabinet ou à domicile, et certains rôles et fonctions assumés ou non par les secrétariats ; les échanges et processus de coopération/coordination entre professionnels du site et extérieurs au site. L'informatisation (fonctionnalités informatiques régulièrement utilisées par les médecins, ainsi que les actions réalisées à partir du dossier médical, l'utilisation de l'informatique pour la gestion des dossiers infirmiers), le niveau d'équipement en matériels médicaux sont les autres dimensions expliquant l'essentiel du reste de l'information portée par l'axe.

La surface totale du site ainsi que la composition en personnels professionnels de santé (notamment en médecins généralistes installés) et administratifs contribuent à expliquer près de la moitié de l'information résumée par le quatrième axe. L'accessibilité du site aux personnes à mobilité réduite, le nombre d'espaces dédiés aux soins, l'utilisation régulière par les médecins des fonctions informatiques pour l'interprétation des résultats (épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR), électrocardiogrammes (ECG)) et comme aide au diagnostic et à la prescription, les rôles et fonctions assumés par les infirmiers, sont les autres dimensions fortement associées à cet axe.

Le cinquième axe exprime principalement la coopération et la coordination entre professionnels de santé avec comme modalités dominantes la nature de la formalisation et le nombre distinct de champs d'action des protocoles de suivi et de prise en charge des maladies chroniques. D'autres dimensions sont exprimées : le partage du dossier médical entre professionnels du site, l'utilisation des fonctionnalités informatiques pour l'interprétation de résultats (EFR, ECG) et d'aide au diagnostic et à la prescription.

Tableau 6. Tableau des valeurs propres de l'AFDM des maisons, pôles et centres de santé

Aperçu de la précision des calculs : Trace avant diagonalisation : 75,1406

Somme des valeurs propres : 75,1406

Histogramme des 30 premières valeurs propres

Numéro	Valeur propre	Pourcentage	Pourcentage cumulé	
1	7,6339	10,16	10,16	*****
2	6,6056	8,79	18,95	*****
3	4,0751	5,42	24,37	*****
4	3,3049	4,40	28,77	*****
5	2,9854	3,97	32,75	*****
6	2,7351	3,64	36,39	*****
7	2,4584	3,27	39,66	*****
8	2,1752	2,89	42,55	*****
9	2,0703	2,76	45,31	*****
10	2,0598	2,74	48,05	*****
11	1,8841	2,51	50,56	*****
12	1,7942	2,39	52,94	*****
13	1,6982	2,26	55,20	*****
14	1,6339	2,17	57,38	*****
15	1,5970	2,13	59,50	*****
16	1,4698	1,96	61,46	*****
17	1,4633	1,95	63,41	*****
18	1,3350	1,78	65,18	*****
19	1,2720	1,69	66,88	*****
20	1,2550	1,67	68,55	*****
21	1,2049	1,60	70,15	*****
22	1,1147	1,48	71,63	*****
23	1,1072	1,47	73,11	*****
24	1,0477	1,39	74,50	*****
25	1,0293	1,37	75,87	*****
26	0,9420	1,25	77,12	*****
27	0,9154	1,22	78,34	*****
28	0,8943	1,19	79,53	*****
29	0,8534	1,14	80,67	*****
30	0,8334	1,11	81,78	*****

Édition sommaire des valeurs propres suivantes :

31 = 0,8100 32 = 0,7869 33 = 0,7121 34 = 0,7045 35 = 0,6558 36 = 0,6416 37 = 0,5854 38 = 0,5558 39 = 0,5428 40 = 0,5147
 41 = 0,5022 42 = 0,4771 43 = 0,4391 44 = 0,4235 45 = 0,4206 46 = 0,3960 47 = 0,3703 48 = 0,3231 49 = 0,3101 50 = 0,2920
 51 = 0,2876 52 = 0,2603 53 = 0,2441 54 = 0,2180 55 = 0,2021 56 = 0,1885 57 = 0,1782 58 = 0,1750 59 = 0,1651 60 = 0,1584
 61 = 0,1306 62 = 0,1174 63 = 0,1098 64 = 0,1057 65 = 0,0950 66 = 0,0867 67 = 0,0768 68 = 0,0742 69 = 0,0712 70 = 0,0603
 71 = 0,0528 72 = 0,0472 73 = 0,0365 74 = 0,0299 75 = 0,0266 76 = 0,0211 77 = 0,0094

Valeur propre moyenne apportée par un axe : 75,1406/77 = 0,975851948.

Échantillon des maisons et pôles de santé

L'analyse de l'histogramme des valeurs propres issu de l'Analyse factorielle de données mixtes (AFDM) nous indique que les quatre premiers axes factoriels traduisent 26 % de l'information initiale, le premier axe factoriel en résumant à lui seul 10 %. La part de l'inertie totale expliquée augmente ensuite plus faiblement passant de 30 % avec 5 axes à 78,3 % pour 27 axes (*cf.* Tableau 7).

Les dimensions les plus discriminantes entre les sites sont : l'informatisation, la coordination et la collaboration pluriprofessionnelles. Le premier axe factoriel est fortement lié à trois dimensions. Premièrement, à la dimension administrative des sites au travers du statut des médecins et des paramédicaux relativement aux locaux (locataire et/ou propriétaire), ainsi qu'au management du site. Deuxièmement, à la fréquence des réunions multidisciplinaires entre médecins généralistes et infirmiers sur des questions médicales ou d'organisation des équipes de soins, ainsi que la coopération entre professionnels à travers la formalisation des protocoles de suivi et de prise en charge des maladies chroniques. Troisièmement, par l'accessibilité au site le samedi.

Le second axe traduit principalement le niveau d'informatisation des sites : les fonctionnalités informatiques régulièrement utilisées par les médecins ainsi que les actions réalisées à partir du dossier médical. Secondairement, la coopération entre professionnels de santé et/ou les autres professionnels administratifs ou médicosociaux, ainsi que la participation à des réseaux et/ou une collaboration avec des professionnels de santé extérieurs au site. Troisièmement, l'accessibilité au site pour les personnes à mobilité réduite. Enfin, il exprime également, mais dans une moindre mesure que pour le premier axe, le statut des paramédicaux relativement aux locaux et le management du site.

Le troisième axe est expliqué par la fréquence des réunions pluriprofessionnelles sur des questions médicales et, dans une moindre mesure, par celles portant sur des questions organisationnelles de l'équipe de soins dans le cadre de réunions entre médecins généralistes. Les fonctionnalités informatiques régulièrement utilisées par les sites sont ainsi fortement liées à cet axe comme le partage de l'information (dossiers médicaux) entre les professionnels du site. Certaines dimensions d'accessibilité sont également très contributives, accessibilité physique pour les personnes à mobilité réduite, modalité d'accès aux soins infirmiers et surtout l'organisation collective à la permanence des soins (gardes/astreintes) ou à la régulation médicale.

Le quatrième axe est quant à lui fortement lié à certaines fonctionnalités informatiques, l'accessibilité au site pour les personnes à mobilité réduite, la coopération entre professionnels internes ou extérieurs au site.

Enfin, le cinquième axe traduit essentiellement les dimensions de management et de statut des professionnels vis-à-vis des locaux, l'informatisation du site, la coordination et la coopération entre professionnels internes ou extérieurs au site.

Tableau 7. Tableau des valeurs propres de l'AFDM des maisons et pôles de santé

Aperçu de la précision des calculs : Trace avant diagonalisation : 79,1224

Somme des valeurs propres : 79,1224

Histogramme des 30 premières valeurs propres

Numéro	Valeur propre	Pourcentage	Pourcentage cumulé	
1	8,1206	10,26	10,26	*****
2	5,1064	6,45	16,72	*****
3	3,8608	4,88	21,60	*****
4	3,5437	4,48	26,08	*****
5	3,1048	3,92	30,00	*****
6	2,7948	3,53	33,53	*****
7	2,5857	3,27	36,80	*****
8	2,3974	3,03	39,83	*****
9	2,3553	2,98	42,81	*****
10	2,2354	2,83	45,63	*****
11	2,0788	2,63	48,26	*****
12	2,0612	2,61	50,86	*****
13	1,9960	2,52	53,39	*****
14	1,8852	2,38	55,77	*****
15	1,7936	2,27	58,04	*****
16	1,6748	2,12	60,15	*****
17	1,6205	2,05	62,20	*****
18	1,5605	1,97	64,17	*****
19	1,4965	1,89	66,06	*****
20	1,3760	1,74	67,80	*****
21	1,3543	1,71	69,52	*****
22	1,3110	1,66	71,17	*****
23	1,2234	1,55	72,72	*****
24	1,1712	1,48	74,20	*****
25	1,1153	1,41	75,61	*****
26	1,0729	1,36	76,96	*****
27	1,0353	1,31	78,27	*****
28	1,0000	1,26	79,54	*****
29	0,9588	1,21	80,75	*****
30	0,9064	1,15	81,89	*****

Édition sommaire des valeurs propres suivantes :

31 = 0,8703 32 = 0,8659 33 = 0,8350 34 = 0,7863 35 = 0,7245 36 = 0,6732 37 = 0,6358 38 = 0,6126 39 = 0,5916 40 = 0,5553
 41 = 0,5292 42 = 0,5008 43 = 0,4673 44 = 0,4478 45 = 0,4219 46 = 0,3906 47 = 0,3707 48 = 0,3510 49 = 0,3288 50 = 0,2849
 51 = 0,2846 52 = 0,2517 53 = 0,2425 54 = 0,2161 55 = 0,2111 56 = 0,1975 57 = 0,1906 58 = 0,1809 59 = 0,1572 60 = 0,1400
 61 = 0,1315 62 = 0,1193 63 = 0,1117 64 = 0,0919 65 = 0,0850 66 = 0,0813 67 = 0,0674 68 = 0,0616 69 = 0,0478 70 = 0,0419
 71 = 0,0388 72 = 0,0364 73 = 0,0301 74 = 0,0221 75 = 0,0199 76 = 0,0120 77 = 0,0115

Valeur propre moyenne apportée par un axe : 75,1406/77 = 0,975851948.

Annexe 3. Classification ascendante hiérarchique (CAH) - Dendogrammes

Le dendogramme est une représentation graphique de l'arbre hiérarchique des partitions. Il décrit l'ordre de regroupement successif des classes et permet ainsi d'obtenir un aperçu du nombre de classes dans lesquelles les sites de l'échantillon peuvent être regroupés.

Le nombre de classes de chaque partition dépend du niveau de coupure de l'arbre représenté ici par une ligne horizontale : il est égal au nombre de branches coupées de l'arbre. Pour chaque ligne horizontale coupant l'arbre sont indiqués le nombre de classes puis, au niveau des branches coupées, les pourcentages de sites contenus dans chacune de ces classes.

Sont ainsi présentées les partitions en 2, 3 et 4 classes issues des CAH directes sur les facteurs obtenus à l'issue des AFDM, d'abord sur l'échantillon global de sites (Figure 2), puis celui restreint aux maisons et pôles (Figure 3).

Par souci de clarté ne sont représentés que les 50 derniers éléments terminaux formés.

Figure 2. Dendogramme de la classification des maisons, pôles et centres de santé

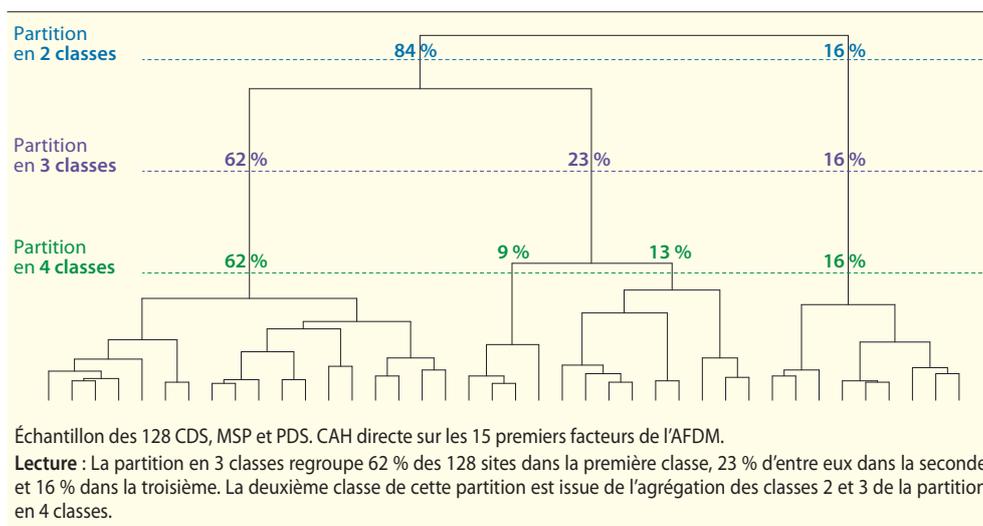
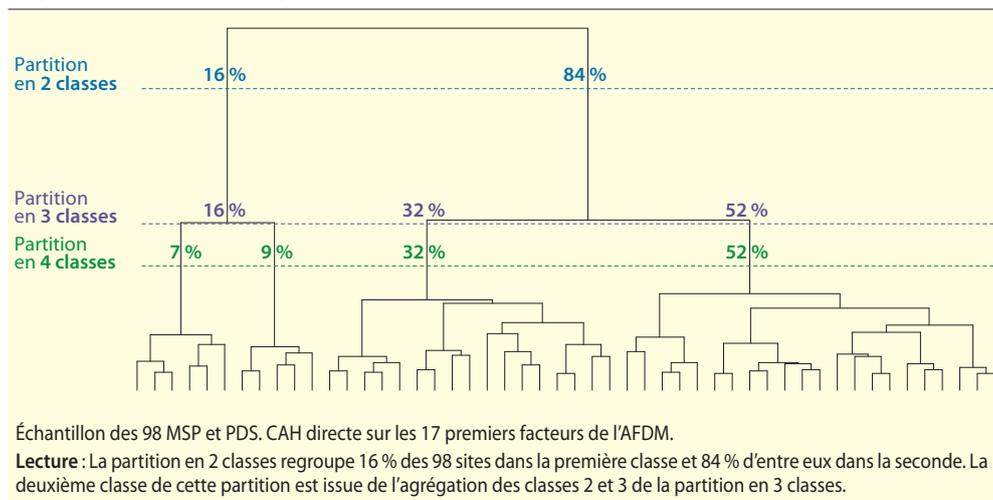


Figure 3. Dendrogramme de la classification des maisons et pôles de santé



Annexe 4. Statistiques descriptives - Caractérisation des 128 maisons, pôles et centres de santé et des classes de sites

Variables actives

Tableau 8. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives nominales

Questions introduites en variables actives nominales et modalités de réponse associées	Répondants à l'enquête site			Classes de centres de santé (CDS)			Classes de maisons (MSP) et pôles de santé (PDS)		
	CDS (N=30)	MSP (N=69)	PDS (N=29)	Classe 1 (N=12)	Classe 2 (N=18)	Classe 3 (N=19)	Classe 4 (N=33)	Classe 5 (N=46)	
	%	%	%	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	
1. Statut du site									
Centre de santé (CDS)	100,0	-	-	100,0	88,9	53,3	Non introduite		
Maison de santé (MSP)	-	100,0	-	0,0	5,6	1,4			
Pôle de santé (PDS)	-	-	100,0	0,0	5,6	3,4			
3. Professionnel assurant le management du site									
Un ou plusieurs professionnels de santé du site (bénévole, indemnisé, salarié)	30,0	75,4	58,6	8,3	50,0	11,5	47,4	13,0	
Personne ressource du site non professionnel de santé (salarié) ou externe au site (salarié)	50,0	5,8	6,9	83,3	27,8	23,8	5,3	16,7	
Plusieurs personnes ressources, professionnels de santé et/ou non, exerçant dans le site/extérieur au site	20,0	14,5	31,0	8,3	22,2	16,0	42,1	42,1	
Non réponse	0,0	4,4	3,5	0,0	0,0	0,0	5,3	25,0	
4. Au moins un médecin généraliste du site est-il locataire ou propriétaire des locaux ?									
Propriétaire	16,7	23,2	20,7	0,0	33,3	22,2			
Locataire, bail standard	30,0	46,4	58,6	58,3	12,1	3,4			
Locataire, bail spécial	36,7	2,9	3,5	16,7	44,4	57,1			
Locataire et propriétaire	0,0	24,6	13,8	0,0	0,0	0,0			
Non réponse	16,7	2,9	3,5	25,0	11,1	25,0			
5. Au moins un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) du site est-il locataire ou propriétaire des locaux ?									
Propriétaire	16,7	21,7	17,2				15,8	15,0	
Locataire, bail standard	30,0	44,9	58,6				63,2	25,0	
Locataire, bail spécial	36,7	2,9	3,5	Non introduite			0,0	0,0	
Locataire et propriétaire	0,0	27,5	17,2				10,5	8,3	
Non réponse	16,7	2,9	3,5				10,5	66,7	
6. Au moins un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) du site est-il locataire ou propriétaire des locaux ?									
Propriétaire	16,7	13,0	13,8				10,5	15,4	
Locataire, bail standard	26,7	56,5	65,5				63,2	20,7	
Locataire, bail spécial	36,7	2,9	3,5	Non introduite			0,0	0,0	
Locataire et propriétaire	0,0	26,1	13,8				15,8	13,6	
Non réponse	20,0	1,5	3,5				10,5	100,0	

Suite du tableau page suivante

Tableau 8. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives nominales

Suite 1

	Répondants à l'enquête site		Classes de centres de santé (CDS)			Classes de maisons (MSP) et pôles de santé (PDS)		
	CDS (N = 30)	MSP (N = 69)	PDS (N = 29)	Classe 1 (N = 12)	Classe 2 (N = 18)	Classe 3 (N = 19)	Classe 4 (N = 33)	Classe 5 (N = 46)
	%	%	%	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe
<i>Questions introduites en variables actives nominales et modalités de réponse associées</i>								
Fonctionnalités informatiques utilisées régulièrement par les médecins								
17. a) Aide au diagnostic								
Non	86,7	66,7	34,5	100,0	83,3	15,8	78,8	48,2
Oui	10,0	27,5	27,6	0,0	11,1	5,3	21,2	41,3
Non réponse	3,3	5,8	37,9	0,0	5,6	78,9	0,0	0,0
18. b) Aide à la prescription et/ou à l'interprétation des électrocardiogrammes et/ou à l'interprétation des explorations fonctionnelles respiratoires								
Non	30,0	17,4	3,5	8,3	44,4	5,3	7,7	23,1
Oui	66,7	76,8	58,6	91,7	50,0	15,8	72,7	61,4
Non réponse	3,3	5,8	37,9	0,0	5,6	78,9	0,0	0,0
19. c) Aide à la prescription								
Non	30,0	17,4	3,5	Variable illustrative	5,3	7,7	27,3	6,5
Oui	66,7	76,8	58,6	Variable illustrative	15,8	4,3	72,7	93,5
Non réponse	3,3	5,8	37,9	Variable illustrative	78,9	100,0	0,0	0,0
20. d) Réception/télétransmission des feuilles de soins électroniques et/ou de résultats de biologie et/ou de comptes rendus et courriers par Internet (ou interprofessionnelle)								
Non	93,3	75,4	51,7	Non introduite	21,1	6,0	90,9	44,8
Oui	3,3	18,8	10,3	Non introduite	0,0	0,0	9,1	18,8
Non réponse	3,3	5,8	37,9	Non introduite	78,9	100,0	0,0	0,0
21. e) Réception/télétransmission des feuilles de soins électroniques et/ou de résultats de biologie et/ou de comptes rendus et courriers par Internet (ou interprofessionnelle)								
Non	36,7	1,5	0,0	41,7	33,3	50,0	Non introduite	Non introduite
Oui	60,0	92,8	62,1	58,3	61,1	11,0	44,8	71,7
Non réponse	3,3	5,8	37,9	0,0	5,6	6,3	18,8	28,3
22. a) Edition de notes de synthèse et/ou de plans de prévention personnalisés et/ou extractions de listes de patients à relancer pour des actes de dépistage et/ou de prévention								
Non	46,7	20,3	6,9	41,7	44,4	5,3	33,3	68,8
Oui	53,3	72,5	58,6	58,3	55,6	21,1	63,6	31,3
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	73,7	3,0	6,7
23. b) Extraction d'une liste des patients inscrits médecin traitant et/ou de la file active								
Non	36,7	39,1	31,0	16,7	61,1	5,3	2,8	51,5
Oui	63,3	53,6	34,5	83,3	38,9	21,1	8,5	45,5
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	73,7	3,0	6,7

Suite du tableau page suivante

Tableau 8. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives nominales

Suite 2

	Répondants à l'enquête site			Classes de centres de santé (CDS)						Classes de maisons (MSP) et pôles de santé (PDS)						
	CDS (N=30)		MSP (N=69)		PDS (N=29)		Classe 1 (N=12)		Classe 2 (N=18)		Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<i>Questions introduites en variables actives nominales et modalités de réponse associées</i>																
[Suite] Actions régulières à partir du dossier médical informatisé																
24. c) Extraction d'une liste des patients porteurs d'une pathologie donnée et/ou d'une caractéristique donnée et/ou de données caractérisant les soins pratiqués à des patients donnés																
Non	36,7	29,0	17,2	16,7	5,6	50,0	25,0	10,5	8,0	27,3	36,0	30,4	56,0			
Oui	63,3	63,8	48,3	83,3	13,0	50,0	11,7	15,8	5,2	69,7	39,7	69,6	55,2			
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	0,0	0,0	73,7	93,3	3,0	6,7	0,0	0,0			
Accessibilité du dossier médical (informatique ou papier) d'un patient suivi par un médecin du site...																
25. ... par les autres médecins du site																
Oui, accessible en lecture et en écriture à la fois	80,0	91,3	31,0	91,7	11,5	66,7	12,5	0,0	0,0	90,9	41,7	91,3	58,3			
Non, pas accessible en lecture et en écriture à la fois	13,3	2,9	27,6	0,0	0,0	22,2	28,6	31,6	60,0	3,0	10,0	6,5	30,0			
Non réponse	6,7	5,8	41,4	8,3	5,6	11,1	11,1	68,4	81,3	6,1	12,5	2,2	6,3			
26. ... par le(s) secrétaire(s) et/ou tous les autres professionnels de santé non médecins																
Oui, accessible à la fois aux secrétaires et aux autres prof. du site	76,7	91,3	17,2	91,7	12,1	61,1	12,1	0,0	0,0	84,8	41,2	87,0	58,8			
Non, pas accessible à la fois aux secrétaires et aux autres prof. du site	16,7	2,9	31,0	0,0	0,0	27,8	31,3	21,1	36,4	9,1	27,3	8,7	36,4			
Non réponse	6,7	5,8	51,7	8,3	4,8	11,1	9,5	78,9	78,9	6,1	10,5	4,3	10,5			
27. Les infirmiers utilisent-ils l'informatisation pour gérer les dossiers infirmiers des patients ?																
Non	40,0	36,2	31,0	58,3	15,2	16,7	6,5	26,3	14,7	42,4	41,2	32,6	44,1			
Oui	60,0	58,0	58,6	41,7	6,7	83,3	20,0	36,8	12,3	57,6	33,3	67,4	54,4			
Non réponse	0,0	5,8	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	36,8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
28. L'accès au site est-il adapté aux personnes à mobilité réduite et dans le site, la circulation des personnes à mobilité réduite est facilitée ?																
Non	30,0	13,0	0,0	16,7	11,1	44,4	44,4	5,3	11,1	9,1	33,3	10,9	55,6			
Oui	70,0	85,5	100,0	83,3	9,2	55,6	9,2	89,5	19,3	90,9	34,1	89,1	46,6			
Non réponse	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-			
29. Durée d'ouverture du site le samedi																
≤ 4 heures	53,3	56,5	44,8	25,0	4,4	66,7	17,6	47,4	17,3	51,5	32,7	56,5	50,0			
> 4 heures	36,7	39,1	51,7	66,7	15,1	22,2	7,5	31,6	14,3	48,5	38,1	43,5	47,6			
Pas d'ouverture le samedi	10,0	0,0	0,0	8,3	33,3	11,1	66,7	-	-	-	-	-	-			
Non réponse	0,0	4,4	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	21,1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
30. Ouverture du site au moins 12h/jour du lundi au vendredi (continuité des soins)																
Non	96,7	43,5	44,8	100,0	16,7	100,0	25,0	47,4	20,9	48,5	37,2	39,1	41,9			
Oui	3,3	52,2	51,7	0,0	0,0	0,0	0,0	31,6	11,8	51,5	33,3	60,9	54,9			
Non réponse	0,0	4,4	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	21,1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0			

Suite du tableau page suivante

Tableau 8. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives nominales

Suite 3

Questions introduites en variables actives nominales et modalités de réponse associées	Répondants à l'enquête site			Classes de centres de santé (CDS)					Classes de maisons (MSP) et pôles de santé (PDS)						
	CDS (N=30)		MSP (N=69)	PDS (N=29)		Classe 1 (N=12)		Classe 2 (N=18)		Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)	
	%	%	%	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe
31. Les médecins du site se sont-ils organisés collectivement pour participer à la permanence des soins (gardes/astreintes) et/ou à la régulation médicale de cette dernière ?															
Régulation libérale	10,0	13,0	10,3	16,7	13,3	0,0	0,0	0,0	10,5	16,7	21,2	58,3	6,5	25,0	
Gardes de secteur ou au sein du site	6,7	44,9	37,9	8,3	2,3	11,1	4,5	26,3	11,9	57,6	45,2	39,1	42,9		
Modalités de permanences des soins multiples (régulation, gardes)	13,3	26,1	31,0	16,7	6,5	5,6	3,2	26,3	18,5	12,1	14,8	39,1	66,7		
Pas de permanence de soins	66,7	13,0	13,8	58,3	21,2	77,8	42,4	15,8	23,1	9,1	23,1	15,2	53,8		
Non réponse	3,3	2,9	6,9	0,0	0,0	5,6	20,0	21,1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
32. Modalités d'accès à la médecine générale au sein du site															
Accès avec rendez-vous uniquement	33,3	42,0	34,5	33,3	8,2	33,3	12,2	21,1	10,3	60,6	51,3	32,6	38,5		
Accès avec et/ou sans rendez-vous	63,3	53,6	55,2	66,7	11,1	61,1	15,3	47,4	17,0	39,4	24,5	67,4	58,5		
Non réponse	3,3	4,4	10,3	0,0	0,0	5,6	14,3	31,6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
33. Modalités d'accès aux soins infirmiers au sein du site															
Accès avec rendez-vous uniquement	0,0	21,7	17,2	0,0	0,0	0,0	0,0	15,8	15,0	18,2	30,0	23,9	55,0		
Accès avec et/ou sans rendez-vous	80,0	65,2	65,5	66,7	9,1	100,0	20,5	52,6	15,6	69,7	35,9	67,4	48,4		
Non réponse	20,0	13,0	17,2	33,3	20,0	0,0	0,0	31,6	42,9	12,1	28,6	8,7	28,6		
34. Les demandes d'inscription (médecin généraliste traitant) de nouveaux patients sont-elles systématiquement acceptées ?															
Non	16,7	18,8	24,1	41,7	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Variable illustrative					
Oui	73,3	73,9	58,6	41,7	5,6	94,4	18,9	41,7	5,6	Non introduite					
Non réponse	10,0	7,3	17,2	16,7	15,4	5,6	7,7	0,0	0,0	Non introduite					
35. Pratique régulière du tiers payant par le site pour la part obligatoire (AMO) et/ou complémentaire (AMC) de la dépense															
Assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC)	86,7	21,7	17,2	83,3	21,7	94,4	37,0	86,7	21,7	Non introduite					
AMO (sans AMC)	13,3	50,7	41,4	16,7	3,9	5,6	2,0	13,3	50,7	Non introduite					
Pas d'AMO (pas d'AMC)	0,0	20,3	24,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Non introduite					
Non réponse	0,0	7,3	17,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Non introduite					
Rôles et fonctions assumés par le secrétariat															
36. a) Conseil ou information de nature médicale au patient notamment pour les demandes urgentes ou non programmées															
Non	73,3	43,5	62,1	75,0	12,9	66,7	17,1	73,7	29,2	33,3	22,9	50,0	47,9		
Oui	26,7	56,5	37,9	25,0	5,2	33,3	10,3	26,3	10,0	66,7	44,0	50,0	46,0		
37. b) Gestion des dossiers patients (archivage des courriers, résultats des examens...)															
Non	6,7	11,6	34,5	8,3	5,0	5,6	5,0	31,6	33,3	18,2	33,3	13,0	33,3		
Oui	93,3	88,4	65,5	91,7	10,2	94,4	15,7	68,4	16,3	81,8	33,8	87,0	50,0		

Suite du tableau page suivante

Tableau 8. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives nominales

Suite 4

	Répondants à l'enquête site		Classes de centres de santé (CDS)				Classes de maisons (MSP) et pôles de santé (PDS)					
	CDS (N = 30)	MSP (N = 69)	PDS (N = 29)	Classe 1 (N = 12)	Classe 2 (N = 18)	Classe 3 (N = 19)	Classe 4 (N = 33)	Classe 5 (N = 46)	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe
Questions introduites en variables actives nominales et modalités de réponse associées	%	%	%	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe
[Suite] Rôles et fonctions assumés par le secrétariat												
38. c) Encaissement												
Non	3,3	78,3	82,8	0,0	11,1	2,5						
Oui	96,7	21,7	17,2	100,0	88,9	32,7	Variable illustrative					
39. d) Comptabilité (écritures comptables...)												
Non	60,0	49,3	58,6	91,7	50,0	13,0	47,4	17,6	63,6	41,2	45,7	41,2
Oui	40,0	50,7	41,4	8,3	50,0	15,3	52,6	21,3	36,4	25,5	54,3	53,2
40. e) Aide à l'ouverture de droit ou accompagnement dans les démarches administratives et sociales												
Non	30,0	66,7	75,9	41,7	16,7	3,9						
Oui	70,0	33,3	24,1	58,3	83,3	29,4	Variable illustrative					
41. f) Organisation des activités de la structure												
Non	86,7	50,7	65,5	91,7	88,9	20,0	57,9	20,4	69,7	42,6	43,5	37,0
Oui	13,3	49,3	34,5	8,3	11,1	4,2	42,1	18,2	30,3	22,7	56,5	59,1
42. g) Gestion des programmes d'éducation thérapeutique												
Non	93,3	69,6	75,9	100,0	94,4	17,3	73,7	20,0	81,8	38,6	63,0	41,4
Oui	6,7	30,4	24,1	0,0	5,6	3,3	26,3	17,9	18,2	21,4	37,0	60,7
43. Les infirmières développent-elles des rôles et fonctions particuliers, i.e. allant au-delà de la dispensation de soins infirmiers en cabinet ou à domicile ?												
Non	23,3	26,1	24,1	41,7	11,1	6,3	26,3	20,0	45,5	60,0	10,9	20,0
Oui	76,7	73,9	75,9	58,3	88,9	16,7	73,7	19,2	54,5	24,7	89,1	56,2
Rôles et fonctions particuliers assumés par les infirmiers												
44. a) Accueil téléphonique, conseil ou information au patient, des demandes non programmées ou urgentes												
Non	60,0	78,3	89,7	91,7	27,8	5,1	100,0	23,8	90,9	37,5	67,4	38,8
Oui	40,0	21,7	10,3	8,3	72,2	43,3	0,0	0,0	9,1	16,7	32,6	83,3
45. b) Préparation de l'amont de la consultation (préparation des dossiers patient, biométrie...)												
Non	76,7	92,8	86,2	100,0	50,0	8,0						
Oui	23,3	7,3	13,8	0,0	50,0	56,3	Variable illustrative					
46. c) Education thérapeutique du patient chronique (diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque chronique, insuffisance rénale chronique)												
Non	36,7	46,4	34,5	50,0	22,2	7,5	36,8	16,7	54,5	42,9	37,0	40,5
Oui	63,3	53,6	65,5	50,0	77,8	18,7	63,2	21,4	45,5	26,8	63,0	51,8

Suite du tableau page suivante

Tableau 8. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives nominales

Suite 5

	Répondants à l'enquête site		Classes de centres de santé (CDS)				Classes de maisons (MSP) et pôles de santé (PDS)									
	CDS (N=30)		MSP (N=69)		PDS (N=29)		Classe 1 (N=12)		Classe 2 (N=18)		Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<i>Questions introduites en variables actives nominales et modalités de réponse associées</i>																
[Suite] Rôles et fonctions particuliers assumés par les infirmiers																
47. d) Suivi des anti-vitamines K pour les patients sous traitement anticoagulant																
Non	66,7	62,3	51,7	50,0	7,7	72,2	16,7	47,4	15,5	81,8	46,6	37,9				
Oui	33,3	37,7	48,3	50,0	12,0	27,8	10,0	52,6	25,0	18,2	15,0	60,0				
48. e) Coordination des parcours de soins complexes (patients ayant une polyopathie chronique...)																
Non	76,7	84,1	72,4	83,3	9,8	66,7	11,8	78,9	19,0	93,9	39,2	41,8				
Oui	23,3	15,9	27,6	16,7	7,7	33,3	23,1	21,1	21,1	6,1	10,5	68,4				
49. f) Aide au médecin pendant sa consultation																
Non	63,3	95,7	96,6	91,7	9,7	33,3	5,3	Non introduite								
Oui	36,7	4,4	3,5	8,3	6,7	66,7	80,0									
50. g) Gestion du dossier patient																
Non	70,0	89,9	93,1	91,7	10,0	44,4	7,3	Non introduite								
Oui	30,0	10,1	6,9	8,3	5,6	55,6	55,6									
Fréquence des réunions sur des questions d'organisation de l'équipe de soins...																
51. ... entre médecins généralistes																
Hebdomadaire	30,0	53,6	34,5	36,8	14,9	33,3	23,4	36,8	14,9	33,3	23,4	63,0	61,7			
Mensuelle	20,0	23,2	31,0	15,8	12,0	24,2	32,0	15,8	12,0	24,2	32,0	30,4	56,0			
Trimestrielle ou semestrielle	33,3	13,0	10,3	0,0	0,0	27,3	75,0	0,0	0,0	27,3	75,0	6,5	25,0			
Aucune réunion entre médecins généralistes	16,7	8,7	20,7	36,8	58,3	15,2	41,7	36,8	58,3	15,2	41,7	0,0	0,0			
Non réponse	0,0	1,5	3,5	10,5	100,0	0,0	0,0	10,5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
52. ... entre infirmiers																
Hebdomadaire	33,3	42,0	17,2	31,6	17,6	12,1	11,8	31,6	17,6	12,1	11,8	52,2	70,6			
Mensuelle	20,0	14,5	20,7	5,3	6,3	3,0	6,3	5,3	6,3	3,0	6,3	30,4	87,5			
Trimestrielle ou semestrielle	23,3	15,9	13,8	0,0	0,0	30,3	66,7	0,0	0,0	30,3	66,7	10,9	33,3			
Aucune réunion entre infirmiers	23,3	26,1	44,8	52,6	32,3	54,5	58,1	52,6	32,3	54,5	58,1	6,5	9,7			
Non réponse	0,0	1,5	3,5	10,5	100,0	0,0	0,0	10,5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
53. ... entre médecins généralistes et infirmiers																
Hebdomadaire	6,7	20,3	13,8	8,3	5,0	11,1	10,0	21,1	22,2	0,0	0,0	30,4	77,8			
Mensuelle	20,0	29,0	31,0	8,3	2,9	27,8	14,3	26,3	17,2	12,1	13,8	43,5	69,0			
Trimestrielle ou semestrielle	36,7	23,2	13,8	25,0	9,7	38,9	22,6	5,3	5,0	39,4	65,0	13,0	30,0			
Aucune réunion entre médecins généralistes et infirmiers	36,7	26,1	37,9	58,3	17,5	22,2	10,0	36,8	24,1	48,5	55,2	13,0	20,7			
Non réponse	0,0	1,5	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0			

Suite du tableau page suivante

Tableau 8. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives nominales

Suite 6

	Répondants à l'enquête site			Classes de centres de santé (CDS)			Classes de maisons (MSP) et pôles de santé (PDS)					
	CDS (N=30)		PDS (N=29)	Classe 1 (N=12)		Classe 2 (N=18)	Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)	
	%	MSP (N=69)	%	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe
<i>Questions introduites en variables actives nominales et modalités de réponse associées</i>												
Fréquence des réunions sur des questions médicales...												
54. ... entre médecins généralistes												
Hebdomadaire	26,7	49,3	37,9				26,3	11,1	24,2	17,8	69,6	71,1
Mensuelle	26,7	23,2	41,4				36,8	25,0	27,3	32,1	26,1	42,9
Trimestrielle ou semestrielle	26,7	8,7	3,5	Variable illustrative			0,0	0,0	15,2	71,4	4,3	28,6
Aucune réunion entre médecins généralistes et infirmiers	20,0	17,4	17,2				31,6	35,3	33,3	64,7	0,0	0,0
Non réponse	0,0	1,5	0,0				-	-	-	-	-	-
55. ... entre infirmiers												
Hebdomadaire	20,0	44,9	27,6				21,1	10,3	15,2	12,8	65,2	76,9
Mensuelle	13,3	13,0	17,2				15,8	21,4	6,1	14,3	19,6	64,3
Trimestrielle ou semestrielle	16,7	5,8	6,9	Variable illustrative			0,0	0,0	12,1	66,7	4,3	33,3
Aucune réunion entre infirmiers	50,0	34,8	48,3				57,9	28,9	66,7	57,9	10,9	13,2
Non réponse	0,0	1,5	0,0				-	-	-	-	-	-
56. ... entre médecins généralistes et infirmiers												
Hebdomadaire	10,0	29,0	3,5	16,7	8,3	5,6	5,3	4,8	3,0	4,8	41,3	90,5
Mensuelle	23,3	21,7	44,8	8,3	2,9	38,9	31,6	21,4	9,1	10,7	41,3	67,9
Trimestrielle ou semestrielle	30,0	13,0	10,3	33,3	19,0	23,8	10,5	16,7	21,2	58,3	6,5	25,0
Aucune réunion entre médecins généralistes et infirmiers	36,7	34,8	41,4	41,7	10,6	27,8	47,4	25,0	66,7	61,1	10,9	13,9
Non réponse	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-
57. Des échanges pluriprofessionnels et réguliers sont-ils mis en place pour gérer les cas complexes ?												
Non	23,3	24,6	24,1	0,0	0,0	33,3	42,1	33,3	36,4	50,0	8,7	16,7
Oui	76,7	75,4	75,9	100,0	12,4	66,7	57,9	14,9	63,6	28,4	91,3	56,8
58. Nature de la formalisation des protocoles de suivi et de prise en charge des maladies chroniques												
Dossier partagé	16,7	11,6	10,3	33,3	25,0	18,8	10,5	18,2	3,0	9,1	17,4	72,7
Formulaires, aides mémoires, fiche déclaration, registre	33,3	4,4	3,5	25,0	21,4	38,9	5,3	25,0	0,0	0,0	6,5	75,0
Protocoles locaux adaptés des recommandations existantes	10,0	14,5	13,8	25,0	17,6	0,0	15,8	21,4	15,2	35,7	13,0	42,9
Diverses formalisations (dossier partagé, formulaires, etc.)	26,7	30,4	37,9	16,7	5,0	22,2	36,8	21,9	36,4	37,5	28,3	40,6
Absence de protocoles formalisés	13,3	39,1	34,5	0,0	0,0	22,2	31,6	16,2	45,5	40,5	34,8	43,2

Suite du tableau page suivante

Tableau 8. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives nominales

Suite 7

	Répondants à l'enquête site		Classes de centres de santé (CDS)				Classes de maisons (MSP) et pôles de santé (PDS)					
	CDS (N = 30)	MSP (N = 69)	PDS (N = 29)	Classe 1 (N = 12)	Classe 2 (N = 18)	Classe 3 (N = 19)	Classe 4 (N = 33)	Classe 5 (N = 46)				
	%	%	%	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	
Questions introduites en variables actives nominales et modalités de réponse associées												
59. Nombre de champs d'action distincts du protocole de suivi et de prise en charge des maladies chroniques												
Non	10,0	47,8	37,9	0,0	16,7	6,4	31,6	13,6	54,5	40,9	43,5	45,5
Oui	90,0	50,7	62,1	100,0	83,3	18,8	63,2	22,6	45,5	28,3	56,5	49,1
Non réponse	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-
61. Le site a-t-il mis en place des projets ou processus de coopération régulière entre les professionnels de santé et/ou les autres professionnels (personnel administratif ou médico-social) ?												
Non	20,0	40,6	20,7	0,0	33,3	15,0	21,1	11,8	54,5	52,9	26,1	35,3
Oui	80,0	56,5	75,9	100,0	66,7	14,1	73,7	23,0	42,4	23,0	71,7	54,1
Non réponse	0,0	2,9	3,5	0,0	0,0	0,0	5,3	33,3	3,0	33,3	2,2	33,3
62. Le site a-t-il une collaboration ou une coordination régulière (convention, réunion d'échange, intervention, communication, expertise, activité de soins...) avec des services ou des institutions inscrits sur le territoire ?												
Non	6,7	27,5	10,3	8,3	4,2	0,0	10,5	9,1	36,4	54,5	17,4	36,4
Oui	93,3	71,0	89,7	91,7	100,0	17,5	84,2	21,3	63,6	28,0	82,6	50,7
Non réponse	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-
63. Le site participe à un ou plusieurs réseaux et/ou a une collaboration avec des professionnels de santé extérieurs au site												
Participation à un ou plusieurs réseaux et collaboration régulière avec des professionnels de santé extérieurs au site	66,7	60,9	75,9	75,0	10,7	14,3	84,2	25,0	48,5	25,0	69,6	50,0
Participation à un ou plusieurs réseaux	20,0	27,5	17,2	0,0	0,0	27,8	10,5	8,3	36,4	50,0	21,7	41,7
Collaboration régulière avec des professionnels de santé extérieurs au site	13,3	10,1	6,9	25,0	23,1	7,7	5,3	11,1	12,1	44,4	8,7	44,4
Non réponse	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tableau 9. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives continues

	Répondants à l'enquête site						Classes de centres de santé (CDS)					Classes de maisons (MSP) et pôles (PDS) de santé				
	CDS (N=30)		MSP (N=69)		PDS (N=29)		Classe 1 (N=12)		Classe 2 (N=18)		Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)	
	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type
Questions introduites en variables actives continues																
2. Nombre d'années d'ancienneté de la structure en 2012	37,27	22,80	6,06	8,20	2,00	1,73	21,25	12,38	46,33	23,44	1,89	1,55	5,48	8,59	5,63	7,08
7. Surface totale du site en m ²	957,83	1 192,64	552,25	398,54	677,93	427,73	343,75	248,51	1 372,00	1 349,68	611,47	406,75	645,82	460,48	539,89	357,47
8. Taille moyenne des salles de consultation de médecine générale dans le site	25,93	22,71	30,44	24,85	39,37	28,96	33,67	31,59	24,16	18,84	39,79	33,22	30,04	23,96	32,71	24,14
9. Taille moyenne des espaces de soins dédiés aux soins infirmiers dans le site	31,85	17,74	24,06	15,75	24,93	16,32	29,00	13,63	31,68	18,36	21,44	14,46	24,70	16,60	25,05	15,48
10. Nombre de médecins généralistes installés dans le site en 2012	6,10	4,40	4,25	2,14	7,14	4,12	3,67	1,84	7,44	4,76	6,05	3,27	5,18	3,29	4,65	2,84
11. Nombre d'infirmiers installés dans le site en 2012	4,21	3,35	4,12	2,89	8,86	6,12	2,67	1,37	5,00	3,53	9,00	6,03	5,23	4,91	4,35	2,64
12. Nombre de masseurs-kinésithérapeutes installés dans le site en 2012	0,93	1,36	1,90	1,72	2,96	2,55	0,45	0,66	1,44	1,64	2,76	2,34	2,06	2,21	2,11	1,72
13. Nombre de professionnels de santé médicaux installés dans le site en 2012 (hors médecins généralistes)	9,78	11,64	1,36	1,88	1,26	1,74	1,82	2,59	14,35	12,11	1,38	1,73	1,11	1,11	1,48	2,19
14. Nombre de professionnels de santé paramédicaux installés dans le site en 2012 (hors infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes)	3,52	5,35	2,52	2,27	2,72	2,46	1,67	1,94	4,78	5,99	2,19	1,98	2,56	2,45	2,72	2,28
15. Nombre de professionnels autres installés dans le site en 2012	12,48	15,29	3,29	2,35	4,96	4,89	5,27	4,90	16,71	17,43	5,92	5,69	3,32	1,73	3,41	2,87
16. Nombre de matériels médicaux disponibles dans le site (vairie de 0 à 27)	11,57	4,23	8,46	2,72	8,28	2,81	9,64	2,67	12,59	4,68	8,63	1,45	7,00	2,54	9,33	2,76
59. Nombre de champs d'action distincts du protocole de suivi et de prise en charge des maladies chroniques	2,40	1,81	1,93	2,02	2,21	1,88	2,58	1,55	2,17	1,83	2,26	2,00	1,48	1,54	2,28	2,13

Variabiles illustratives

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées	Répondants à l'enquête site				Classes de centres de santé (CDS)												Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé															
	CDS (N=30)		MDS (N=69)		PDS (N=29)		Classe 1 (N=12)				Classe 2 (N=18)				Classe 3 (N=19)				Classe 4 (N=33)				Classe 5 (N=46)									
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%				
1. Statut du site																																
Centre de santé (CDS)	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Maison de santé (MSP)	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	1,4	21,1	5,8	78,8	37,7	84,8	56,5																		
Pôle de santé (PDS)	0,0	0,0	62,1	0,0	0,0	0,0	5,6	5,6	57,9	61,1	9,1	16,7	8,7	22,2																		
Maison-Pôle de santé (MSP-PDS)	0,0	0,0	37,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,1	36,4	12,1	36,4	6,5	27,3																		
Statut juridique du site MSP/PDS : Société et groupement de moyens (SGM) avec au moins...																																
2. ... un professionnel de santé signataire																																
Non	0,0	39,1	58,6	0,0	0,0	0,0	5,6	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oui	0,0	60,9	41,4	0,0	0,0	0,0	5,6	1,9	-	-	-	-	-	-																		
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
3. ... un médecin généraliste signataire																																
Non	0,0	43,5	65,5	0,0	0,0	0,0	5,6	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oui	0,0	56,5	34,5	0,0	0,0	0,0	5,6	2,0	-	-	-	-	-	-																		
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
4. ... un infirmier signataire																																
Non	0,0	56,5	86,2	0,0	0,0	0,0	11,1	3,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oui	0,0	43,5	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-																		
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
5. ... un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) signataire																																
Non	0,0	43,5	65,5	0,0	0,0	0,0	78,9	30,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oui	0,0	56,5	34,5	0,0	0,0	0,0	21,1	8,2	-	-	-	-	-	-																		
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6. ... un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) signataire																																
Non	0,0	50,7	75,9	0,0	0,0	0,0	78,9	26,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oui	0,0	49,3	24,1	0,0	0,0	0,0	21,1	9,8	-	-	-	-	-	-																		
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Statut juridique du site MSP/PDS : Société et groupement d'exercice (SGE) avec au moins...																																
7. ... un professionnel de santé signataire																																
Non	0,0	71,0	75,9	0,0	0,0	0,0	11,1	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oui	0,0	29,0	24,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-																		
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Suite du tableau page suivante

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Suite 1

	Répondants à l'enquête site		Classes de centres de santé (CDS)				Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé									
	CDS (N=30)		MDS (N=69)		PDS (N=29)		Classe 1 (N=12)		Classe 2 (N=18)		Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)	
	%	%	%	%	%	%	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité
<i>Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées</i>																
[Suite] Statut juridique du site MSP/PDS : Société et groupement d'exercice (SGE) avec au moins...																
8. ... un médecin généraliste signataire																
Non	0,0	84,1	89,7	0,0	0,0	11,1	2,4									
Oui	0,0	15,9	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0									
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3									
9. ... un infirmier signataire																
Non	0,0	89,9	86,2	0,0	0,0	11,1	2,3									
Oui	0,0	10,1	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0									
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3									
10. ... un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) signataire																
Non	0,0	82,6	89,7	0,0	0,0	11,1	2,3									
Oui	0,0	17,4	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0									
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3									
11. ... un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) signataire																
Non	0,0	84,1	86,2	0,0	0,0	11,1	2,3									
Oui	0,0	15,9	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0									
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3									
Statut juridique du site MSP/PDS : Société interprofessionnelle de soins ambulatoire (Sisa - statut en cours d'adoption) avec au moins ...																
12. ... un professionnel de santé signataire																
Non	0,0	17,4	34,5	0,0	0,0	0,0	0,0									
Oui	0,0	82,6	65,5	0,0	0,0	11,1	2,6									
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3									
13. ... un médecin généraliste signataire																
Non	0,0	17,4	34,5	0,0	0,0	0,0	0,0									
Oui	0,0	82,6	65,5	0,0	0,0	11,1	2,6									
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3									
14. ... un infirmier signataire																
Non	0,0	23,2	37,9	0,0	0,0	0,0	0,0									
Oui	0,0	76,8	62,1	0,0	0,0	11,1	2,8									
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3									

Suite du tableau page suivante

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Suite 2

	Répondants à l'enquête site		Classes de centres de santé (CDS)				Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé						
	CDS (N=30)	MDS (N=69)	PDS (N=29)	Classe 1 (N=12)	Classe 2 (N=18)	Classe 3 (N=19)	Classe 4 (N=33)	Classe 5 (N=46)	Classe 1 (N=12)	Classe 2 (N=18)	Classe 3 (N=19)	Classe 4 (N=33)	Classe 5 (N=46)
	%	%	%	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe
<i>Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées</i>													
[Suite] Statut juridique du site MSP/PDS : Société interprofessionnelle de soins ambulatoire (Sisa - statut en cours d'adoption) avec au moins...													
15. ... un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) signataire													
Non	0,0	17,4	34,5			31,6	27,3	24,2	36,4	17,4	36,4		
Oui	0,0	82,6	65,5	Non introduite		68,4	17,1	75,8	32,9	82,6	50,0		
Non concerné	100,0	0,0	0,0										
16. ... un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) signataire													
Non	0,0	20,3	37,9			36,8	28,0	24,2	32,0	21,7	40,0		
Oui	0,0	79,7	62,1	Non introduite		63,2	16,4	75,8	34,2	78,3	49,3		
Non concerné	100,0	0,0	0,0										
Statut juridique du site MSP/PDS : Association avec au moins...													
17. ... un professionnel de santé signataire													
Non	0,0	47,8	34,5	0,0	0,0							Non introduite	
Oui	0,0	52,2	65,5	0,0	0,0								
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3						
18. ... un médecin généraliste signataire													
Non	0,0	53,6	34,5	0,0	0,0								
Oui	0,0	46,4	65,5	0,0	0,0							Non introduite	
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3						
19. ... un infirmier signataire													
Non	0,0	53,6	37,9	0,0	0,0								
Oui	0,0	46,4	62,1	0,0	0,0							Non introduite	
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3						
20. ... un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) signataire													
Non	0,0	53,6	34,5			26,3	10,6	51,5	36,2	54,3	53,2		
Oui	0,0	46,4	65,5	Non introduite		73,7	27,5	48,5	31,4	45,7	41,2		
Non concerné	100,0	0,0	0,0										
21. ... un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) signataire													
Non	0,0	52,2	37,9			31,6	12,8	51,5	36,2	52,2	51,1		
Oui	0,0	47,8	62,1	Non introduite		68,4	25,5	48,5	31,4	47,8	43,1		
Non concerné	100,0	0,0	0,0										
Statut juridique du site MSP/PDS : Société civile immobilière (SCI) avec au moins...													
22. ... un professionnel de santé signataire													
Non	0,0	60,9	75,9	0,0	0,0							Non introduite	
Oui	0,0	39,1	24,1	0,0	0,0								
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	40,0	88,9	53,3						

Suite du tableau page suivante

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Suite 3

	Répondants à l'enquête site		Classes de centres de santé (CDS)					Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé					
	CDS (N=30)	MDS (N=69)	PDS (N=29)	Classe 1 (N=12)	Classe 2 (N=18)	Classe 3 (N=19)	Classe 4 (N=33)	Classe 5 (N=46)	% modalité dans la classe				
<i>Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées</i>													
[Suite] Statut juridique du site MSP/PDS : Société civile immobilière (SCI) avec au moins...													
23. ... un médecin généraliste signataire													
Non	0,0	60,9	75,9	0,0	11,1	3,1							
Oui	0,0	39,1	24,1	0,0	0,0	0,0							
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	88,9	53,3							
24. ... un infirmier signataire													
Non	0,0	82,6	96,6	0,0	11,1	2,4							
Oui	0,0	17,4	3,5	0,0	0,0	0,0							
Non concerné	100,0	0,0	0,0	100,0	88,9	53,3							
25. ... un médecin (médecin généraliste, spécialiste, dentiste) signataire													
Non	0,0	60,9	75,9				84,2	25,0	81,8	42,2	45,7	32,8	
Oui	0,0	39,1	24,1				15,8	8,8	18,2	17,6	54,3	73,5	
Non concerné	100,0	0,0	0,0										
26. ... un paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue) signataire													
Non	0,0	71,0	89,7										
Oui	0,0	29,0	10,3										
Non concerné	100,0	0,0	0,0										
27. Construction d'une zone locale témoin (ZLT)													
Non	16,7	23,2	65,5	25,0	7,5	11,1	5,0						
Oui	83,3	76,8	34,5	75,0	10,2	88,9	18,2						
28. Classe d'appartenance à la typologie géographique													
Rural { classes 1,2 classes 3,4 classes 5,6	0,0	30,4	31,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Urban { classes 1,2 classes 4,5,6 classes 3,7	3,3	10,1	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Propriétaires	3,3	23,2	13,8	0,0	5,6	4,8	21,1	20,0	15,2	25,0	23,9	55,0	
Locataires bail standard	0,0	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Locataires bail spécial	13,3	14,5	20,7	16,7	10,0	11,1	10,0	10,5	12,5	18,2	37,5	17,4	50,0
Locataires et propriétaires	80,0	14,5	27,6	83,3	23,8	83,3	35,7	36,8	38,9	15,2	27,8	13,0	33,3
Non réponse													
29. Au moins un médecin généraliste du site est-il locataire ou propriétaire des locaux ?													
Propriétaires	16,7	23,2	20,7										
Locataires bail standard	30,0	46,4	58,6										
Locataires bail spécial	36,7	2,9	3,5										
Locataires et propriétaires	0,0	24,6	13,8										
Non réponse	16,7	2,9	3,5										

Suite du tableau page suivante

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Suite 4

	Répondants à l'enquête site		Classes de centres de santé (CDS)						Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé					
	PDS (N=29)		Classe 1 (N=12)		Classe 2 (N=18)		Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)			
	MDS (N=69)	%	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité		
<i>Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées</i>														
30. Au moins un infirmier du site est-il locataire ou propriétaire des locaux ?														
Propriétaires	16,7	14,5	10,3	0,0	33,3	33,3	5,3	7,7	3,0	7,7	23,9	84,6		
Locataires bail standard	26,7	66,7	69,0	58,3	11,1	2,7	68,4	19,7	72,7	36,4	63,0	43,9		
Locataires bail spécial	36,7	2,9	3,5	16,7	44,4	57,1	0,0	0,0	6,1	66,7	2,2	33,3		
Locataires et propriétaires	0,0	11,6	10,3	0,0	0,0	0,0	10,5	18,2	15,2	45,5	8,7	36,4		
Non réponse	20,0	4,4	6,9	25,0	11,1	18,2	15,8	60,0	3,0	20,0	2,2	20,0		
31. Type de bâtiment du nouveau site														
Bâtiment nouvellement construit	0,0	52,2	17,2	0,0	0,0	0,0	21,1	9,8	48,5	39,0	45,7	51,2		
Bâtiment issu d'une réhabilitation d'un bâtiment préexistant	0,0	11,6	10,3	0,0	0,0	0,0	15,8	27,3	9,1	27,3	10,9	45,5		
Non concerné	100,0	0,0	0,0	Non introduite	Non introduite	Non introduite	-	-	-	-	-	-		
Non réponse	0,0	36,2	72,4	0,0	0,0	0,0	63,2	26,1	42,4	30,4	43,5	43,5		
Fonctionnalités informatiques utilisées régulièrement par les médecins														
41. a) L'aide à la prescription														
Non	30,0	17,4	3,5	8,3	4,5	44,4	36,4							
Oui	66,7	76,8	58,6	91,7	12,2	50,0	10,0							
Non réponse	3,3	5,8	37,9	0,0	0,0	5,6	6,3							
42. b) L'interprétation des électrocardiogrammes														
Non	96,7	82,6	55,2	100,0	11,8	83,3	14,7							
Oui	0,0	11,6	6,9	0,0	0,0	11,1	20,0							
Non réponse	3,3	5,8	37,9	0,0	0,0	5,6	6,3							
43. c) L'interprétation des Explorations fonctionnelles respiratoires														
Non	93,3	78,3	51,7	100,0	12,4	83,3	15,5							
Oui	3,3	15,9	10,3	0,0	0,0	11,1	13,3							
Non réponse	3,3	5,8	37,9	0,0	0,0	5,6	6,3							
44. d) La réception/télétransmission des feuilles de soins électroniques														
Non	50,0	1,5	0,0	50,0	37,5	44,4	50,0							
Oui	46,7	92,8	62,1	50,0	6,3	50,0	9,4							
Non réponse	3,3	5,8	37,9	0,0	0,0	5,6	6,3							
45. e) La réception/télétransmission des résultats de biologie par Internet (ou interprofessionnelle)														
Non	50,0	10,1	0,0	41,7	22,7	55,6	45,5							
Oui	46,7	84,1	62,1	58,3	7,8	38,9	7,8							
Non réponse	3,3	5,8	37,9	0,0	0,0	5,6	6,3							

Suite du tableau page suivante

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Suite 5

	Répondants à l'enquête site			Classes de centres de santé (CDS)			Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé		
	CDS (N = 30)	MDS (N = 69)	PDS (N = 29)	Classe 1 (N = 12)	Classe 2 (N = 18)	Classe 3 (N = 19)	Classe 4 (N = 33)	Classe 5 (N = 46)	
	%	%	%	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	
<i>Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées</i>									
[Suite] Fonctionnalités informatiques utilisées régulièrement par les médecins									
46. f) La réception/télétransmission de comptes rendus et courriers par internet (ou interprofessionnelle)									
Non	80,0	29,0	27,6	83,3	30,8	5,3	48,5	23,9	39,3
Oui	16,7	65,2	34,5	16,7	1,7	15,8	51,5	76,1	63,6
Non réponse	3,3	5,8	37,9	0,0	6,3	78,9	0,0	0,0	0,0
Actions régulières à partir du dossier médical informatisé									
47. a) Notes de synthèse									
Non	56,7	39,1	10,3	58,3	21,3	10,5	45,5	28,3	43,3
Oui	43,3	53,6	55,2	41,7	12,1	15,8	51,5	71,7	62,3
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	73,7	3,0	0,0	0,0
48. b) Plans de prévention personnalisés									
Non	70,0	81,2	41,4	58,3	15,7	21,1	84,8	41,2	52,9
Oui	30,0	11,6	24,1	41,7	16,7	5,3	12,1	26,7	66,7
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	73,7	3,0	0,0	0,0
49. c) Extractions de données caractérisant les soins pratiqués pour des patients donnés (porteurs d'une maladie ou d'une caractéristique donnée)									
Non	70,0	59,4	31,0	75,0	15,5	15,8	57,6	38,0	56,0
Oui	30,0	33,3	34,5	25,0	16,7	10,5	39,4	39,4	54,5
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	73,7	3,0	0,0	0,0
50. d) Extractions de la liste des patients inscrits médecin traitant									
Non	50,0	42,0	34,5	25,0	24,1	5,3	54,5	46,2	51,3
Oui	50,0	50,7	31,0	75,0	8,5	21,1	42,4	31,8	59,1
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	73,7	3,0	0,0	0,0
51. e) Extractions de la liste des patients de la file active									
Non	53,3	72,5	41,4	50,0	14,1	10,5	78,8	41,9	54,8
Oui	46,7	20,3	24,1	50,0	20,0	15,8	18,2	28,6	57,1
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	73,7	3,0	0,0	0,0
52. f) Extractions d'une liste de patients porteurs d'une caractéristique donnée (âge, sexe...)									
Non	50,0	55,1	37,9	25,0	20,3	10,5	57,6	60,9	57,1
Oui	50,0	37,7	27,6	75,0	10,2	15,8	39,4	38,2	52,9
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	73,7	3,0	0,0	0,0
53. g) Extractions d'une liste de patients porteurs d'une pathologie donnée									
Non	70,0	34,8	34,5	75,0	21,8	21,1	39,4	38,2	50,0
Oui	30,0	58,0	31,0	25,0	10,3	5,3	57,6	38,8	59,2
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	73,7	3,0	0,0	0,0

Suite du tableau page suivante

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Suite 6

	Répondants à l'enquête site			Classes de centres de santé (CDS)			Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé						
	CDS (N=30)	MDS (N=69)	PDS (N=29)	Classe 1 (N=12)	Classe 2 (N=18)	Classe 3 (N=19)	Classe 4 (N=33)	Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)	
	%	%	%	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe	% modalité dans la classe
<i>Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées</i>													
[Suite] Actions régulières à partir du dossier médical informatisé													
54. h) Extractions d'une liste des patients à relancer pour des actes de dépistage et/ou de prévention (vaccin, frottis, mammographie, coloscopie, hémoculture...)													
Non	83,3	52,2	44,8	83,3	13,5	83,3	20,3	15,8	6,1	69,7	46,9	50,0	46,9
Oui	16,7	40,6	20,7	16,7	5,1	16,7	7,7	10,5	5,9	27,3	26,5	50,0	67,6
Non réponse	0,0	7,3	34,5	0,0	0,0	0,0	0,0	73,7	93,3	3,0	6,7	0,0	0,0
55. i) Certification (Agence des systèmes d'information partagées de santé (Asip), Haute Autorité de santé (HAS)) du logiciel unique utilisé par les médecins pour gérer les dossiers médicaux													
Logiciel certifié HAS et ASIP	46,7	27,5	6,9	75,0	25,7	27,8	14,3	5,3	4,8	27,3	42,9	23,9	52,4
Logiciel certifié HAS uniquement	16,7	62,3	13,8	8,3	1,9	22,2	7,7	21,1	8,5	51,5	36,2	56,5	55,3
Logiciel non certifié HAS ou ASIP	23,3	2,9	0,0	16,7	22,2	27,8	55,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	100,0
Pas de logiciel unique ou d'équipement informatique	10,0	2,9	65,5	0,0	0,0	16,7	12,5	42,1	38,7	21,2	33,3	13,0	28,6
Non réponse	3,3	4,4	13,8	0,0	0,0	5,6	12,5	31,6	85,7	0,0	0,0	2,2	14,3
56. Les infirmiers utilisent-ils tous le même logiciel pour gérer les dossiers infirmiers des patients ?													
Non	0,0	11,6	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5	16,7	9,1	25,0	15,2	58,3
Oui	60,0	46,4	44,8	41,7	7,9	83,3	23,8	26,3	11,1	48,5	35,6	52,2	53,3
Non concerné	40,0	36,2	31,0	58,3	15,2	16,7	6,5	26,3	14,7	42,4	41,2	32,6	44,1
Non réponse	0,0	5,8	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	36,8	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
57. Le site dispose-t-il d'un parking pour les patients ?													
Non	60,0	15,9	10,3	50,0	18,8	66,7	37,5	15,8	21,4	12,1	28,6	15,2	50,0
Oui	40,0	82,6	89,7	50,0	6,3	33,3	6,3	78,9	18,1	87,9	34,9	84,8	47,0
Non réponse	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-
58. Le site est-il aisément accessible en transports en commun ?													
Non	10,0	39,1	20,7	0,0	0,0	16,7	8,3	21,1	12,1	33,3	33,3	39,1	54,5
Oui	90,0	59,4	79,3	100,0	13,2	83,3	16,5	73,7	21,9	66,7	34,4	60,9	43,8
Non réponse	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-
61. Les demandes d'inscription (médecin généraliste traitant) de nouveaux patients sont-elles systématiquement acceptées ?													
Non	16,7	18,8	24,1	Variable active									
Oui	73,3	73,9	58,6										
Non réponse	10,0	7,3	17,2										
62. Pratique régulière du tiers payant par le site pour la part obligatoire de la dépense													
Non	0,0	20,3	24,1	0,0	0,0	0,0	0,0	26,3	23,8	24,2	38,1	17,4	38,1
Oui	100,0	72,5	58,6	100,0	12,4	100,0	18,6	42,1	11,9	69,7	34,3	78,3	53,7
Non réponse	0,0	7,3	17,2	0,0	0,0	0,0	0,0	31,6	60,0	6,1	20,0	4,3	20,0
63. Pratique régulière du tiers payant par le site pour la part complémentaire de la dépense													
Non	10,0	58,0	65,5	8,3	1,6	5,6	1,6	47,4	15,3	69,7	39,0	58,7	45,8
Oui	86,7	21,7	17,2	83,3	21,7	94,4	37,0	15,8	15,0	18,2	30,0	23,9	55,0
Non réponse	3,3	20,3	17,2	8,3	5,0	0,0	0,0	36,8	36,8	12,1	21,1	17,4	42,1

Suite du tableau page suivante

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Suite 7

	Répondants à l'enquête site		Classes de centres de santé (CDS)				Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé					
	CDS (N=30)		Classe 1 (N=12)		Classe 2 (N=18)		Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)	
	MDS (N=69)	PDS (N=29)	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité
<i>Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées</i>												
65. Communication des informations sur les tarifs pratiqués par les professionnels du site												
A l'accueil, dans la ou les salles d'attente, uniquement	86,7	68,1	72,4	83,3	10,6	88,9	17,0	66,7	32,4	19,1	68,4	48,5
A l'accueil, dans la ou les salles d'attente, dans les salles de consultation	10,0	24,6	13,8	8,3	4,2	11,1	8,3	21,2	33,3	4,8	5,3	61,9
Non communiquées ou dans les salles de consultation uniquement	3,3	4,4	6,9	8,3	16,7	0,0	0,0	12,1	80,0	20,0	5,3	0,0
Non réponse	0,0	2,9	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	21,1	0,0
66. Le site bénéficie-t-il de personnels assurant le secrétariat ?												
Personnel assurant le secrétariat des médecins exclusivement	6,7	31,9	51,7	8,3	2,6	11,1	5,1	39,4	35,1	18,9	36,8	45,9
Personnel assurant le secrétariat des paramédicaux exclusivement ou commun à tous les professionnels de santé	93,3	63,8	31,0	91,7	13,6	88,9	19,8	54,5	34,0	17,0	47,4	49,1
Aucun personnel n'assure le secrétariat des médecins	0,0	4,4	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	6,1	28,6	42,9	15,8	28,6
Non réponse	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-
Rôles et fonctions assumés par le secrétariat												
67. a) Accueil téléphonique												
Non	0,0	8,7	24,1	0,0	0,0	0,0	0,0	15,2	38,5	30,8	21,1	30,8
Oui	100,0	91,3	75,9	100,0	10,4	100,0	15,7	84,8	32,9	17,6	78,9	49,4
68. b) Accueil physique												
Non	0,0	8,7	31,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,2	33,3	33,3	26,3	33,3
Oui	100,0	91,3	69,0	100,0	10,6	100,0	15,9	84,8	33,7	16,9	73,7	49,4
69. c) Prise de rendez-vous												
Non	0,0	7,3	37,9	0,0	0,0	0,0	0,0	15,2	31,3	37,5	31,6	31,3
Oui	100,0	92,8	62,1	100,0	10,7	100,0	16,1	84,8	34,1	15,9	68,4	50,0
70. d) Coordination (ex. téléphone, courrier...) avec les professionnels extérieurs au site ou en institution												
Non	46,7	24,6	58,6	50,0	12,5	38,9	14,6	45,5	44,1	26,5	47,4	29,4
Oui	53,3	75,4	41,4	50,0	7,5	61,1	13,8	54,5	28,1	15,6	52,6	56,3
71. e) Gestion des consommables (suivi des stocks, passage des commandes...)												
Non	36,7	27,5	44,8	50,0	14,0	27,8	11,6	42,4	43,8	28,1	47,4	28,1
Oui	63,3	72,5	55,2	50,0	7,1	72,2	15,3	57,6	28,8	15,2	52,6	56,1
72. f) Gestion, maintenance de la structure												
Non	80,0	50,7	79,3	100,0	14,6	66,7	14,6	75,8	43,1	24,1	73,7	32,8
Oui	20,0	49,3	20,7	0,0	0,0	33,3	13,0	24,2	20,0	12,5	26,3	67,5
73. g) Encaissement												
Non	3,3	78,3	82,8	Variable active	Variable active	Variable active	Variable active	97,0	41,0	17,9	73,7	41,0
Oui	96,7	21,7	17,2	Variable active	Variable active	Variable active	Variable active	3,0	5,0	25,0	26,3	70,0

Suite du tableau page suivante

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Suite 8

	Répondants à l'enquête site			Classes de centres de santé (CDS)						Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé					
	CDS (N=30)		PDS (N=29)	Classe 1 (N=12)		Classe 2 (N=18)		Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)			
	%	MDS (N=69)	%	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité		
Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées															
[Suite] Rôles et fonctions assumés par le secrétariat															
74. h) Aide à l'ouverture de droit ou accompagnement dans les démarches administratives et sociales															
Non	30,0	66,7	75,9	Variable active						68,4	19,1	84,8	41,2	58,7	39,7
Oui	70,0	33,3	24,1							31,6	20,0	15,2	16,7	41,3	63,3
Rôles et fonctions assumés par les infirmiers															
75. a) Préparation de l'amont de la consultation (préparation des dossiers patient, biométrie...)															
Non	76,7	92,8	86,2	Variable active						89,5	19,1	93,9	34,8	89,1	46,1
Oui	23,3	7,3	13,8							10,5	22,2	6,1	22,2	10,9	55,6
76. b) Accueil physique, voire consultations infirmières ou orientation des demandes non programmées															
Non	53,3	76,8	79,3	75,0	9,8	27,8	5,4	84,2	21,1	90,9	39,5	65,2	39,5	72,7	
Oui	46,7	23,2	20,7	25,0	8,3	72,2	36,1	15,8	13,6	9,1	13,6	34,8	60,5	27,3	
77. c) Accueil physique, voire consultations infirmières ou orientation des demandes urgentes															
Non	46,7	78,3	75,9	75,0	10,0	16,7	3,3	89,5	22,4	90,9	39,5	63,0	38,2		
Oui	53,3	21,7	24,1	25,0	7,9	83,3	39,5	10,5	9,1	9,1	13,6	37,0	61,8		
78. d) Suivi de l'aval de la consultation (information sur la prescription et sur l'observance)															
Non	66,7	82,6	82,8	83,3	9,9	55,6	9,9	73,7	17,3	93,9	38,3	78,3	44,4		
Oui	33,3	17,4	17,2	16,7	7,4	44,4	29,6	26,3	29,4	6,1	11,8	21,7	55,6		
Rôles et fonctions assumés par les masseurs-kinésithérapeutes															
79. a) Suivi des lombalgies chroniques (dépistage, bilan kinésithérapeutique)															
Non	70,0	29,0	48,3	75,0	16,4	55,6	18,2	47,4	26,5	39,4	38,2	26,1	35,3		
Oui	30,0	71,0	48,3	25,0	4,2	44,4	11,1	52,6	15,9	60,6	31,7	71,7	64,7		
Non réponse	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-		
80. b) Diagnostic et prise en charge de pathologies cardio-respiratoires (bronchiolite, BPCO, insuffisants cardiaques et rénaux)															
Non	70,0	42,0	62,1	83,3	14,7	50,0	13,2	57,9	23,4	54,5	38,3	39,1	38,3		
Oui	30,0	58,0	34,5	16,7	3,4	50,0	15,3	42,1	16,0	45,5	30,0	58,7	61,7		
Non réponse	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-		
81. c) Prévention des troubles musculo-squelettiques															
Non	70,0	52,2	51,7	75,0	12,5	55,6	13,9	68,4	25,5	54,5	35,3	43,5	39,2		
Oui	30,0	47,8	44,8	25,0	5,5	44,4	14,5	31,6	13,0	45,5	32,6	54,3	60,8		
Non réponse	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-		
82. d) Suivi des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques															
Non	76,7	56,5	55,2	83,3	12,8	61,1	14,1	52,6	18,2	57,6	34,5	56,5	47,3		
Oui	23,3	43,5	41,4	16,7	4,1	38,9	14,3	47,4	21,4	42,4	33,3	41,3	52,7		
Non réponse	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-		

Suite du tableau page suivante

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Suite 9

	Répondants à l'enquête site		Classes de centres de santé (CDS)				Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé									
	CDS (N = 30)		MDS (N = 69)		PDS (N = 29)		Classe 1 (N = 12)		Classe 2 (N = 18)		Classe 3 (N = 19)		Classe 4 (N = 33)		Classe 5 (N = 46)	
	%	%	%	%	%	%	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité	% modalité dans la classe	% classe dans la modalité
<i>Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées</i>																
[Suite] Rôles et fonctions assumés par les masseurs-kinésithérapeutes																
83. e) Prévention et rééducation des troubles de la marche chez les personnes âgées																
Non	73,3	37,7	55,2	83,3	15,6	61,1	17,2	57,9	26,2	45,5	35,7	34,8	38,1			
Oui	26,7	62,3	41,4	16,7	3,2	38,9	11,1	42,1	14,5	54,5	32,7	63,0	52,7			
Non réponse	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-			
84. f) Rééducation périnéale																
Non	76,7	56,5	72,4	83,3	12,0	61,1	13,3	68,4	21,7	63,6	35,0	56,5	43,3			
Oui	23,3	43,5	24,1	16,7	4,5	38,9	15,9	31,6	16,2	36,4	32,4	41,3	51,4			
Non réponse	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-			
85. g) Rééducation des vertiges																
Non	93,3	89,9	79,3	91,7	9,7	88,9	14,2	84,2	18,8	81,8	31,8	91,3	49,4			
Oui	6,7	10,1	17,2	8,3	7,1	11,1	14,3	15,8	25,0	18,2	50,0	6,5	25,0			
Non réponse	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-			
86. h) Éducation thérapeutique																
Non	100,0	72,5	79,3	100,0	11,7	100,0	17,5	78,9	20,5	84,8	38,4	65,2	41,1			
Oui	0,0	27,5	17,2	0,0	0,0	0,0	0,0	21,1	16,7	15,2	20,8	32,6	62,5			
Non réponse	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-			
Fréquence des réunions...																
87. ... sur des questions d'organisation de l'équipe de soins entre médecins généralistes																
Hebdomadaire	30,0	53,6	34,5	58,3	12,5	11,1	3,6	-	-	-	-	-	-			
Mensuelle	20,0	23,2	31,0	0,0	0,0	33,3	19,4	-	-	-	-	-	-			
Trimestrielle ou semestrielle	33,3	13,0	10,3	25,0	13,6	38,9	31,8	-	-	-	-	-	-			
Aucune réunion entre médecins généralistes	16,7	8,7	20,7	16,7	11,8	16,7	17,6	-	-	-	-	-	-			
Non réponse	0,0	1,5	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-			
88. ... sur des questions d'organisation de l'équipe de soins entre infirmiers																
Hebdomadaire	33,3	42,0	17,2	33,3	9,1	38,9	15,9	-	-	-	-	-	-			
Mensuelle	20,0	14,5	20,7	0,0	0,0	38,9	31,8	-	-	-	-	-	-			
Trimestrielle ou semestrielle	23,3	15,9	13,8	25,0	13,6	22,2	18,2	-	-	-	-	-	-			
Aucune réunion entre infirmiers	23,3	26,1	44,8	41,7	13,2	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-			
Non réponse	0,0	1,5	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-			
89. ... sur des questions médicales entre médecins généralistes																
Hebdomadaire	26,7	49,3	37,9	50,0	11,3	11,1	3,8	-	-	-	-	-	-			
Mensuelle	26,7	23,2	41,4	8,3	2,8	38,9	19,4	-	-	-	-	-	-			
Trimestrielle ou semestrielle	26,7	8,7	3,5	25,0	20,0	27,8	33,3	-	-	-	-	-	-			
Aucune réunion entre médecins généralistes	20,0	17,4	17,2	16,7	8,7	22,2	17,4	-	-	-	-	-	-			
Non réponse	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-			

Suite du tableau page suivante

Tableau 10. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales

Suite 10

	Répondants à l'enquête site			Classes de centres de santé (CDS)						Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé					
	CDS (N = 30)		PDS (N = 29)	Classe 1 (N = 12)		Classe 2 (N = 18)		Classe 3 (N = 19)		Classe 4 (N = 33)		Classe 5 (N = 46)			
	%	MDS (N = 69)	%	%	modalité dans la classe	%	modalité dans la classe	%	modalité dans la classe	%	modalité dans la classe	%	modalité dans la classe		
<i>Questions introduites en variables illustratives nominales et modalités de réponse associées</i>															
[Suite] Fréquence des réunions...															
90. ... sur des questions médicales entre infirmiers															
Hebdomadaire	20,0	44,9	27,6	25,0	6,7	22,2	8,9								
Mensuelle	13,3	13,0	17,2	0,0	0,0	27,8	27,8								
Trimestrielle ou semestrielle	16,7	5,8	6,9	25,0	27,3	11,1	18,2								
Aucune réunion entre infirmiers	50,0	34,8	48,3	50,0	11,3	38,9	13,2								
Non réponse	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0								
91. Le suivi et la prise en charge des patients souffrant de maladie chronique s'appuient-ils sur des protocoles formalisés pour les professionnels de santé (aide-mémoire papier ou électronique, pour certaines maladies ou population spécifiques...)?															
Non	13,3	39,1	34,5	0,0	0,0	22,2	9,8								
Oui	86,7	60,9	65,5	100,0	13,8	77,8	16,1								
95. Le site participe-t-il à un ou plusieurs réseaux (le(s) professionnel(s) y participant le faisant au moins en partie au titre du site)?															
Non	13,3	11,6	6,9	25,0	21,4	5,6	7,1								
Oui	86,7	88,4	93,1	75,0	7,9	94,4	14,9								
96. Le site a-t-il une collaboration régulière avec les professionnels de santé extérieurs au site, en dehors des réseaux évoqués précédemment ?															
Non	20,0	29,0	17,2	0,0	0,0	27,8	16,1								
Oui	80,0	71,0	82,8	100,0	12,4	72,2	13,4								
Allocations des ressources ENMR															
97. a) Indemnisation/salaire du médecin ou d'un autre professionnel pour le temps consacré au management du site															
Non	46,7	37,7	20,7	75,0	19,6	33,3	13,0								
Oui	30,0	50,7	58,6	8,3	1,6	44,4	13,1								
Non réponse	23,3	11,6	20,7	16,7	9,5	22,2	19,0								
98. b) Indemnisation/compensation des professionnels du site pour le temps consacré à la coordination															
Non	16,7	5,8	3,5	16,7	20,0	16,7	30,0								
Oui	60,0	82,6	75,9	66,7	8,2	61,1	11,3								
Non réponse	23,3	11,6	20,7	16,7	9,5	22,2	19,0								
99. c) Achat d'équipement et/ou de matériel (médical, informatique)															
Non	73,3	36,2	34,5	83,3	17,5	66,7	21,1								
Oui	3,3	52,2	44,8	0,0	0,0	11,1	4,0								
Non réponse	23,3	11,6	20,7	16,7	9,5	22,2	19,0								
100. Modalités d'indemnisation/compensation des professionnels du site pour le temps consacré à la coordination															
Montant fixe (non modulé selon les disciplines et/ou professions)	13,3	43,5	55,2	0,0	0,0	27,8	10,0								
Montant variable (modulé selon les disciplines et/ou professions)	46,7	31,9	13,8	66,7	20,0	27,8	12,5								
Non concerné	16,7	5,8	3,5	16,7	20,0	16,7	30,0								
Non réponse	23,3	18,8	27,6	16,7	7,1	27,8	17,9								
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-		

Tableau 11. Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives continues

	Répondants à l'enquête site						Classes de centres de santé (CDS)						Classes de maisons (MDS) et pôles (PDS) de santé					
	CDS (N=30)		MSP (N=69)		PDS (N=29)		Classe 1 (N=12)		Classe 2 (N=18)		Classe 3 (N=19)		Classe 4 (N=33)		Classe 5 (N=46)			
	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type	Moy.	Ecart-type		
Questions introduites en variables illustratives continues																		
32. Taille moyenne des espaces de soins dédiés à la kinésithérapie dans le site	26,98	45,44	57,97	55,01	49,87	51,70	9,55	13,85	41,08	50,91	46,57	57,17	58,35	59,97	56,95	46,60		
33. Nombre de salles de consultation ou administration des soins (salles de consultations, de réalisation d'actes techniques) dans le site	9,36	6,83	6,40	3,04	8,86	4,84	5,00	3,13	11,82	7,17	7,41	3,41	7,58	4,59	6,69	3,18		
34. Nombre d'espaces dédiés aux soins infirmiers dans le site	1,86	1,76	1,29	0,60	2,41	1,64	1,45	1,23	2,24	1,83	2,33	1,73	1,52	1,02	1,43	0,74		
35. Nombre d'espaces dédiés à la kinésithérapie dans le site	1,07	1,93	2,24	2,26	2,57	2,82	0,42	0,64	1,94	2,31	2,24	3,25	2,42	2,36	2,30	2,06		
36. Nombre de salles ou espaces d'accueil et d'attente (accueil secrétariat, salles/espaces d'attente) dans le site	4,45	4,34	3,88	2,22	6,76	3,87	4,83	6,30	4,29	1,87	5,89	3,77	4,64	2,94	4,37	2,74		
37. Nombre de salles de réunion et/ou de repas et/ou de repos dans le site	1,83	2,24	1,56	0,89	2,31	1,85	2,25	3,00	1,59	1,33	2,22	1,58	1,61	0,95	1,74	1,33		
38. Nombre de catégories distinctes de professionnels de santé médicaux installés dans le site en 2012	2,34	0,94	2,03	0,82	1,97	0,94	1,58	0,64	2,78	0,79	2,16	0,93	2,06	0,85	1,91	0,80		
39. Nombre de catégories distinctes de professionnels de santé paramédicaux installés dans le site en 2012	3,41	2,14	3,71	1,37	3,55	1,50	2,89	1,45	3,89	2,23	3,42	1,50	3,67	1,43	3,76	1,32		
40. Nombre de catégories distinctes de professionnels autres installés dans le site en 2012	2,39	1,12	1,47	0,63	1,50	0,88	1,73	1,05	2,79	0,86	1,77	0,89	1,39	0,62	1,44	0,66		
83. Proportion d'actes réalisés par un autre médecin généraliste du site (CDG/MSP/PDS) auprès des patients inscrits médecin traitant dans ce site (CDS/MSP/PDS)	2,86	4,92	16,16	11,56	19,57	11,55	0,30	0,40	6,77	10,04	16,25	11,76	13,66	8,52	18,46	12,34		
84. Proportion de prescriptions d'actes infirmiers réalisées par un médecin généraliste du site (CDS/MSP/PDS) exécutés par un infirmier du site (CDS/CDG/MSP/PDS)	23,51	17,56	48,79	25,84	37,43	25,41	21,42	21,89	26,21	10,31	38,30	24,61	39,37	26,65	53,35	23,59		
85. Proportion d'actes infirmiers réalisés par les infirmiers du site (CDS/MSP/PDS) qui sont prescrits par les médecins généralistes du site (CDS/CDG/MSP/PDS)	43,73	13,52	44,28	19,76	29,63	21,96	53,63	10,26	39,26	11,29	36,05	21,01	31,90	22,16	48,46	16,63		
90. Durée d'ouverture hebdomadaire du site (min)	3 156,17	473,10	3 690,00	567,87	3 493,71	589,99	3 081,67	646,57	3 201,83	260,89	3 333,88	573,20	3 600,61	572,04	3 758,52	535,61		
91. Nombre moyen de demi-journées d'ouverture du site dans une semaine ordinaire (en dehors de la participation événementielle à la permanence des soins et/ou à sa régulation)	11,22	1,10	10,93	0,81	10,71	1,74	11,67	1,55	10,92	0,34	10,57	1,88	10,86	0,99	10,96	0,89		
95. Nombre de mutuelles, d'assurances ou d'instituts de prévoyance différents pour lesquels est pratiqué le tiers payant sur la dépense complémentaire	104,04	122,84	1,52	3,56	1,70	4,13	72,82	95,19	131,25	131,43	1,82	3,86	0,93	2,68	2,00	4,21		

Table des illustrations

Tableau 1.	La non-réponse totale des sites aux différents questionnaires de l'enquête	15
Tableau 2.	Typologie en quatre classes des 128 maisons, pôles et centres de santé	32
Tableau 3.	Typologie des 98 sites maisons et pôles de santé en 3 classes	32
Tableau 4.	Liste des variables nominales et continues actives	50
Tableau 5.	Liste des variables nominales et continues illustratives	52
Tableau 6.	Tableau des valeurs propres de l'AFDM des maisons, pôles et centres de santé	57
Tableau 7.	Tableau des valeurs propres de l'AFDM des maisons et pôles de santé	59
Tableau 8.	Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives nominales	62
Tableau 9.	Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables actives continues	70
Tableau 10.	Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives nominales	71
Tableau 11.	Caractérisation de l'échantillon des 128 sites et de leurs classes par les variables illustratives continues	82
Figure 1.	Typologie en cinq classes des 128 maisons, pôles et centres de santé	33
Figure 2.	Dendogramme de la classification des maisons, pôles et centres de santé	60
Figure 3.	Dendogramme de la classification des maisons et pôles de santé	61

Documents de travail de l'Irdes

- **Les déterminants du don de sang en France. Une analyse sur données de l'enquête ESPS 2012** / Errea M., Sirven N., Rochereau T. Irdes, Document de travail n° 61, juin 2014
- **Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre ESPS et SHARE** / Sirven N. Irdes, Document de travail n° 60, mai 2014
- **La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies** / Or Z., Verboux D. Irdes, Document de travail n° 59, avril 2014.
- **Supplemental Health Insurance and Healthcare Consumption: A Dynamic Approach to Moral Hazard** / Franc C., Perronnin M., Pierre A. Irdes, Document de travail n° 58, janvier 2014.
- **Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France** / Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y., Rican S., Salem G. Irdes, Document de travail n° 57, novembre 2013.
- **Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE** / Sirven N. Irdes, Document de travail n° 52bis, avril 2013.
- **Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A** / Or Z., Bonastre J., Journeau F., Nestrigue C. Irdes, Document de travail n° 56, avril 2013.
- **Discrimination salariale selon l'état de santé en France** / Ben Halima M. A., Rococo E. Irdes, Document de travail n° 55, mars 2013.
- **Deductibles and the Demand for Prescription Drugs: Evidence from French Data** / Kambia-Chopin B, Perronnin M. Irdes, Document de travail n° 54, février 2013.
- **Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ?** / Or Z., Häkkinen U. Irdes, Document de travail n° 53, décembre 2012.
- **On the Socio-Economic Determinants of Frailty: Findings from Panel and Retrospective Data from SHARE** / Sirven N. Irdes, Document de travail n° 52, décembre 2012.
- **L'accessibilité potentielle localisée (APL) : Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France** / Barlet M., Coldefy L., Collin C., Lucas-Gabrielli V. Irdes, Document de travail n° 51, décembre 2012.
- **Sick Leaves: Understanding Disparities Between French Departments** / Ben Halima M A., Debrand T., Regaert C. Irdes, Document de travail n° 50, octobre 2012.
- **Entry Time Effects and Follow-on Drugs Competition** / Andrade L. F. Irdes, Document de travail n° 49, juin 2012.
- **Active Ageing Beyond the Labour Market: Evidence on Work Environment Motivations** / Pollak C., Sirven N. Irdes, Document de travail n° 48, mai 2012.
- **Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé** / Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. Irdes, Document de travail n° 47, avril 2012.
- **Cross-Country Performance in Social Integration of Older Migrants. A European Perspective** / Berchet C., Sirven N. Irdes, Document de travail n° 46, mars 2012.
- **Employed and Happy despite Weak Health? Labour Market Participation and Job Quality of Older Workers with Disabilities** / Pollak C. Irdes, Document de travail n° 45, mars 2012.
- **Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France** / Nestrigue C., Or Z. Irdes, Document de travail n° 44, février 2012.

Autres publications de l'Irdes

Rapports

- **Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé** / Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. Irdes, Rapport n° 1949, septembre 2014, 74 pages, 25 €.
- **Enquête sur la santé et la protection sociale 2012** / Célant N., Guillaume S., Rochereau T. Irdes, Rapport n° 1940, juin 2014, 302 pages, 40 €.
- **Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie** / Coldefy M., Nestrigue C., Or Z. Irdes, Rapports n° 1886, novembre 2012.
- **L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009** / Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. Irdes, Rapport n° 1890, juillet 2012, 200 pages, 30 €.

Questions d'économie de la santé

- **Les 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)** / Afrite A. Mousquès J. Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 201, septembre 2014.
- **Index des 200 premiers numéros de Questions d'économie de la santé. Janvier 1998 – juillet-août 2014** / Irdes, *Questions d'économie de la santé* numéro hors-série, sept. 2014.
- **Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)** / Fournier C., Frattini M.-O., Naiditch M. Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 200, juillet-août 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)

Forms of primary care teams

A typology of multidisciplinary group practices, health care networks and health care centers involved in the experiments of new mechanisms of remuneration (ENMR)

Anissa Afrite, Julien Mousquès

Dans le cadre d'un programme de recherche global sur le lien entre le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours dans les sites participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) et la performance des médecins généralistes en matière d'activité, de productivité, d'efficacité et d'efficience de leurs pratiques, cette recherche a pour objectif d'analyser la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR.

Ce travail s'appuie sur une enquête spécifique réalisée auprès de 147 sites participant aux ENMR sur la période 2008-2012. Cette enquête a été réalisée en deux vagues, à partir de questionnaires standardisés et administrés par Internet en 2011-2012 et en 2013. Elle décrit l'organisation de la délivrance des soins, le fonctionnement des sites et leur équipement ainsi que les processus de travail. Elle explore aussi la collaboration entre les professionnels, l'existence de pratiques innovantes ainsi que les caractéristiques et usages des systèmes d'information.

Dans un premier temps, des analyses descriptives caractérisent les sites selon leurs principales dimensions structurelles, organisationnelles et fonctionnelles. Dans un second temps, afin de s'affranchir de la dimension statutaire des sites (maisons, pôles et centres de santé) et de tenir compte des dimensions considérées comme déterminantes de la performance, des méthodes factorielles d'analyses de données sont mobilisées sur un sous-échantillon de 128 sites afin d'en réaliser une typologie.

Les résultats mettent ainsi en évidence la forte hétérogénéité de ces structures au-delà de la distinction selon leur statut. La typologie réalisée distingue cinq catégories de sites : deux pour les centres de santé et trois pour les maisons et pôles de santé. Leurs différences reposent essentiellement sur leur taille, composition, accessibilité, ainsi que sur l'étendue des rôles et fonctions développés par les professionnels, l'intensité de l'intégration, de la coordination et de la coopération.

* * *

This research is part of a global research program focused on French primary care teams composed of at least a minimum number of general practitioners and nurses, but that could include other primary health care professionals (e.g. physiotherapist). It specifically focused on two recent teams organizations forms, – the multidisciplinary group practices (MGP) and the health care networks (HCN) (so called maisons and pôles de santé pluriprofessionnelles) –, and a well-known existing structure – the health care centers (HCC) (called centre de santé). Health care professionals working in the first two types of structure are self-employed and paid on fee-for-services basis while those working in health care centers are salaried. The main difference between MGP and HCN is that in MGP all of the professionals are housed in the same setting, while this is not the case for HCN.

These three organizations forms are involved in the experiments of new mechanisms of remuneration (called Expérimentations de nouveaux modes de rémunération, ENMR) specifically dedicated to these practices. The associated research program aimed to establish the contribution of primary care teams (versus solo general practitioner or mono-disciplinary group practice) on general practitioner density and on performance measured by productivity, quality and efficiency of the ambulatory health care services delivered and by hospital utilization. The research presenting here is specifically focused on the analyze of the organizational structure of 147 MGP, HCN and HCC participating in the ENMR for the period 2008-2012. Based on a survey that had been conducted in two waves using standardised questionnaires administered via the Internet in 2011-2012 and again in 2013, we provide a detailed description of the organizational structure and process dimensions, like health care professional composition, size and equipment; health care professional task and skill-mix, mechanisms of coordination, electronic medical record and management; scope and accessibility of health care and types of health care services.

Firstly, descriptive statistics give features about primary care teams according to their main organizational structure and process dimensions. Secondly, in order to go further than focusing only on "status" dimension (MGP, HCN or HCC) and taking into account dimensions considered to be decisive for performance, factorial data analysis methods are used to constitute a typology from a sub-sample of 128 sites.

The results highlight a strong heterogeneity between these primary care teams beyond the distinction according to their status. The defined typology distinguished the practices in five groups: two for the HCC and three for the MGP and HCN. Their differences are essentially based upon their size, composition, accessibility, scope of the roles and task which are developed by some health professionals, intensity of the integration, coordination and cooperation between health care professionals.

IRDES

www.Irdes.fr