

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/189-l-impact-du-regroupement-pluriprofessionnel-sur-l-offre-de-soins.pdf>

L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins

Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération

Anissa Afrite, Yann Bourgueil, Fabien Daniel, Julien Mousquès^a (Irdes)

en collaboration avec Pierre-Emmanuel Couralet et Guillaume Chevillard

(Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Laboratoire Mosaïques, UMR Lavue 7218, CNRS ; Irdes)

La pratique en groupe monodisciplinaire des médecins généralistes, attractive pour les jeunes, est désormais majoritaire. Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, principalement en direction des maisons, pôles et centres de santé. Dans ce cadre, les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) à destination de ces structures ont été mises en œuvre en 2010. Il s'agit de financer l'amélioration de l'organisation et de la coordination des soins, de proposer de nouveaux services aux patients et de développer la coopération interprofessionnelle.

À partir de l'observation des sites recensés dans l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins ou participant aux ENMR, cet article présente les objectifs et la méthode générale d'une évaluation de ces formes de regroupement, dont la connaissance reste encore parcellaire. Deux questions principales sont posées : l'exercice collectif interprofessionnel permet-il de maintenir une offre de soins dans les zones moins bien dotées ? Est-il plus performant en termes d'activité et de productivité, de consommation et de qualité des soins ?

Premier volet de cadrage méthodologique, ce *Questions d'économie de la santé* inaugure une série de publications de résultats.

Depuis une dizaine d'années, l'organisation des soins de premiers recours en France se renforce au travers de trois leviers principaux : d'une part, en 2004, l'inscription des patients auprès d'un médecin traitant, coordinateur du parcours de soins, qui a révélé la préférence des patients pour les médecins généralistes ; d'autre part, une clarification du périmètre de l'offre de soins de premiers recours permise par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST, 2009), qui se

décline à l'échelon des territoires de proximité ; enfin, le développement d'une politique de soutien au regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, principalement vers les formes récentes de maison et pôle de santé, ou plus anciennes, de centre de santé (Baudier et Thomas, 2009 ; Juilhard *et al.*, 2010).

Avec 54 % de médecins généralistes déclarant exercer en groupe en 2009 (Baudier *et al.*, 2010), contre 43 % en 1998, la pra-

tique collective est désormais majoritaire. L'attrait est encore plus net chez les moins de 40 ans qui déclarent huit fois sur dix exercer en groupe, notamment en raison du meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (Bourgueil *et alii*, 2009a ; Aulagnier *et al.*, 2007). Le regroupement est cependant moins développé et moins pluriprofessionnel en France que dans d'autres pays (Bourgueil *et alii*, 2009b) ; la taille des

^a Auteur référent : mousques@irdes.fr

L'exercice en groupe constitue l'un des axes principaux du programme de l'équipe Prospère (www.irdes.fr/Prospere). L'évaluation des expérimentations des nouveaux modes de rémunération est menée par l'Irdes dans le cadre de son partenariat avec l'équipe Prospère.

groupes est également plus modeste : les trois quarts des généralistes regroupés exercent dans des cabinets exclusivement composés de deux ou trois médecins. De nombreuses barrières freinent encore le développement de l'exercice collectif (Igas, 2004) alors même qu'il semble porteur de perspectives intéressantes en matière de gains d'efficacité (Mousquès, 2011). D'un point de vue empirique, l'apport de la pratique de groupe en soins ambulatoires reste un enjeu pour la recherche et la décision publique.

Ce *Questions d'économie de la santé* rappelle brièvement le contenu de la politique de soutien au regroupement pluriprofessionnel, notamment les récentes expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) à destination des maisons, pôles et centres de santé. Il présente l'objectif principal et la méthode générale d'une évaluation de l'impact du regroupement pluriprofessionnel, tel qu'observé au travers des sites recensés dans l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins ou participant aux ENMR. Pour les maisons et pôles de santé recensés dans l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins ou participant aux ENMR, l'effet de ces organisations a fait l'objet d'analyses spécifiques sur l'attractivité des médecins généralistes et le maillage territorial de l'offre de soins de premiers recours. Pour les sites ENMR, sont également menées des analyses économiques de l'activité et de la productivité des structures de soins, ainsi que de la qualité et de la consommation de soins. Cette évaluation n'a donc pas pour objectif de mesurer l'impact des financements reçus par les ENMR. Premier volet de cadrage méthodologique, cet article inaugure une série de publications de résultats.

Regroupement pluriprofessionnel : un soutien progressif des pouvoirs publics, notamment dans les zones rurales et urbaines défavorisées

Le terme de regroupement, qui se définit par l'exercice dans un même lieu d'au moins deux professionnels de santé, recouvre des formes variées : monodisciplinaires (médecins d'une même discipline), pluridisciplinaires (médecins de disciplines différentes) et enfin pluriprofessionnelles, qui associent des médecins avec d'autres profes-

sionnels de santé, médicaux (notamment sages-femmes, dentistes et pédicures-podologues), paramédicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, etc.), voire d'autres professions comme les secrétaires médicales. Dans cette forme qui nous intéresse plus particulièrement ici, l'exercice peut être libéral, notamment sous la dénomination de maison ou pôle de santé pluriprofessionnels. L'exercice sera majoritairement salarié dans le cadre des centres de santé qui sont des structures de soins ambulatoires régies par l'Assurance maladie.

La connaissance de l'exercice collectif et de ces effets reste parcellaire en France, les sources d'information étant limitées à quelques enquêtes transversales (d'Humières et Gottely, 1989 ; Audric, 2004 ; Baudier *et al.*, 2010). L'exercice en groupe ne fait encore l'objet d'aucun recensement systématique ; l'inscription des médecins libéraux auprès des institutions est une démarche individuelle. Les centres de santé se voient quant à eux attribuer un numéro d'établissement (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux, Finess) mais aucune information sur les professionnels exerçant dans ces structures n'est colligée.

Depuis 2007, plusieurs lois ont permis de mieux qualifier l'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons et pôles de santé [loi de financement de la sécurité sociale (2007), loi Hôpital, patients, santé, territoires (2009) et loi Fourcade (2011)]. Malgré leurs différences, les maisons, pôles et centres de santé ont 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 – parfois même de second recours –, et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales.

Les centres de santé se différencient des maisons de santé et des 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 de santé est principalement financée à l'acte, ces derniers ont pour obligation de pratiquer le tiers-payant pour la dépense d'assurance maladie obligatoire

– de nombreux centres le pratiquant également pour tout ou partie de la dépense complémentaire – et de respecter les tarifs conventionnels du secteur I.

D'autre part, les maisons de santé se différencient des pôles de santé par l'unité du bâti, dans la plupart des cas, même si cette distinction n'existe plus juridiquement. Maisons et pôles de santé sont effectivement 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 de leurs membres, compatible avec le Schéma régional d'organisation des soins ambulatoires et transmis à l'Agence régionale de santé (ARS) pour information. Néanmoins, cette différenciation entre maison et pôle restera mobilisée dans nos travaux afin de distinguer les regroupements pluriprofessionnels ayant une unité de bâti des autres.

Un nouveau statut juridique vient consacrer ces évolutions en 2012, la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), qui donne lieu à l'attribution d'un numéro Finess et autorise, tout en préservant l'exercice libéral des professions de santé pour les maisons ou les pôles de santé, la rémunération – notamment par l'Assurance maladie – d'activités réalisées en commun par différents professionnels.

Le partage d'information entre les professionnels dans ces structures est aujourd'hui juridiquement possible avec l'accord du patient. En termes de système d'information, l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip) est en charge de la labellisation du caractère pluriprofessionnel des logiciels patients, sur démarche volontaire des éditeurs.

Bien qu'aucun organisme ne soit en charge aujourd'hui d'octroyer un label de maison ou pôle de santé, l'obtention de financement public 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, ainsi que par la pratique de tarifs opposables de secteur 1.

La Haute Autorité de santé (HAS) a par ailleurs précisé les principales caractéristiques de l'exercice au sein de maisons, pôles ou centres de santé, qui reposent sur les notions de projet et de continuité des soins mais aussi de coordination et de protocolisation des pratiques (élaboration et adoption de protocole, concertation, analyse et échange sur les pratiques...) [HAS, 2007].

Il s'agit, enfin, de 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.

Les aides financières apportées par l'Assurance maladie provenant du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins relèvent désormais du Fonds d'intervention régional dont le champ a été élargi. Elles participent au financement des études de faisabilité, de l'ingénierie du projet, de l'aide au démarrage ou au fonctionnement. Le nombre de projets financés a augmenté régulièrement, passant de 20 en 2007 à 185 en 2011, avec 9,1 millions d'euros, attribués pour les trois quarts aux maisons de santé (Cnamts, 2012).

Dans le cadre de la politique d'aménagement du territoire, l'État et les collectivités territoriales apportent également des aides à l'investissement pour des groupes pluriprofessionnels. D'une part, 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^{1,2}. En 2010, un plan national a été lancé³, visant à cofinancer la création de 250 maisons ou pôles de santé 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. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, l'objectif a été porté à 300 maisons ou pôles de santé d'ici la fin 2014. En milieu urbain, le plan « Dynamique espoir ban-

lieues » a pour objectif de créer 10 maisons de santé par an parmi les 215 quartiers prioritaires de la politique de la ville (zones urbaines sensibles (Zus), contrat urbain 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, selon les données transmises en 2013 par l'Observatoire des maisons et pôles de santé du ministère de la Santé. On dénombre également environ 400 centres de santé polyvalents, dont la majorité est implantée en milieu urbain (Igas, 2013).

Les expérimentations de rémunérations collectives et forfaitaires aux maisons, pôles et centres de santé

Des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont été introduites dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008⁴ visant à cofinancer le fonctionnement de maisons, pôles et centres de santé sur la période 2009-2013, et récemment étendue jusqu'à fin 2014. Ces montants affectés aux structures visent à améliorer l'organisation des soins, développer la collaboration entre professionnels et favoriser la mise en œuvre de nouveaux services aux patients. Ces expérimentations s'inscrivent dans la politique visant à renforcer le maillage territorial et à estimer la pertinence de ces formes d'exercice plus attractives, notamment pour les jeunes professionnels. Pilotées par la Direction de la sécurité sociale (DSS), les ENMR sont mises en œuvre au niveau local par les Agences régionales de santé (ARS), qui sont notamment en charge de la sélection et du suivi des sites⁵. Ces expérimentations réalisées dans 19 régions françaises concernent 151 structures en 2012, dont 115 maisons ou pôles de santé [Carte].

Ces nouveaux modes de rémunération 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'in-

firmières. Ce contrat porte sur des montants forfaitaires distincts du paiement à l'acte, mais non substitutifs, en contrepartie d'améliorations attendues en termes de qualité des soins et d'efficacité⁶ et sans obligations en matière de modalités d'allocation des ressources versées. L'hypothèse sous-jacente est que le paiement forfaitaire favorise une meilleure performance des structures collectives que le paiement à l'acte.

Trois types de forfaits ont été opérationnalisés : le forfait pour les missions coordonnées (dit module 1), le forfait pour les nouveaux services aux patients (module 2) et, en 2013, le forfait coopération entre professionnels de santé (module 3).

Le premier module vise à rémunérer le temps passé à la coordination (management de la structure et concertation interprofessionnelle) ; le second concerne aujourd'hui principalement l'éducation thérapeutique du patient, même s'il n'a pas vocation à se limiter à ce dernier ; le troisième renvoie à la coopération sous la forme de transferts d'actes et d'activités médicales à des infirmières. L'ensemble des sites inclus dans les ENMR sont signataires du module 1, sauf exception, les modules 2 ou 3 sont cumulables avec le module 1, et les modules 2 et 3 le sont sous certaines conditions. Les modalités de calcul des forfaits initiaux sont propres à chaque module. Elles reposent principalement sur la taille des équipes équivalent temps plein (ETP) et sur le nombre de patients inscrits « médecin traitant » pour le module 1, sur le nombre de patients

¹ 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.

² <http://poles-excellence-rurale.datar.gouv.fr>

³ Circulaire NORn°EATV1018866C du 27 juillet 2010.

⁴ 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.

⁵ Les professionnels de santé constituent un autre partenaire, soit au titre de leur regroupement en fédération de maisons et pôles de santé ou de centres de santé, ou syndical au sein de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS). Enfin, la Cnamts, la MSA et la FNMF y participent en tant que financeurs.

⁶ Voir les trois newsletters des ENMR :

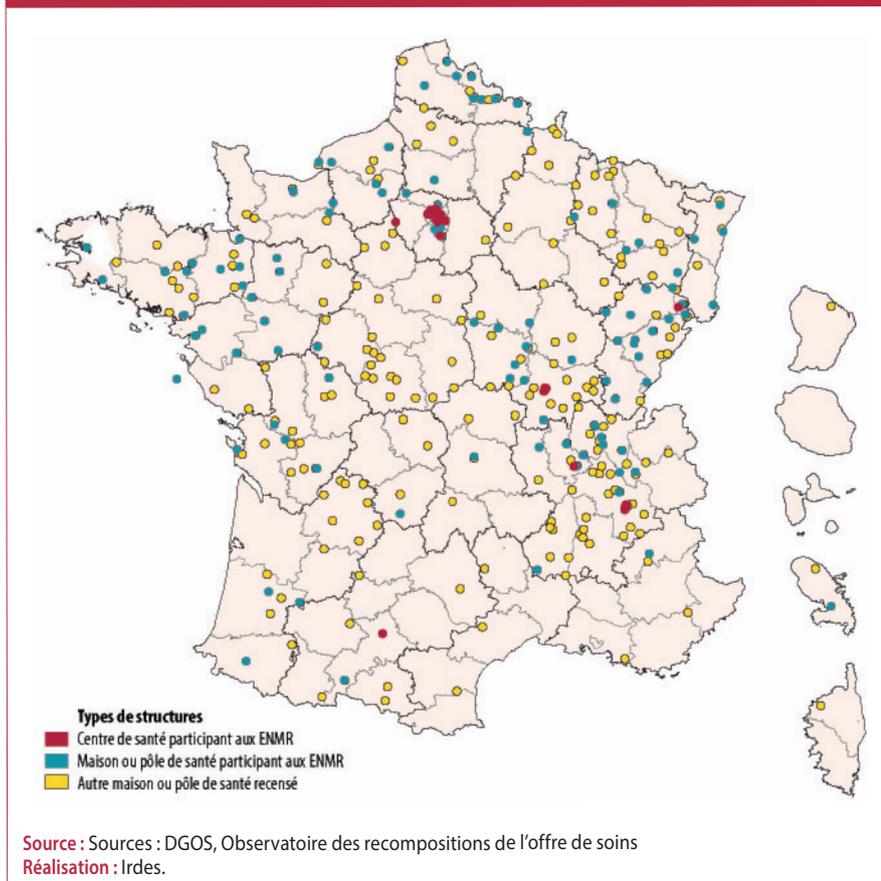
- http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/presentation_DSS/Newsletter_ENMR_N1.pdf

- <http://www.scribd.com/doc/54766013/Newsletter-ENMR-2>

- http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/presentation_DSS/Newsletter_ENMR_N3.pdf

C

L'implantation des sites ENMR selon leur statut



inclus dans le module 2 et sur le nombre d'infirmiers ETP pour le module 3.

Bien que prévue initialement, la modulation des montants des forfaits selon l'atteinte d'objectifs de performance, calculée sur les résultats agrégés de tous les professionnels de la structure, après une première année « blanche » de mise en route, a été abandonnée pour des raisons pratiques.

Les indicateurs, définis préalablement par la DSS et validés initialement par la Cnamts et la HAS, sont calculés pour l'ensemble des sites d'expérimentation. Ils portent sur trois dimensions : qualité des pratiques, travail coordonné pluriprofessionnel, efficacité de la prescription. A chaque objectif est associé un ou plusieurs indicateurs (24 en tout) qui permettent d'apprécier le niveau de réalisation des objectifs. Chaque site choisit au minimum quatre indicateurs de qualité des pratiques parmi les douze proposés, au minimum quatre indicateurs de coordination et de continuité des soins parmi les sept proposés, les indicateurs d'efficacité étant les

mêmes pour tous les sites. Une partie de ces indicateurs sont déclaratifs.

Au cours de l'expérimentation, certains des indicateurs de qualité des pratiques, calculés à partir des données de l'Assurance maladie et initialement validés, ont dû être abandonnés en raison de l'impossibilité à utiliser les données permettant leur calcul (dépistage du cancer du côlon, vaccination de la grippe par les infirmières, délivrance de dispositifs médicaux par les infirmières).

Les deux premiers modules des ENMR ont été mis en œuvre à partir de janvier 2010, avec une première vague d'inclusion de 39 sites dans 6 régions pilotes (Bretagne, Bourgogne, Franche-Comté, Ile-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes) répartis comme suit : 17 maisons de santé, 3 sites associant les caractéristiques d'une maison de santé et d'un pôle de santé (pour 27 adresses), 19 centres de santé. Cette première vague d'inclusion représente 87 médecins généralistes en maisons de santé ou pôles de santé, 176 331 assurés dans la file active des médecins géné-

ralistes, dont 84 268 inscrits auprès d'un médecin traitant en 2010.

Une seconde vague d'inclusion s'est déroulée entre janvier 2011 et janvier 2012. Elle a concerné 112 nouveaux sites, 61 maisons de santé, 11 maisons/pôles de santé (89 adresses), 23 pôles de santé (245 adresses), 17 centres de santé répartis dans 19 régions. Cette seconde vague d'inclusion représente 474 médecins généralistes en maisons ou pôles de santé, 669 844 assurés dans la file active des médecins généralistes dont 329 359 inscrits auprès d'un médecin traitant en 2010.

Le budget total des forfaits alloués est estimé à 7 millions d'euros par an.

Objectifs, hypothèses et cadre d'analyse de l'évaluation

L'évaluation des sites inclus dans les ENMR a pour principal objectif, au-delà de sa dimension de suivi et de *monitoring*, d'apporter un éclairage quantitatif sur les apports du regroupement pluriprofessionnel sur le maillage territorial des médecins généralistes et de performance. Elle permettra également d'identifier les étapes à respecter ou les précautions à prendre pour une généralisation raisonnée de nouveaux modes de rémunération en structures collectives. Deux hypothèses principales sont explorées.

Première hypothèse : les exercices collectifs interprofessionnels seraient plus attractifs et satisfaisants pour les professionnels, en raison des meilleures conditions de travail et du meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Ils constitueraient donc un levier pour maintenir une offre de santé sur des territoires aujourd'hui défavorisés en termes d'offre de soins de premiers recours.

Seconde hypothèse : les exercices collectifs interprofessionnels seraient plus performants en matière de soins et services offerts (qualité, efficacité, équité). Ils impliqueraient des gains d'efficacité consécutifs à des économies de gamme (coûts de production réduits par l'élargissement de la « gamme » de soins et services dispensés) et d'échelle (coûts moyens

réduits du fait de l'augmentation de la production) générées par l'intégration verticale (entre professionnels de professions ou de disciplines différentes) et horizontale (entre professionnels d'une même profession ou discipline).

Le cadre d'analyse retenu s'inspire des modèles d'évaluation des politiques publiques (Duran, 2010 ; Fougère, 2010), et des modèles d'évaluation des organisations de soins et des pratiques professionnelles (Donabedian 2005 ; Contandriopoulos *et al.*, 2000 ; Kelley et Hurst, 2006), ainsi que des enseignements tirés de nos expériences précédentes : revues de littérature et comparaisons internationales sur le regroupement et la coopération entre généralistes et infirmières, évaluations qualitatives et quantitatives sur les réseaux, le regroupement en maison ou centre de santé, et, enfin, travaux sur la coopération généralistes-infirmières.

Dans ce cadre, les impacts ou les résultats de l'exercice regroupé pluriprofessionnel s'analysent au regard de l'organisation et du fonctionnement des sites (la structure et les processus) comparativement à des témoins mais aussi à l'environnement et au contexte dans lesquels ils s'inscrivent. Pour chacune de ces composantes, une méthodologie et des sources de données spécifiques sont mobilisées.

Une évaluation s'appuyant sur une méthode quasi-expérimentale

L'environnement géographique est analysé en termes d'offre et de besoins de soins au travers des caractéristiques de la population résidente et de la structure spatiale des territoires. Cette analyse repose sur deux typologies, l'une réalisée à l'échelle des bassins de vie pour les sites en dehors de l'espace à dominante rurale, et l'autre à l'échelle des pseudo-cantons pour les sites à dominante urbaine, principalement sur la base des données du recensement. Ces typologies permettent en comparant les types d'espaces dans lesquels sont implantés les maisons et pôles de santé avec ceux des territoires sans maisons ni pôles, d'analyser leurs spécificités.

L'organisation et le fonctionnement des sites sont étudiés à travers une typologie constituée à partir d'une enquête réalisée auprès de l'ensemble des sites participant aux ENMR, par le biais de questionnaires standardisés et administrés par Internet en 2011-2012 et, de nouveau, en 2013. L'enquête décrit en détail l'organisation de la délivrance des soins, le fonctionnement des sites et leur équipement, ainsi que les processus de travail des sites ENMR, permettant ainsi d'explorer la collaboration entre les professionnels, l'existence de pratiques innovantes, ainsi que

les caractéristiques et usages des systèmes d'information.

Pour répondre à la question de la valeur ajoutée de l'exercice pluriprofessionnel – c'est-à-dire de son impact en matière d'attractivité (hypothèse 1) et de performance des soins et services fournis (hypothèse 2) – deux contraintes méthodologiques doivent être contournées.

La première tient à ce que l'effet causal de l'exercice en groupe pluriprofessionnel tel que défini dans les ENMR ne

SOURCE ET MÉTHODE

Sites expérimentant les nouveaux modes de rémunération (ENMR) : les professionnels et les patients qui les composent

Les médecins généralistes pris en compte sont ceux considérés comme « installés », pour tout ou partie d'une année, et signataires de la convention sur les ENMR. Les professionnels de santé des sites d'expérimentation signataires des conventions et recensés par les ARS sont ensuite identifiés dans les données de la Cnamts par l'équipe d'évaluateurs. En cas d'inadéquation, une validation finale de l'inclusion est décidée de façon conjointe par les ARS, l'Irdes, voire les sites ENMR.

Les zones locales témoins : définitions et compositions

Notre échantillon témoin principal correspond aux médecins généralistes qui n'exercent pas dans un site d'expérimentation mais dans sa « zone de chalandise » principale, la « zone locale témoin » (ZLT), ainsi que les patients constitutifs de leur patientèle.

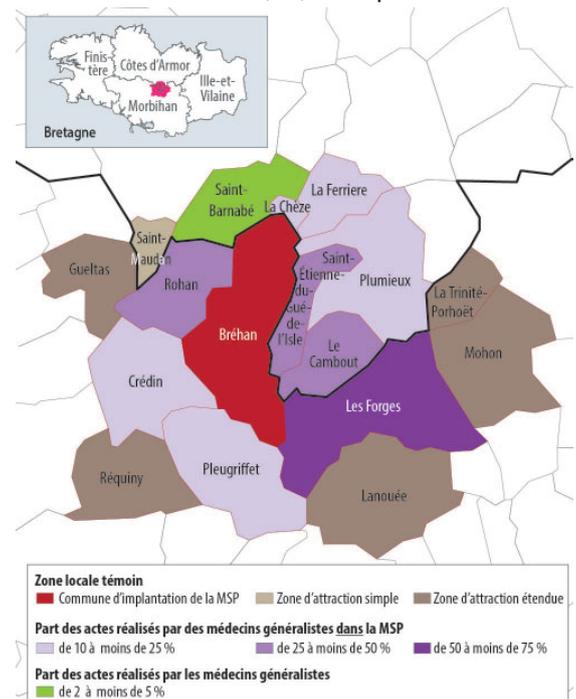
La ZLT est définie comme une agrégation de communes appartenant à la zone de chalandise principale (cf. carte ci-dessous), c'est-à-dire l'agrégation de communes dans lesquelles au moins 10 % des actes sont réalisés par les médecins généralistes exerçant dans le site d'expérimentation. A ces communes sont ajoutées celles dans lesquelles les actes délivrés pour les résidents représentent plus de 5 % de l'activité des sites d'expérimentation, ou 500 consultations ou visites sur l'année. Les communes limitrophes ont ensuite été associées.

Dans le cas où le nombre de généralistes est inférieur à 10, un critère d'extension, pas à pas, est appliqué de telle sorte que le nombre de généralistes soit au moins équivalent à 10 dans la ZLT. Dans le cas où ce nombre est supérieur à 30, un critère de sélection aléatoire avec pondération est appliqué afin de ne retenir que 30 généralistes. Outre l'appartenance à la ZLT, les généralistes témoins doivent présenter des caractéristiques équivalentes aux médecins des sites sur les points suivants :

- être « véritablement » actif, c'est-à-dire avoir exercé une activité libérale, déclarée à temps plein sur une année complète, et fourni un nombre d'actes sur l'année compris entre 1 500 et 13 500 ;
- être conventionné de secteur 1, sans dépassement ;
- être sans mode d'exercice particulier (Mep), déclaré ou constaté dès lors que 100 % des actes délivrés sont techniques ;
- réaliser moins de 10 % d'actes techniques ;
- réaliser moins de 25 % d'actes de permanence des soins ;
- avoir un nombre de patients inscrits médecin traitant au moins supérieur à 100.

Enfin, nous avons utilisé la proportion des actes de médecine générale d'une commune effectués au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle pour pondérer le poids des différents généralistes de la ZLT (l'activité d'un médecin généraliste a d'autant plus de poids que la « part de marché » du site est importante dans la commune dans laquelle il exerce).

Zone locale témoin (ZLT) : l'exemple de Bréhan



peut être observé directement : la grande majorité des sites des ENMR et des professionnels qui les composent exerçaient préalablement sous une forme regroupée interprofessionnelle.

La deuxième est qu'il est *a priori* délicat de dissocier ce qui tient des différences pré-existantes, consécutives des processus de sélection (territoires attirant certains types de site, groupes attirant certains profils de médecins, groupes volontaires aux ENMR etc.).

Deux dispositifs, fondés sur une analyse quasi-expérimentale, contournent ces contraintes. Ils étudient tant pour l'analyse de l'attractivité que de la performance la situation des cas et des témoins comparables à partir de données longitudinales.

Pour l'analyse de l'attractivité (hypothèse 1), nous observons les densités de médecins généralistes libéraux et leurs évolutions sur deux périodes consécutives – la date charnière étant l'année 2008 (2004-2008, 2008-2011), moment-clé du développement des maisons et pôles de santé –, à l'échelle des bassins de vie ou des pseudo-cantons, selon que le territoire abrite (cas) ou pas (témoin) au moins une maison ou un pôle de santé recensé dans l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins ou les ENMR (méthode dite en double différence ou différence de différences). L'analyse cas-témoin se fait entre des espaces similaires tels que définis dans les typologies. Cette évaluation porte sur un échantillon de 10 349 communes dotées de médecins généralistes actifs.

Pour l'analyse de la performance, les cas sont un sous-échantillon des sites participant aux ENMR (hypothèse 2), les professionnels qui les composent ainsi que les patients suivis, comparés à des témoins proches – territoires sans sites ENMR, c'est-à-dire professionnels libéraux (généralistes, infirmières ou masseurs-kinésithérapeutes) et leurs patients, exerçant isolément ou en groupe monodisciplinaire (encadré Source et méthode).

Les cas (ici les médecins généralistes des sites d'expérimentation ainsi que les patients les ayant choisis comme médecin traitant ou issus de leur file active) sont comparés à des témoins, les médecins généralistes n'exerçant pas dans l'un des sites d'expérimentation mais dans des zones locales témoins (ZLT). Ces ZLT sont définies comme des agrégations de communes et sont constituées sur la base des zones de « chalandise » principales des sites d'expérimentation et propres à chaque site (encadré Source et méthode). Cette comparaison, réalisée sur une période de quatre ans (2009-2012), permet d'analyser la situation en dynamique sur la période, voire de reconstituer *a posteriori* un « avant » (2008 et 2009 pour la vague 1, 2009 et 2010 pour la vague 2) et un « après » (2011 et 2012 pour la vague 1, 2012 pour la vague 2) l'entrée dans l'expérimentation (2010 pour la vague 1 et 2011 pour la vague 2). Cette évaluation porte sur un sous-échantillon de 94 sites, 65 maisons ou pôles de santé pour 280 médecins généralistes, 29 centres de santé et 2 123 médecins généralistes-témoins. Elle concerne 1,7 millions de patients inscrits médecin traitant. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Audric S. (2004). « L'exercice en groupe des médecins libéraux ». Drees, *Études et Résultats*, n° 314.
- Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. (2007). L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Drees, *Études et Résultats*, n° 610.
- Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. (2010). La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé*, Irdes n° 157.
- 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.
- 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.
- Caisse nationale de l'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.
- Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Avargues MC. (2000). « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes ». Paris : Masson. *Revue d'Épidémiologie et Santé publique*, n° 48 pp. 517-539.
- Donabedian A. (2005). "Evaluating the quality of medical care". *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, pp. 691-729.
- Duran P. (2010). « L'évaluation des politiques publiques : une résistible obligation ». *Revue française des affaires sociales*, 64^e année, n° 1-2, pp.7-26, janvier-juin.
- Fougère D. (2010). « Les méthodes économétriques d'évaluation ». *Revue française des affaires sociales*, 64^e année, n° 1-2, pp.105-128, janvier-juin.
- HAS. (2007). L'exercice coordonné et protocole en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. Novembre.
- Humières (d') D., Gottely J. (1989). « Une pratique particulière de la médecine libérale : l'exercice en groupe », *Solidarité, Santé, Études statistiques*, n° 4.
- Igas. (2013). Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Rapport n° RM2013-119P. Juillet
- Igas. (2004). *Étude des actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral*. Rapport n° 2004-044, avril.
- Juilhert 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.
- Kelley E., et Hurst J. (2006). "Health Care Quality Indicators Report", Paris, OCDE.
- 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. (coor.), *Revue Française des Affaires sociales*, n° 2-3, p. 254-275.

T Les effectifs de l'évaluation

| | Cas | Témoins (ZLT) |
|--|---------|---------------|
| Nombre de sites ou de ZLT | 94 | 94 |
| Nombre de médecin généralistes | 280 | 2 123 |
| Nombre de patients de 16 ans et plus dans la file active | 368 774 | 2 678 880 |
| Nombre de patients inscrits médecin traitant dans la file active | 219 127 | 1 482 055 |

Sources : Géo : Sniiram, Irdes, base permanente des équipements (BPE), Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), CépiDC (Inserm), recensement (Insee). Eco : Système national d'information inter régime (Sniiram, Cnamts) et plus précisément : Datamart de consommation inter régimes (DCIR) appariées données du PMSI-MCO, Système national inter régimes pour les professionnels de santé (SNIR-PS).

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek •
Relecteurs : Charlene Le Neindre, Michel Naiditch • Correctrice : Martine Broïdo • Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault •
Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Déjà-Link (Stains, 93) • Dépôt légal : novembre 2013 •
Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.