

# Les soins de premiers recours et les modes d'exercices regroupés : pôles de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé et groupes de pairs...

---

Dr Yann Bourgueil, directeur de l'Irdes

SciencesPo.

Master « Gestion et politiques de santé »

1<sup>er</sup> avril 2010

- Vers une politique d'organisation des soins primaires en France
- Les formes collectives d'exercice : définitions et potentialités

# Trois modèles types de soins primaires

- Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède), souvent décentralisé régionalement ou au niveau communal
- Le modèle professionnel hiérarchisé :
  - le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande)
  - Gouvernance, administrative et médicale locale (PCT Royaume-Uni, IPA en Nouvelle Zélande)
  - médicale locale (Réseaux médecins Pays Bas, DGP Australie)
- Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation des soins primaires à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada)

# La France un modèle professionnel historiquement non hiérarchisé

---

- Charte de la médecine libérale 1927
- Création de l'assurance maladie dite universelle en 1946
  - Assurés/habitants et paritarisme
- Réforme Debré en 1958
  - CHU et organisation de l'ordre médical (Flexner 1910)
- Offre abondante, en ambulatoire
  - Diverse, concurrentielle, peu hiérarchisée, foisonnement institutionnel
  - Pratique solo dominante

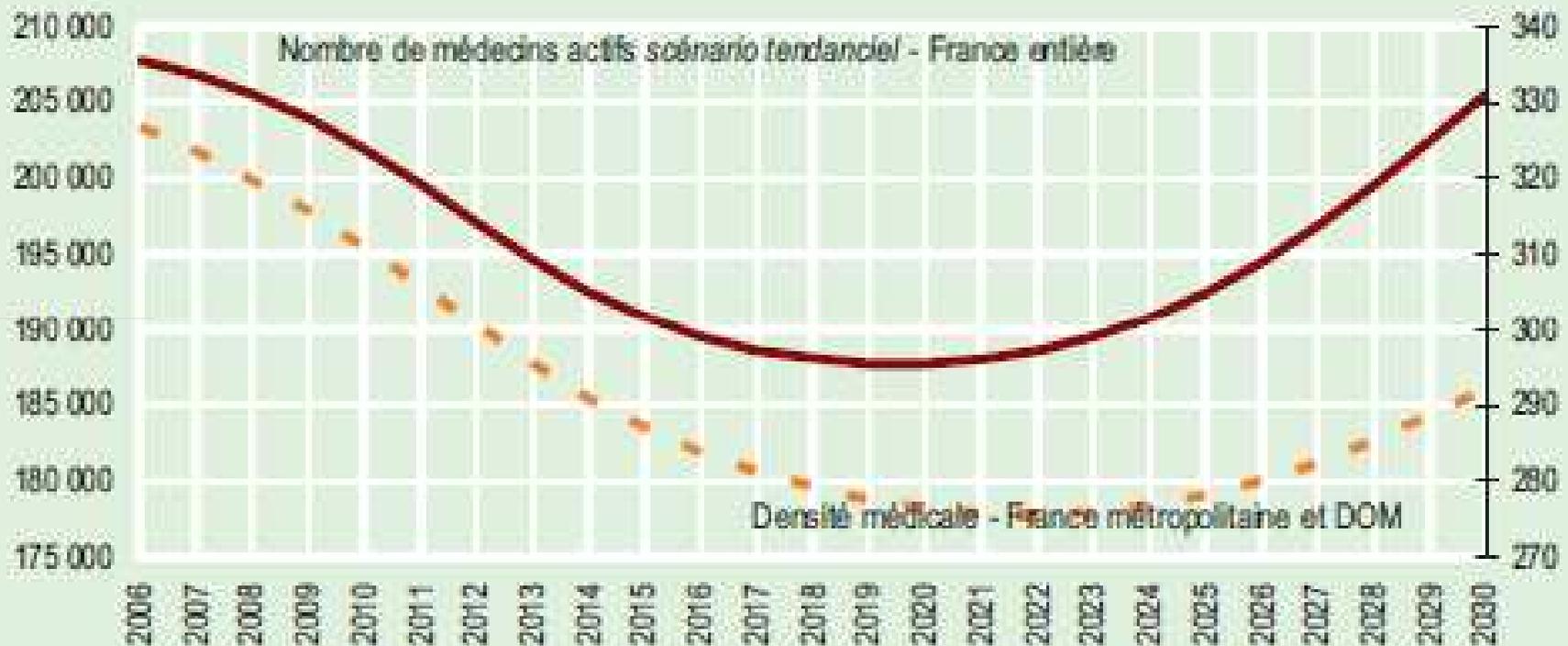
# La France un modèle professionnel non hiérarchisé en évolution

---

- La régionalisation/territorialisation
  - DRASS, ORS, URML, URCAM, ARH, SROS 3<sup>ème</sup> génération → ARS
- L'émergence de la Santé Publique
- Droit des patients (2002)
- Vers l'organisation des soins
  - La coordination , les réseaux, l'option référent,
  - la réforme du médecin traitant

# Pourquoi organiser les soins de premiers recours/lignes/primaires ?

## Nombre et densité de médecins en activité d'après le scénario tendanciel



Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

## Pourquoi organiser les soins de premiers recours/lignes/primaires ?

- Arbitrage différent entre Tps travail et loisir
- Féminisation et choix d'installation
  - contexte de travail et rémunération
- Complexité et « chronicité » des situations cliniques
- Progrès techniques et déplacement de l'hôpital vers l'ambulatorio → Proximité - relation - clinique
- Augmentation des dépenses, moindres remboursements, dépassement d'honoraires : enjeu d'équité

# La France un modèle professionnel non hiérarchisé en évolution (1)

- Éléments « normatifs » : Les soins de premiers recours dans la Loi HPST comprennent:
  - la prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi des patients
  - dispensation médicaments, produits, conseil pharmaceutique
  - Orientation système de soins, secteur médico-social
  - Éducation pour la santé
- Éléments professionnels : les missions des médecins généralistes de premiers recours
  - S'assurer de la prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi des patients
  - S'assurer de la coordination
  - Veiller application protocoles, reco...
  - Synthèse des informations transmises
  - Prévention, dépistage, permanence des soins, accueil des stagiaires
- Emergence de la spécialité au sein des facultés : 10 postes de Professeurs titulaires, CCA
- Evolution des professions de santé (nombre, formation, coopérations)

# La France un modèle professionnel non hiérarchisé en évolution (2)

---

- Vers
  - Des modes mixtes de rémunération : paiement à la performance ou la rémunération de services avec les CAPI, forfait ALD...
  - L'exercice en équipe :
    - Investissement et expérimentations de rémunérations : MSP, Centres, Pôles de santé – coopérations et nouvelles pratiques ?
  - Le Disease management par la CNAMTS : projet SOPHIA
  - Des Schémas d'organisation des soins ambulatoires
  - Des disparités tarifaires notamment pour l'accès aux spécialités ?

# Maisons, pôles, centres de santé pluridisciplinaires

---

- Les formes d'exercice collectives en ambulatoires
- Les MSP : quelques résultats empiriques
- Les formes regroupées : le levier d'action d'une politique des soins primaires
  - FHG, FHN, FH Teams en Ontario, GMF au Québec, Medical Home aux US
  - Formes regroupées pluridisciplinaires : solutions et faux semblants

# Les formes d'exercice collectives en ambulatoires

---

- Centres de santé : historiques 19ème siècle, Front populaire, Trente glorieuses
  - Cadre juridique : non lucratifs ou collectivités territoriales (dispense d'avance de frais, secteur1)
  - Marginaux : 1460 en 1995 (29 médicaux, 357 polyvalents, 377 dentaires, 691 infirmiers)
  - Convention spécifique

# Les formes d'exercice collectives en ambulatoires

---

- Cabinets de groupes : mal estimés et mal connus
  - 39% des MG exercent en groupe en 2002 (source DREES)
  - 28% des MG exercent dans des cabinets avec plus de 2 ETP (2009, Health Affairs)
  - Plus de 50% en groupe en 2008 (à paraître)

## Cabinets de groupes

---

- Qu'est ce qu'un groupe de médecins libéraux ?
  - Mise en commun de moyens ou forme intégrée ?
  - De médecins uniquement ou pluriprofessionnels ?
- Quelle différence entre groupe et solo?  
Entre pratique groupe et solo ?

**Baromètre des pratiques en médecine libérale**

**Enquête 2006**

**« L'organisation du travail des médecins généralistes bretons »**

---

**Julien Beauté, Yann Bourgueil, Julien Mousquès**

**Avec la participation de Lise Rochaix**

**Irdes 2007**

# Objectifs et méthode

---

- Objectifs
  - Mieux distinguer groupe *versus* solo
  - Identifier les barrières au regroupement et les incitations possibles (motivations, satisfactions, perspectives...)
- Etude pilote (printemps/été 2006)
- 120 médecins généralistes libéraux bretons
- Un médecin répondant pour lui-même et pour l'ensemble du cabinet

## Matériel : le questionnaire

---

- 166 questions, 528 variables
- Caractéristiques du médecin répondant (socio-démographiques et professionnelles)
- Description du cabinet (composition, forme juridique, contrat, moyen, équipement, rémunération, locaux, informatisation, activité, perspectives) et satisfaction par rapport à chacune des dimensions

- Les non répondants ne sont pas différents (un taux de réponse de 83%, 96/115)
- Traitement de la non réponse partielle
- Construction des scores:
  - Satisfaction (groupe et solo): 23 items
  - « Intégration-coordination » (groupe): 36 items (14 accords, 7 partage, 7 participation collective, 7 projet)
  - Service rendu (24 items)
- Analyse bivariée
- Modélisation

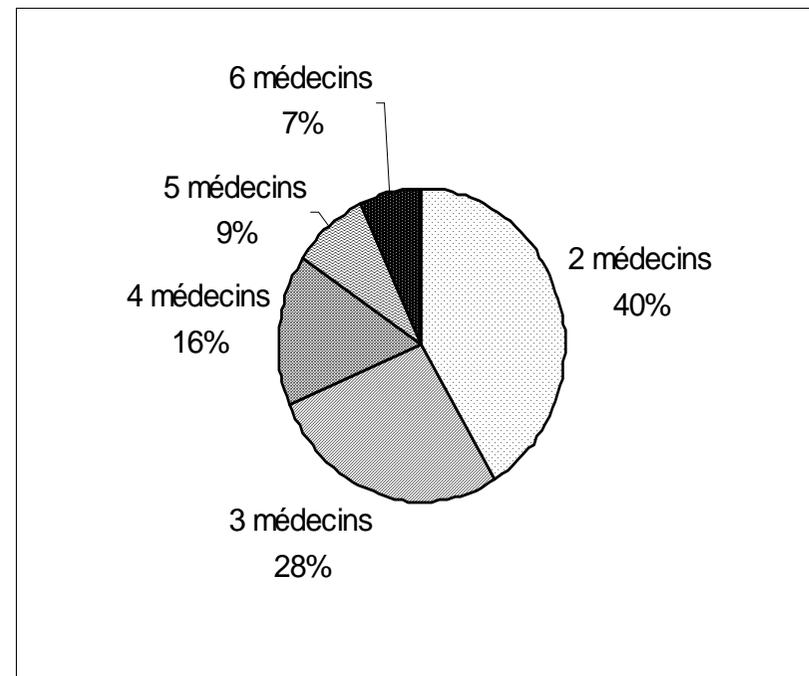
## Résultats 1: caractéristiques générales

---

- Age des médecins entre 39 et 64 ans (moyenne 51 ans)
- Plus de 80% d'hommes
- Plus de 90% vivent en couple (moyenne 2,5 enfants)
- 50% des diplômes obtenus avant 1985 (2/3 en Bretagne)
- 65% en zone à dominante urbaine
- 60% de médecins exerçant en groupe (59/96), et quasiment tous en secteur 1

## Résultats 1: description des groupes

- 85% des groupes ont une forme juridique (51/59)
- La forme la plus commune est la SCM (40/51)
- Charges le plus souvent réparties de façon fixe et identique (42/59)
- Peu de partage des recettes (6/59)



## Résultats 2: comparaison groupe vs. solo

Principales caractéristiques des médecins en fonction du mode d'exercice					
	Solo	(N=37)	Groupe	(N=59)	
Age moyen	52,2	(N=37)	48,8	(N=59)	p<0,01
Age>55ans	43,2%	(N=16)	36,2%	(N=21)	NS
Nb d'enfants	2,3	(N=36)	2,6	(N=59)	NS
>3enfants	41,6%	(N=15)	62,7%	(N=37)	p<0,05
% femmes	24,3%	(N=9)	15,2%	(N=9)	NS
% marié(e)	89,2%	(N=33)	93,2%	(N=55)	NS
% avec un diplôme complémentaire	48,7%	(N=18)	59,3%	(N=35)	NS
% diplômés en Bretagne	59,5%	(N=22)	71,2%	(N=42)	p=0,23
% primo installation	91,9%	(N=34)	66,1%	(N=39)	p<0,01
% médecins ayant plusieurs modes d'exercice	24,3%	(N=9)	39,0%	(N=23)	p=0,14
% exerçant dans un cabinet situé dans un espace à dominante rurale	27,0%	(N=10)	39,0%	(N=23)	NS

## Résultats 2: comparaison groupe vs. solo

Une première estimation de ce qui explique le fait d'être en groupe: l'âge

	OR (univarié)	IC95%	OR (multivarié)	IC95%
Cabinet situé dans une zone rurale	1,73	[0,70; 4,22]	2,71	[0,96; 7,65]
Médecin interrogé propriétaire	1,57	[0,57; 4,34]	1,94	[0,60; 6,26]
Diplôme breton	1,68	[0,71; 4,00]	2,42	[0,89; 6,60]
Age	<b>0,87</b>	[0,79; 0,95]	<b>0,84</b>	[0,75; 0,93]

## Résultats 2: le groupe produit-il des services différents?

---

- 50% des médecins solo et 60% des médecins en groupe ont un DU (orientation plus sociale pour les groupes)
- Autant de participation à des réseaux
- Plus de partenariats institutionnels pour les groupes (36% vs. 22% ;  $p=0,14$ )
- Plus de collaborations avec d'autres professionnels en solo (32% vs. 17% ;  $p=0,08$ )
- Plus de PDS dans les groupes (90% vs. 76% ;  $p=0,06$ ).

## Résultats 2: le groupe produit-il des services différents?

---

- Dans les deux cas, peu de personnel paramédical (15-20%)
- Plus de secrétariat dans les groupes (83% vs. 30% ;  $p < 0,01$ )
- Autant de remplaçants (60%), aussi difficiles à trouver (30%)
- Davantage d'accueil d'internes dans les groupes (42% vs. 11%)
- Service rendu plus important dans le groupe? (avec âge, rural, propriétaire)

## Résultats 2: le groupe produit-il des services différents?

<b>Equipement informatique</b>					
	Solo	(N=37)	Groupe	(N=59)	
% cabinets informatisés	83,8%	(N=31)	93,2%	(N=55)	NS
% dossiers informatisés	70,3%	(N=26)	86,4%	(N=51)	p=0,053
% cabinets avec internet*	78,4%	(N=29)	83,1%	(N=49)	NS
% cabinets avec haut débit**	48,7%	(N=18)	62,7%	(N=37)	NS
% médecins satisfaits	67,7%	(N=21)	79,3%	(N=42)	NS
*Réponses à la question "quelle type de connexion internet?", ADSL, Modem classique, NSP et réseau numéris					
** Id. ADSL, réseau numéris					
<b>Matériel médical</b>					
	Solo	(N=37)	Groupe	(N=59)	
% cabinets disposant d'un ECG	56,8%	(N=21)	84,8%	(N=50)	p<0,01
% cabinets disposant d'un doppler	37,8%	(N=14)	44,1%	(N=26)	NS
% cabinets disposant d'un tensiomètre	75,7%	(N=28)	62,7%	(N=37)	p=0,18
% cabinets disposant du matériel nécessaire à une intubation	2,7%	(N=1)	17,0%	(N=10)	
% cabinets disposant du matériel nécessaire à une perfusion	51,4%	(N=19)	61,0%	(N=36)	NS

# IRDES Résultats 2: le groupe produit-il plus de soins?

Activité	Solo	(N=37)	Groupe	(N=59)	
Nb moyen de jours d'ouverture du cabinet par semaine	5,3	(N=36)	5,7	(N=57)	p<0,05
Nb moyen de semaines d'ouverture du cabinet par an	49,2	(N=33)	51,8	(N=52)	p<0,0001
Nb moyen de consultations hebdomadaires par médecin	99,8	(N=33)	110,4	(N=50)	NS
Nb moyen de visites hebdomadaires	15,5	(N=37)	17,4	(N=58)	NS
Temps moyenne d'une consultation en minutes	17,2	(N=36)	16,6	(N=57)	NS
Temps d'ouverture quotidien moyen du cabinet	7h30	(N=37)	8h48	(N=57)	p<0,0001
Nb consultations moyen par heure*	2,0	(N=33)	1,8	(N=49)	NS

## Résultats 2: le groupe produit-il plus de soins?

		Cabinet de groupe	Cabinet en zone rurale	Médecin interrogé propriétaire	DMI	Secrétariat
Nb de consultations/semaine	Univarié	10,6	<b>19,4</b>	11,6	12,3	11,1
	Multivarié	2,6	<b>19,1</b>	9,1	6,8	10,7
Nb de journées d'ouverture/semaine	Univarié	<b>0,4</b>	0,2	-0,1	0,2	<b>0,2</b>
	Multivarié	<b>0,3</b>	0,2	-0,2	0,1	0,1
Nb de semaines d'ouverture/an	Univarié	<b>2,6</b>	0,7	0,5	<b>2,1</b>	<b>2,3</b>
	Multivarié	<b>1,7</b>	0,2	0,1	<b>1,3</b>	<b>1,1</b>
Temps moyen de la consultation	Univarié	<b>75,4</b>	<b>29,9</b>	7,2	32,8	<b>42,5</b>
	Multivarié	<b>69,0</b>	22,2	-5,7	8,7	6,0

## Résultats 2: le groupe produit-il plus de soins?

Qu'est-ce qui explique le montant des charges?

		Cabinet de groupe	Cabinet situé dans une zone rurale	Médecin interrogé propriétaire	DMI	Secrétariat
Log (charges individuelles)	Univarié	<b>-0,7</b>	0,2	0,0	0,1	-0,2
	Multivarié	<b>-0,9</b>	0,3	0,0	0,1	0,2

## Résultats 3: installation et satisfaction

---

- 90% de primo installés en solo contre 70% en groupe (75% ont une expérience solo)
- Une satisfaction comparable quelque soit le mode d'exercice (score global)
- Une satisfaction plus grande dans le groupe pour les moyens (équipement, personnel etc.) voire pour la gestion des absences/remplacement

- Des solos qui recherchent l'indépendance
- Des médecins groupés à la recherche d'une meilleure organisation de leur travail
- 1/4 des médecins solo envisagent un regroupement
- 50% des médecins en groupe veulent voir évoluer leur exercice et 30% veulent s'agrandir

	Solo (N=10)	Groupe (N=33)	Total (N=43)
Avec un (ou des) médecin(s)	90%	45%	56%
Avec du personnel paramédical	70%	15%	28%
Améliorer la qualité d'exercice	60%	55%	56%
Améliorer la qualité des soins	80%	18%	33%
Améliorer la qualité de vie	70%	27%	37%

## Résultats 3: motivations et attentes

	Solo (N=37)	Groupe (N=59)	Total (N=96)
Un associé ou un collaborateur libéral	14%	20%	18%
Un collaborateur libéral	8%	8%	8%
Un interne	0%	2%	1%
Personne	78%	69%	73%
Ensemble	100%	100%	100%

## Conclusion 1: groupe versus solo

---

- Groupe: en l'état une question de partage de moyen (type de contrat, charges, taille et discipline) voire de conciliation entre vie de famille et professionnelle
- Solo: indépendance
- Groupe c'est mieux que solo: une accessibilité semble-t-il accrue (amplitude journée/semaine/année et PDS ), des services un peu différents (équipement médical et informatique), orientation et DU, accueil d'interne, secrétariat) mais pas de significatif en termes de productivité, de qualité ou de satisfaction

## Conclusion 2: pistes de recherche

---

- La composition et la structure des groupes
- Les services offerts par les groupes
- La qualité des soins : au-delà des proxys
- La productivité (taille de liste)

## Conclusion 3: incitations

---

- Une proportion faible de solo (+jeunes) qui envisage un regroupement => quid la pertinence d'incitation au regroupement dans ce cadre
- Une proportion importante de solos (+âgés) qui n'envisagent pas de se regrouper et qui veulent conserver leur indépendance
- Une proportion non négligeable de médecins regroupés qui envisage des évolutions de leur groupe (collaborateur libéral) => quid de la pertinence d'incitation sans nouvelles contreparties
- Tester des scénarios

- **« L'organisation du travail des médecins généralistes bretons »**

**Baromètre des pratiques en  
médecine libérale  
Enquête 2006**

# Les formes d'exercice collectives en ambulatoires

---

- Les Maisons de santé pluridisciplinaires
  - Une dynamique professionnelle
  - Une volonté politique (Ministérielle, Présidentielle...)
  - Des projets en cours
- Quelques résultats empiriques

# Une évaluation exploratoire des Maisons de Santé Pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne

---

**novembre 2009**

Auteurs : Y Bourgueil, MC Clement, M Coldefy, PE Couralet, V Griffond, N Le Guen, V Lucas, J Mousques, M Naiditch, A Pierre, N Krucien

*Partenaires : Fédération des Maisons de santé Comtoises, Fédération des maisons de santé de Bourgogne, URCAMs Franche Comté et Bourgogne, Département Etudes et Stratégie CNAMTS.*

# Contexte et objectifs/Matériel et Méthode

---

- Difficultés d'attraction et de maintien des PS en zones déficitaires
- Intérêt des PS pour de nouvelles formes d'organisation
- Contexte politique:
  - EGOS
  - Expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération des PS
  - Loi HPST
- Demande initiale de la Cnamts: quelle définition? Quelle spécificité ? Quel efficience ?

- Objectif général :
  - Préciser les spécificités de l'exercice des professionnels de santé en MSP, au regard de la pratique individuelle ou de groupe en médecine générale.
  
- Objectifs spécifiques:
  - Décrire de façon fine les structures MSP
  - Analyser l'activité des PS (productivité, coûts) en MSP
  - Analyser la qualité des soins des patients suivis par des médecins des MSP

- Etude exhaustive sur 2 régions
- Critères d'inclusion:
  - Couple MG-IDE
  - + troisième profession médicale
  - Structure ouverte au 31/12/07
- Comparaison
  - Offre et population locale (Zone Intervention Potentielle)
  - Population nationale (EPAS/EPIB)

# Contexte et objectifs/Matériel et Méthode

---

- Enquête structure et professionnels de santé
  - 3 questionnaires (Structure, Médecins et Paramédicaux)
  - Recueil de De juin à septembre 2008, visites sur sites, binômes
- Analyse de l'activité des professionnels de santé
  - Statistiques descriptives, populations, intégration MSP, actes (sources SNIIR PS)
- Analyse de la consommation de soin des patients consultant au sein des MSP ( sources ERASME – régime général SLM)
  - Statistiques descriptives, analyses multi-variées (volumes, coûts pour l'AM, suivi des patients diabétiques – méthode Asalee)
  - Analyse Qualité (données CAPI, données calculées IRDES)

# Les ZLT (Zone Locale Témoin)

- Représentent les communes où la « part de marché » de la MSP est importante
- Déterminées par le croisement de 2 indicateurs:
  - $\geq 10\%$  des actes sont réalisés par des omnipraticiens de la MSP
  - $\geq 10\%$  de l'activité moyenne normale d'un omnipraticien de la MSP est dédiée à des actes pour des résidents de cette commune
  - + ensemble des communes limitrophes

T1

## Structure et offre de soins des maisons de santé pluridisciplinaires

Zone d'implantation	Échantillon**	Nombre de patients	Nombre de patients ayant déclaré un médecin traitant†	Nombre de généralistes	Nombre de professionnels de santé non généralistes	Nombre d'infirmiers	Nombre de professionnels de santé différents	Superficie de la maison de santé	Nombre annuel de jours travaillés		
									en maison de santé	par généraliste « MSP »	par généraliste « ZLT »
Zone 1	MSP	9 636	4 096	9	3	2	3	400 m <sup>2</sup>	303	196	-
	ZLT	10 3432	42 148	106	-	-	-	-	-	-	185
Zone 2	MSP	4 813	1 802	4	17	3	10	750 m <sup>2</sup>	310	186	-
	ZLT	11 395	4 804	10	-	-	-	-	-	-	205
Zone 3	MSP	1 543	559	2	3	2	3	431 m <sup>2</sup>	254	142	-
	ZLT	26 655	12 057	25	-	-	-	-	-	-	194
Zone 4	MSP	2 468	1 183	2	4	2	5	409 m <sup>2</sup>	281	206	-
	ZLT	5 281	2 590	6	-	-	-	-	-	-	162
Zone 5	MSP	3 479	1 463	4	6	2	5	330 m <sup>2</sup>	307	193	-
	ZLT	8 323	3 469	9	-	-	-	-	-	-	184
Zone 6	MSP	8 165	2 648	6	13	5	5	800 m <sup>2</sup>	358	169	-
	ZLT	48 743	23 289	50	-	-	-	-	-	-	183
Zone 7	MSP	1 391	718	2	4	3	3	200 m <sup>2</sup>	233	81	-
	ZLT	8 249	3 966	9	-	-	-	-	-	-	164
Zone 8	MSP	3 703	1 700	3	10	2	9	600 m <sup>2</sup>	301	222	-
	ZLT	18 943	9 441	14	-	-	-	-	-	-	211
Zone 9	MSP	Données manquantes		5	6	2	4	443 m <sup>2</sup>	Données manquantes		
	ZLT	Données manquantes		-	-	-	-	-	Données manquantes		
Toutes zones confondues*	MSP	35 198*	14 169*	32	60	21	11	-	293	177	-
	ZLT	231 021*	101 764*	229	-	-	-	-	-	-	185

\*Les totaux n'incluent pas les effectifs de la zone 9. \*\* MSP : maison de santé pluridisciplinaire ; ZLT : zone locale témoin.

**Champ** : patients affiliés au régime général et aux sociétés locales mutualistes.

**Période de l'étude** : du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2007, sauf pour la zone 3 (du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 28 février 2008) et la zone 7 (du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 30 juin 2008).

**Données** : Erasmé 2007-2008, Cnamts. **Exploitation** : Irdes.

# Résultats enquête structure : historique du projet (1)

---

- **Projet médical:**
  - Qualité des soins, PEC globale et multidisciplinaire des patients (7)
  - Amélioration de l'offre de santé et de l'accès au soin (6)
  - Conditions d'exercice professionnel (4)
  - Philosophie commune aux PS (2)
  
- **Les formes juridiques:**
  - Hétérogènes
  - Structure:SCI (5), association (3), copropriété (1)
  - Inter professionnelles et intra professionnelles

# Résultats enquête structure : historique du projet (1)

- 1<sup>ère</sup> « vague »: années 70-80 (2)
- 2<sup>ème</sup> vague, année 2000 dont 2 types se dégagent de par leur processus de création:
  - Type « entrepreneurial » initiées et financées par les PS :
    - 2 grosses structures récentes ( $\geq 20$  PS), en zone peu ou non déficitaire
    - non rejointes par tous les PS du secteur et « relations tendues » avec PS et élus locaux
    - PEC d'urgence
    - autofinancement
  - Soutien des collectivités locales/logique maintien de l'offre:
    - 5 « petites structures » (entre 5 et 13 PS), en zone déficitaire
    - réunion de tous les PS du secteur , aidées en partie ou en totalité par les collectivités locales non soumises à concurrence

# Résultats enquête structure : locaux et niveau d'équipement

- Locaux fonctionnels et conviviaux :
    - Toutes possèdent 1 secrétariat et 1 salle de pause/réunion
    - 6 ont des salles d'attente séparées entre PS
    - 5 ont un logement à disposition
  - Equipement:
    - 8/9 ont ECG, stérilisateur, mat. suture, dextro, mat. ex. gynéco
    - 4/9 peuvent réaliser des immobilisations
    - 3/9 ont du matériel d'imagerie
    - 2/9 peuvent faire de l'oxygénothérapie
- ⇒ 9 structures équipées avec tout le matériel classique retrouvé en médecine générale
- ⇒ 3 structures très équipées capables de prendre en charge les urgences traumatiques (platres, immobilisation, radiologie...) et vitales (matériel d'urgence)

# Résultats enquête structure : informatisation

- 8/9 ont un dossier patient informatisé, en réseau entre les MG
- Accès par l'intermédiaire de la secrétaire pour les paramédicaux
- S. informatiques séparés MG-IDE
- Faible utilisation par les PS autres que MG et IDE
- Utilisation principale
  - MG:
    - Télétransmission des feuilles de soins (9/9)
    - Dossiers médicaux (8/9)
    - Gestion administrative (7/9)
    - Ordonnances (6/9)
  - IDE:
    - Télétransmission des feuilles de soins (7/9)
    - Gestion administrative (6/9)

# Accessibilité

- Géographique:
  - Toutes ont un accès handicapé
  - 7/9 ont un parking privé
  - 4/9 sont indiquées par signalisation routière
  - 2/9 sont accessible en transport en commun
- Sociale:
  - Tous MG en secteur 1 sauf 1
  - 5 MSP pratiquent le 1/3 payant
- Ouverture:
  - Toute l'année
  - 5.5j/semaine vs 5.7j et 5.3j pour les cabinets de groupe et individuels<sup>1</sup>
  - 11h30 / jour vs 8h45 pour les cabinets de groupes et 7h30 pour les cabinets individuels<sup>1</sup>
  - 2 ouvertes le dimanche

*1: Enquête Irdes: organisation et pratique de groupe des MG bretons*

## Plus de jeunes, plus de femmes

- **Les PS:**

- De 5 à 22 selon les MSP (2 à 9 MG, 2 à 5 IDE, 1 à 4 kinés)
- Diversité professionnelle variable de 3 à 11
- Les plus représentés :MG>IDE>kinés>pédicures>orthophonistes

- **Sexe:**

- 62% femmes tous PS confondus
- 27.5% femmes MG vs 19%<sup>1</sup> pour les autres modes d'exercice
- 91% femmes IDE

- **Moyenne d'âge :**

- PS = 43.5 ans
- MG = 44.3 ans [32;61] vs 52.2 ans en cabinet individuel et 48.8 ans en cabinet de groupe 1
- IDE = 45.8 ans [34;58]

*1:Enquête Irdes:organisation et pratique de groupe des MG bretons-enquête sur 100 MG*

## Activité des PS: Actes techniques déclarés

- Réalisés par les MG au sein des MSP (nombre de MSP);
  - Sutures (9/9)
  - ECG (9/9)
  - Petits actes chirurgicaux (9/9)
  - Passage sous Insuline des diabétiques de type 2 (8/9)
  - Pansements lourds (8/9)
  - Immobilisation (4/9)
  - Pose de contraceptifs intra utérins ou sous cutanés (4/9)
  
- Déclarés par les IDE (nombre d'IDE/nombre de réponses):
  - PEC et prescription des soins de pansement (4/6)
  - Ajustement des doses d'insuline (3/6)
  - Renouvellement des consommables des diabétiques (3/6)
  - Vaccinations (2/6)
  - Surveillance AVK (2/6)
  - Assistance lors des urgences et petits actes chirurgicaux (2/6)

- Coopération en interne
  - MG et IDE : AVK (5/9), diabète (6/9), plaies aiguës et chroniques (6/9), vaccinations (3/9 )
  - MG, IDE, PODO (6/9)
  - Autre:MG-SF (3/9), MG-MK (2/9)
- Modes de coordination interne
  - Réunions programmées:
    - logistiques (5/9 )
    - Professionnelles : entre tous PS (4/9), entre MG (5/9),
  - Ajustement patient cas par cas (8/9)
  - Repas en commun (4/9), café (3/9)

# Une répartition hebdomadaire et annuelle déclarée différente du temps de travail des MG

Variable	N	Moy.	Q1	Median	Q3.
<b>Temps de travail hebdomadaire total (clinique+administratif)</b>	28	<b>45,78</b>	38,13	46	53,88
Temps de travail hebdomadaire clinique	30	39,61	34	40,5	45,75
Temps de travail hebdomadaire administratif/patient	29	3,74	2	4	5
Temps de travail hebdomadaire administratif/autre	28	2,45	1	2	3,75
<b>Nb. 1/2 journées de travail hebdomadaire</b>	29	<b>8,19</b>	7	8,5	9
<b>Nb. de C hebdo</b>	27	<b>96,56</b>	80	100	120
<b>Nb. de V hebdo</b>	27	<b>9,30</b>	5	10	13
<b>Durée de C (min.)</b>	30	<b>18,50</b>	15	20	20
<b>Nb. de semaine de congès/an</b>	29	<b>6,21</b>	5	7	7
<b>ETP (5j)</b>	30	<b>0.825</b>	0.7	0.88	0.9

Référence (le fur et ali)

60 H/sem

52 H/sem

T1

## Structure et offre de soins des maisons de santé pluridisciplinaires

Zone d'implantation	Échantillon**	Nombre de patients	Nombre de patients ayant déclaré un médecin traitant	Nombre de généralistes	Nombre de professionnels de santé non généralistes	Nombre d'infirmiers	Nombre de professionnels de santé différents	Superficie de la maison de santé	Nombre annuel de jours travaillés		
									en maison de santé	par généraliste « MSP »	par généraliste « ZLT »
Zone 1	MSP	9 636	4 096	9	3	2	3	400 m <sup>2</sup>	303	196	-
	ZLT	10 3432	42 148	106	-	-	-	-	-	-	185
Zone 2	MSP	4 813	1 802	4	17	3	10	750 m <sup>2</sup>	310	186	-
	ZLT	11 395	4 804	10	-	-	-	-	-	-	205
Zone 3	MSP	1 543	559	2	3	2	3	431 m <sup>2</sup>	254	142	-
	ZLT	26 655	12 057	25	-	-	-	-	-	-	194
Zone 4	MSP	2 468	1 183	2	4	2	5	409 m <sup>2</sup>	281	206	-
	ZLT	5 281	2 590	6	-	-	-	-	-	-	162
Zone 5	MSP	3 479	1 463	4	6	2	5	330 m <sup>2</sup>	307	193	-
	ZLT	8 323	3 469	9	-	-	-	-	-	-	184
Zone 6	MSP	8 165	2 648	6	13	5	5	800 m <sup>2</sup>	358	169	-
	ZLT	48 743	23 289	50	-	-	-	-	-	-	183
Zone 7	MSP	1 391	718	2	4	3	3	200 m <sup>2</sup>	233	81	-
	ZLT	8 249	3 966	9	-	-	-	-	-	-	164
Zone 8	MSP	3 703	1 700	3	10	2	9	600 m <sup>2</sup>	301	222	-
	ZLT	18 943	9 441	14	-	-	-	-	-	-	211
Zone 9	MSP	Données manquantes		5	6	2	4	443 m <sup>2</sup>	Données manquantes		
	ZLT	Données manquantes		-	-	-	-	-	Données manquantes		
Toutes zones confondues*	MSP	35 198*	14 169*	32	60	21	11	-	293	177	-
	ZLT	231 021*	101 764*	229	-	-	-	-	-	-	185

\*Les totaux n'incluent pas les effectifs de la zone 9. \*\* MSP : maison de santé pluridisciplinaire ; ZLT : zone locale témoin.

**Champ** : patients affiliés au régime général et aux sociétés locales mutualistes.

**Période de l'étude** : du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2007, sauf pour la zone 3 (du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 28 février 2008) et la zone 7 (du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 30 juin 2008).

**Données** : Erasmé 2007-2008, Cnamts. **Exploitation** : Irdes.

# IRDES Le mode de recours aux soins des patients : consultation auprès MT et substitution entre MG

T2

## Activité des médecins généralistes exerçant en maison de santé pluridisciplinaire ou dans les zones locales témoin

Zone d'implantation	Échantillon*	Nombre annuel moyen par patient d'actes de généraliste		Nombre annuel moyen de patients par généraliste		Pourcentage des actes réalisés par les généralistes dans les MSP ou dans les ZLT (A+B)	Pourcentage des actes réalisés en MSP par...	
		par généraliste ayant été déclaré « médecin traitant »	par patient ayant déclaré un « médecin traitant »	total	ayant déclaré un « médecin traitant »		le « médecin traitant » du patient (A)	un autre généraliste (B)
Zone 1	MSP	3,7	6,1	1 681	455	82	59	23
	ZLT	3,4	6,4	1 245	398	75	-	-
Zone 2	MSP	3,7	5,6	2 077	451	91	48	43
	ZLT	3,8	6,1	1 421	480	83	-	-
Zone 3	MSP	3,7	5,1	1 083	280	92	59	33
	ZLT	3,4	5,6	1 276	482	83	-	-
Zone 4	MSP	4,7	7	1 625	592	89	77	12
	ZLT	4,3	6,1	993	432	83	-	-
Zone 5	MSP	4,2	5,9	1 445	366	91	64	27
	ZLT	3,6	6,4	1 088	385	84	-	-
Zone 6	MSP	4,1	6,7	2 386	441	90	48	42
	ZLT	3,5	5,8	1 205	466	82	-	-
Zone 7	MSP	3,6	4,4	862	359	87	73	14
	ZLT	4,4	5,6	1 147	441	82	-	-
Zone 8	MSP	3,8	5,9	1 577	567	90	75	15
	ZLT	3,3	5,8	1 680	674	80	-	-
Zone 9	MSP	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes
	ZLT	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes
Toutes zones confondues**	MSP	-	6,0	1 592	443	88	60	28
	ZLT	-	6,1	1 257	444	79	-	-

\* MSP : maison de santé pluridisciplinaire ; ZLT : zone locale témoin. \*\* Les totaux n'incluent pas les effectifs de la zone 9.

**Champ :** patients affiliés au Régime général et aux sociétés locales mutualistes.

**Période de l'étude :** du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2007, sauf pour la zone 3 (du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 28 février 2008) et la zone 9 (du 1<sup>er</sup> juillet 2007 au 30 juin 2008).

**Données :** Erasme 2007-2008, Cnamts. **Exploitation :** Irdes.

---

# Analyse des dépenses des patients et du suivi des patients diabétiques

# Caractéristiques des patients

	ZLT		MSP		ensemble		EPAS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>genre inconnu</b>	253	0,25	41	0,29	294	0,26	1	0
<b>femmes</b>	58226	57,57	8121	57,44	66347	57,56	37006	54,13
<b>hommes</b>	42653	42,18	5977	42,27	48630	42,19	31361	45,87
<b>sans ALD</b>	78812	77,93	10964	77,54	89776	77,88	57356	83,89
<b>avec ALD</b>	22320	22,07	3175	22,46	25495	22,12	11012	16,11
<b>sans CMU</b>	93238	92,19	13416	94,89	106654	92,52	63252	92,52
<b>avec CMU</b>	7894	7,81	723	5,11	8617	7,48	5116	7,48
<b>Age moyen</b>	101132	50,79	14139	49,36	115271	50,61	68368	38,96
<b>sans hospit courte</b>	91409	90,39	12681	89,69	104090	90,3	/	/
<b>avec hospit courte</b>	9723	9,61	1458	10,31	11181	9,7	/	/
<b>sans hospit longue</b>	88246	87,26	12240	86,57	100486	87,17	/	/
<b>avec hospit longue</b>	12886	12,74	1899	13,43	14785	12,83	/	/
<b>sans hospit</b>	81378	80,47	11199	79,21	92577	80,31	/	/
<b>avec hospit</b>	19754	19,53	2940	20,79	22694	19,69	/	/

# IRDES Analyses des dépenses pour certains postes : MSP vs ZLT – globale et zone/zone

T4

Effets des maisons de santé pluridisciplinaires sur la dépense des assurés en soins de ville, médecine générale, soins infirmiers et pharmacie						
	Dépense totale de soins de ville	Dépense de médecine générale	Dépense de soins infirmiers		Dépense de pharmacie	
	Analyse de la dépense des consommateurs	Analyse de la dépense des consommateurs	Analyse du recours aux soins	Analyse de la dépense des consommateurs	Analyse du recours	Analyse de la dépense des consommateurs
<b>Modèle 1 : test de l'effet « maison de santé » global</b>						
Effets marginaux MSP vs ZLT <sup>a</sup>	2,0 %*	2,2 %**	9,0 pts***	-7,5 %***	0,02 pt	-5 %***
Référence <sup>b</sup>	377,0 €	312,2 €	36,2 %	1 215,7 €	98,8 %	450,7 €
Qualité du modèle						
N	115 203	115 203	115 203	43 341	115 203	112 999
r <sup>2</sup>	40 %	26 %	-	28 %	-	42 %
Pseudo-r <sup>2</sup>	-	-	14 %	-	8 %	-
<b>Modèle 2 : test de l'effet « maison de santé » par zone d'implantation</b>						
Effet marginal						
Zone 1 : MSP vs ZLT	0,7 %	-4,0 %***	-2,2 pts**	-16,6 %***	-0,1 pts	-5,5 %**
Zone 2 : MSP vs ZLT	4,2 %	-3,7 %	-4,4 pts**	-3,3 %	0,2 pts	-17,0 %***
Zone 3 : MSP vs ZLT	2,3 %	-1,1 %	23,8 pts***	-18,0 %	0,5 pts	4,8 %
Zone 4 : MSP vs ZLT	9,3 %**	6,5 %*	5,5 pts**	-29,0 %***	-0,3 pts	-4,8 %
Zone 5 : MSP vs ZLT	-3,5 %	1,8 %	2,0 pts	1,0 %	-0,3 pts	-20,9 %***
Zone 6 : MSP vs ZLT	10,7 %***	25,5 %***	27,8 pts***	26,1 %***	0,4 pts*	16,5 %***
Zone 7 : MSP vs ZLT	-7,9 %*	-20,0 %***	5,7 pts**	-28,5 %***	-1,1 pts*	-18,0 %***
Zone 8 : MSP vs ZLT	-5,5 %*	0,0 %	22,5 pts***	-18,2 %***	-0,2 pts	-7,1 %*
Zone 9 : MSP vs ZLT	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes
Référence <sup>b</sup>	377,0 €	311,9 €	36,1 %	1 213,6 €	98,8 %	450,7 €
Qualité du modèle						
N	115 203	115 203	115 203	43 341	115 203	112 999
r <sup>2</sup>	40 %	27 %	-	28 %	-	42 %
Pseudo-r <sup>2</sup>	-	-	15 %	-	8 %	-

<sup>a</sup> Maison de santé pluridisciplinaire vs zone locale témoin.

<sup>b</sup> Dépense moyenne ou probabilité de recours aux soins de l'individu de référence (encadré Méthodes statistiques).

**Champ** : patients diabétiques de type 2 ayant déclaré un médecin traitant exerçant dans une maison de santé ou dans une zone locale témoin, soit 842 patients « cas » et 6 373 patients « témoins ».

**Seuils de significativité** : \* 5 %, \*\* 1 %, \*\*\* 0,1 %.

**Données** : Erasme 2007-2008, Cnamts. **Exploitation** : Irdes.

# IRDES Analyses du suivi des DT2 pour certains indicateurs : MSP vs ZLT – global et zone/zone

T3

## Effets des maisons de santé pluridisciplinaires sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2

	HbA1c	Cardiologie	Créatinémie	Micro-albuminurie	Bilan lipidique	Ophtalmologie
<b>Modèle 1 : test de l'effet « maison de santé » global</b>						
<b>Odds ratios</b>						
MSP vs ZLT <sup>a</sup>	<b>1,616***</b>	<b>1,565***</b>	<b>1,637***</b>	1,121	1,055	1,115
<b>Qualité du modèle</b>						
Pseudo-r <sup>2</sup>	7 %	8 %	6 %	8 %	4 %	3 %
Paires concordantes	61 %	65 %	64 %	61 %	60 %	58 %
<b>Modèle 2 : test de l'effet « maison de santé » par zone d'implantation</b>						
<b>Odds ratios</b>						
Zone 1 : MSP vs ZLT	<b>1,494**</b>	<b>1,655**</b>	<b>2,674***</b>	<b>1,464*</b>	1,137	1,089
Zone 2 : MSP vs ZLT	<b>2,482***</b>	0,891	<b>3,203***</b>	0,853	1,043	1,121
Zone 3 : MSP vs ZLT	0,986	0,224	2,463	0,384	0,943	0,963
Zone 4 : MSP vs ZLT	0,898	1,515	1,242	<b>0,202***</b>	<b>0,316***</b>	0,954
Zone 5 : MSP vs ZLT	<b>0,323***</b>	1,402	1,431	<b>0,248**</b>	1,303	0,727
Zone 6 : MSP vs ZLT	1,432	<b>2,046**</b>	0,703	0,859	1,342	<b>1,791**</b>
Zone 7 : MSP vs ZLT	1,292	<b>2,238*</b>	0,968	<b>0,459*</b>	1,011	1,141
Zone 8 : MSP vs ZLT	<b>4,085***</b>	<b>1,920**</b>	<b>2,790**</b>	<b>3,258***</b>	1,458	1,041
Zone 9 : MSP vs ZLT	Données manquantes					
<b>Qualité du modèle</b>						
Pseudo-r <sup>2</sup>	7 %	8 %	6 %	9 %	5 %	3 %
Paires concordantes	62 %	65 %	63 %	62 %	61 %	59 %

<sup>a</sup> Maison de santé vs zone locale témoin.

**Champ :** patients diabétiques de type 2 ayant déclaré un médecin traitant exerçant dans une maison de santé pluridisciplinaire ou dans une zone locale témoin (ZLT), soit 842 patients « cas » et 6373 patients « témoins » pour l'année 2007.

**Seuils de significativité :** \* 5 %, \*\* 1 %, \*\*\* 0,1 %.

**Guide de lecture :** Un OR > 1 signifie que, toutes choses égales par ailleurs, un patient diabétique de type 2, dont le médecin traitant exerce en maison de santé pluridisciplinaire, a plus de chance d'être bien suivi qu'un patient dont le médecin traitant exerce dans une zone locale témoin (ZLT).

**Données :** Erasme 2007-2008, Cnamts. **Exploitation :** Irdes.

## Conclusion (1)

---

- Les MSP ont des points communs
  - **Structure** : locaux adaptés au travail en équipe, système information, équipement matériel
  - **Accessibilité** plus importante pour la population : handicap, horaire, semaine, année (comparaison au groupe)
  - **Coordination** : importante, principalement informelle : collective et au cas par cas
  - **Coopération** : présente et variable - substitution entre MG, patients en commun MG-IDE
  - **Organisation** du temps de travail: moins de jours travaillés ? Des journées plus longues ?

## Conclusion (2)

---

- Les MSP divergent:
  - Les MSP sont très différentes en taille, services, organisation, dynamique, environnement
  - Les dépenses et la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2: absence d'effet convergent
- Les MSP sont en jeunes et en évolution
- Des barrières à la modifications des pratiques: mode rémunération, système information...

# Limites et perspectives

- Les limites :
  - Pour les ZLT: tous les MG sont « considérés » comme solo
  - Pour les dépenses et les pratiques des MSP:  
Taille de l'échantillon => exploratoire  
Pas d'analyse des pratiques et dépenses en avant-après  
Pas de contrôle des caractéristiques des MG et de leur influence sur les pratiques
  - Pour les patients/assurés: absence de données cliniques et socio-éco étendues
- Perspectives
  - Financement des structures dans le cadre des expérimentations de rémunération: coopération, système information, éducation thérapeutique...
  - Analyser la nature des différences entre MSP

## Les formes regroupées : le levier d'action d'une politique des soins primaires

---

- FHG, FHN, FH Teams en Ontario, GMF au Québec, Medical Home aux US
- Formes regroupées pluridisciplinaires
  - solutions : formation, recherche et systèmes d'information
  - et faux semblants : ne pas investir, laissez faire

# Quelques références accessibles sur le WEB

Beaulieu M. D., Contandriopoulos A. P., Denis J. L., Haggerty J., Lamarche P. À, Pineault R., (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ([www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca)).

Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. [Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande](#). Questions d'économie de la santé IRDES n° 141. Avril 2009 - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>

Boerma W., Rico, A., Saltman R., (2006). *Primary Care in the Driver's seat?*, European Observatory on Health. Systems and Policies Series, Open University Press.

Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives*, Rapport Irdes, n°1675, 2007. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières*, Rapport Irdes, n°1624, 2006. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes95.pdf>

Cozzarolo B., Jalon E., Sarlat G., Durieux B. (sous la supervision de), (Mars 2003) ; *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères*, Inspection générale des Finances, 198 pages.

World Health Organization, *Primary Health Care, Now More Than Ever*, The World Health Report 2008.