

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf>

## Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours

### Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Anissa Afrite, Julien Mousquès (Irdes)

Quelles sont les caractéristiques de taille, de ressources humaines, d'équipement et d'informatisation des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ? Leurs modalités d'organisation et de fonctionnement en matière d'offre de soins, de coordination et de coopération pluriprofessionnelles ?

Ce quatrième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels participant aux ENMR propose une analyse de leurs caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles, à partir d'une enquête réalisée auprès de 147 sites sur la période 2008-2012. Les sites ont été regroupés à partir d'analyses factorielles et de classifications aboutissant à cinq classes : deux pour les centres de santé, regroupant des professionnels salariés, et trois pour les maisons ou pôles de santé, regroupant des professionnels libéraux.

**D**epuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, notamment sous la forme d'Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) en direction des maisons, pôles et centres de santé (Mousquès, 2011 ; Afrite *et al.*, 2013).

Les objectifs sont multiples : stimuler l'implantation des professionnels de santé dans des zones défavorisées en termes d'offre médicale, développer les coopérations et une coordination pluriprofessionnelle afin d'améliorer non seulement les conditions de travail des personnels de

santé œuvrant dans ces structures mais également la qualité des soins et du suivi des patients.

Les sources de données disponibles sur ces structures, peu nombreuses, fournissent peu d'informations sur les caractéristiques des maisons, pôles et centres de santé et sur les professionnels y exerçant. De plus, elles ne permettent pas de distinguer les maisons des pôles de santé. Une enquête spécifique a ainsi été réalisée par l'Irdes sur 147 des 151 maisons, pôles et centres de santé inclus lors des deux premières vagues des ENMR (2010-2011 et 2011-2012) [Encadré Source]. Dans ce quatrième volet d'une série de parutions sur l'éva-

luation des ENMR [Repères], nous étudions à partir d'analyses factorielles et de classifications la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé enquêtés. Les résultats complets et une analyse plus détaillée sont présentés dans un Document de travail qui paraît simultanément à cette synthèse (Afrite et Mousquès, 2014). Les prochains travaux à paraître s'appuyant sur cette typologie étudieront l'impact du regroupement pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé, sur différentes dimensions de performance, tout en pointant d'éventuelles différences de résultats selon le type de sites.

## Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR en cinq classes

L'analyse descriptive des résultats de l'Enquête réalisée auprès de l'ensemble des maisons (74), pôles (37) et centres (36) de santé participant aux ENMR met en évidence une forte hétérogénéité des sites. Celle-ci est pour partie le reflet de leur statut (maison, pôle ou centre) et des professionnels qui y travaillent (libéraux et salariés) mais également de caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles distinctes (Afrite et Mousquès, 2014). Afin de distinguer les sites entre eux et de les regrouper par classe pour construire une typologie, des méthodes d'analyse des données ont été mobilisées.

L'étude porte sur un sous-échantillon de 128 sites (soit 87 % de l'échantillon) pour lesquels le niveau de réponses aux questions dans l'enquête, relativement aux dimensions considérées comme potentiellement discriminantes (encadré Source), est suffisant. Elle s'appuie sur deux séquences distinctes associant Analyse factorielle de données mixtes (AFDM) et Classification ascendante hiérarchique (CAH) [encadré Méthode et Figure]. La première est réalisée sur l'ensemble des maisons, pôles et centres de santé et aboutit à quatre

classes. Elle oppose deux classes composées exclusivement ou quasi exclusivement de centres à deux classes mixtes de maisons et pôles de taille importante ; l'une constituée majoritairement de maisons et l'autre de pôles. La seconde séquence est spécifique aux 98 maisons et pôles de santé afin de mieux les différencier. Elle oppose deux classes composées majoritairement de maisons, correspondant à la dichotomisation de la classe majoritaire en maisons précédente, à la classe mixte précédente composée majoritairement de pôles (cf. Figure). Au final, ce sont respectivement les deux classes de centres de santé issues de la première séquence d'analyse et les trois classes de maisons et pôles de santé de la seconde, qui sont combinées et présentées<sup>1</sup>.

Les classes de centres, maisons et pôles de santé se distinguent notamment en matière d'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,

<sup>1</sup> Une maison et un pôle de santé classifiés dans la seconde classe de centres de santé de la première séquence de la typologie ont été reclassifiés dans la seconde séquence spécifique aux sites libéraux. Deux centres présents dans la classe majoritaire en maisons de la première séquence n'ont pas été reclassifiés et sont exclus de l'analyse. Toutefois, dans la suite des travaux d'évaluation des ENMR, ils seront reclassifiés dans la première classe de centres de santé.



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

de coopération pluriprofessionnelle et de partage de l'information, voire de son informatisation.

Les deux classes de centres de santé, « associatifs » et « municipaux », se distinguent ainsi des maisons et pôles de santé par leurs statuts, ancienneté, accessibilité, mais aussi par leurs tailles, composition professionnelle et niveau d'équipement ainsi que par l'étendue des rôles développés par les professionnels et leur coopération (cf. Tableau). Elles se différencient par ailleurs entre elles par le tiers payant complémentaire qui y est pratiqué, les rôles infirmiers et l'informatisation.

## SOURCE

### Une enquête sur la structure, l'organisation et le fonctionnement des maisons, pôles et centres de santé

L'enquête a été réalisée auprès de l'ensemble des centres (36), maisons (74) et pôles (37) de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) et inclus lors des deux premières vagues de l'expérimentation (2010-2011 et 2011-2012). Reposant sur quatre questionnaires standardisés, elle a été auto-administrée par Internet en 2011-2012 puis en 2013. Son taux de participation est élevé, variant de 88 % à 99 % selon le questionnaire. Les sites ENMR sont interrogés sur différentes dimensions structurelles, organisationnelles et fonctionnelles sur la période 2008-2012. Il s'agit d'étudier la structure, l'organisation et le fonctionnement des sites à travers des dimensions (voir ci-dessous) reconnues par la littérature internationale sur les soins primaires (ex : Kringos *et al.*, 2010) en observant leur degré d'intégration, de regroupement des moyens, de l'activité, etc. A titre d'exemple, ce type d'analyse a récemment été réalisé aux Etats-Unis pour des *Accountable care organizations* (Epstein *et al.*, 2014), au Québec pour des Groupes de Médecin de Famille (Levesque *et al.*, 2010), et en Europe, sur les cabinets de groupe ou solo (Engels *et al.*, 2005). Sont ainsi explorées :

**Les dimensions structurelles** : statutaires (centres, maisons ou pôles de santé) ; ancienneté ; processus de création, d'implantation géographique et de projets (santé, architectural) ; taille, composition et équipement ; management ; accessibilité (horaire et financière) ; financement (charges, recettes, fonds ENMR et modalités d'utilisation).

**Les dimensions organisationnelles et fonctionnelles** : coordination interne et externe ; information et son partage ; rôles professionnels et collaborations développées.

Quatre questionnaires sont ainsi exploités :

**Structure.** Pivot de l'enquête, ce questionnaire permet d'identifier chaque site et de le caractériser selon plusieurs dimensions : statuts, localisation géographique, ancienneté, processus de création, organisation, taille des locaux et équipements, information-informatisation et son partage, accessibilité horaire et financière, management, coordination interne mono et pluriprofessionnelle, coordination externe, rôles professionnels et coopérations pluriprofessionnelles développées, participation aux différents modules ENMR et les actions et indicateurs associés.

**Composition.** Pour chacune des années 2008 à 2012, les effectifs de professionnels sont collectés qu'ils soient installés (membres, associés, collaborateurs et/ou salariés) ou non installés (remplaçants et/ou stagiaires) pour chacune des trois catégories de professionnels suivantes : médicaux (médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, etc.) et autres (secrétariat médical, agents administratifs, personnels d'encadrement administratif, autres).

**Professionnels.** Les caractéristiques principales des médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes non disponibles dans les bases de données administratives de l'Assurance maladie sont collectées : ancienneté dans la structure, autres modes d'exercice, part des honoraires reversés au titre des charges collectives du site et, pour les professionnels en activité sur la période 2010-2012, temps de travail, temps de remplacement et nombre de semaines de vacances.

**Financement.** Les montants des sources habituelles de financement et des charges sont renseignés selon différents postes ainsi que les montants et modalités d'utilisation des forfaits perçus par les structures dans le cadre des ENMR.

## Les deux classes de centres de santé « associatifs » et « municipaux »

**Classe 1** : des centres de santé plus souvent associatifs, relativement anciens, avec une coopération pluriprofessionnelle et une coordination plus fréquentes que dans les centres « municipaux »

La première classe de centres est composée uniquement de centres de santé (12 sites), pour moitié associatifs<sup>2</sup> 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. 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 « municipaux » mais moins fréquentes que dans les sites libéraux.

<sup>2</sup> Dans la suite de l'article, ces centres seront nommés « centres associatifs » pour faciliter la lecture.

Les centres « associatifs » se distinguent par des rôles et fonctions professionnels peu développés pour les secrétaires, non spécifiques pour les infirmiers, voire quasi-absents pour les masseurs-kinésithérapeutes. Les secrétariats, quasi systématiquement communs à tous les professionnels de santé, sont pour la majorité ou la quasi-majorité d'entre eux essentiellement limités à une fonction, au-delà de l'accueil, de la prise de rendez-vous et de l'encaissement. Ils n'assument pas de fonction « organisationnelle » (comme la gestion, l'organisation de l'éducation thé-

rapeutique, la comptabilité, l'organisation d'activités).

En revanche, comme pour la classe des centres « municipaux », mais de façon plus marquée et à l'inverse des sites libéraux, la coopération pluriprofessionnelle y est fréquente et régulière. Elle s'exprime à travers des projets ou processus de coopération entre professionnels, par le suivi et la prise en charge protocolisés des patients atteints de maladie chronique, par des échanges pluriprofessionnels pour gérer les cas complexes.

## MÉTHODE

Deux types d'analyses des données ont été mobilisés pour l'élaboration de la typologie en deux séquences :

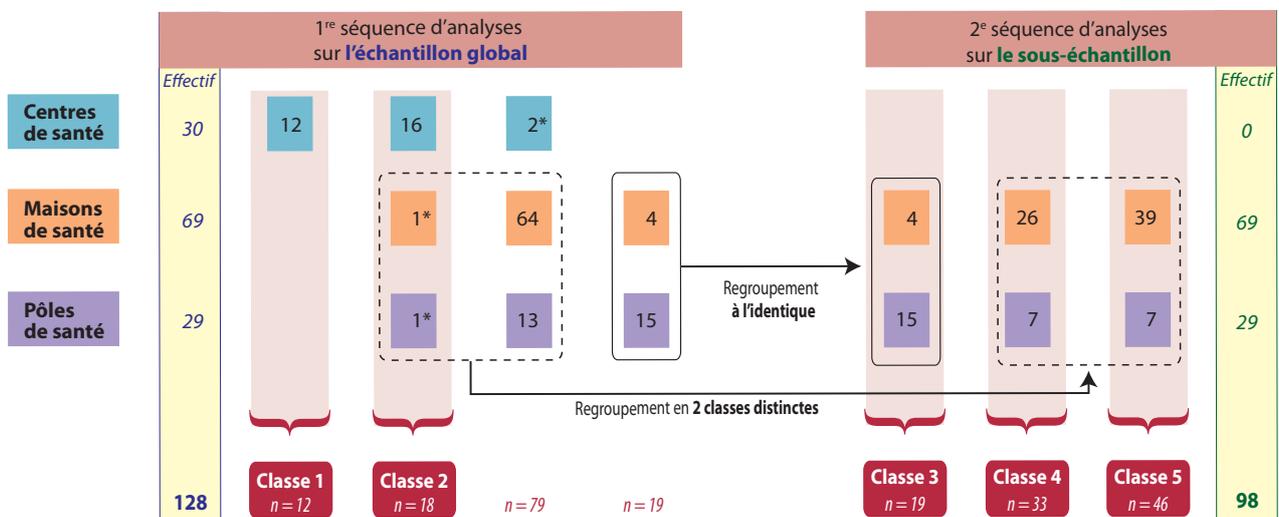
- **L'analyse factorielle de données mixtes (AFDM).** L'AFDM permet de représenter graphiquement des individus décrits par un certain nombre de caractéristiques (qualitatives et/ou quantitatives) en se concentrant sur les liaisons (ressemblances et oppositions) et les dimensions les plus discriminantes. L'AFDM est particulièrement adaptée ici car elle permet de tenir compte simultanément dans l'analyse de la nature qualitative et quantitative des données mais également du fait que la taille de l'échantillon considéré est faible relativement au nombre de variables à intégrer (Pagès, 2004 ; Escofier et Pagès, 2008).

Le choix des variables actives retenues pour construire les axes factoriels de l'AFDM s'appuie sur deux principes : retenir un nombre de variables et de modalités associées équilibré par dimension tout en écartant celles non discriminantes et en regroupant celles corrélées sur la base des statistiques descriptives réalisées sur les 147 sites interrogés (Afrite et Mousquès, 2014). Environ 50 variables et 130 modalités correspondant principalement aux grandes thématiques suivantes ont été retenues : statut, ancienneté, taille, composition et équipement ; accessibilité physique, horaire et financière aux soins ; management, rôles professionnels, coopération et coordination (notamment pluriprofessionnelle), information et informatisation. Les variables non intégrées ou correspondant aux formes désagrégées des variables actives, soient 80 variables supplémentaires pour 200 modalités, ont été mobilisées comme variables illustratives afin d'enrichir l'interprétation des similitudes et des différences observées entre les sites.

- **La classification ascendante hiérarchique (CAH).** La CAH est entreprise à partir des coordonnées factorielles issues de l'AFDM. Cette méthode de classification repose sur une succession de regroupements des sites les plus ressemblants, deux à deux et jusqu'à l'obtention d'une seule classe, en fonction d'un ensemble de variables. Le critère d'agrégation de Ward utilisé permet un regroupement des sites en classes homogènes tout en les distinguant les unes des autres.

F

### Typologie en deux séquences des maisons, pôles et centres de santé participant aux ENMR



\* Voir note 1, page 2.

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

Réalisation : Irdes.

T

### Caractérisation des classes de maisons, pôles et centres selon quelques modalités considérées en variables actives dans l'analyse

	Classes des centres de santé		Classes des maisons et pôles de santé			
	Classe 1 (N = 12)	Classe 2 (N = 18)	Classe 3 (N = 19)	Classe 4 (N = 33)	Classe 5 (N = 46)	
	%	%	%	%	%	
<b>Dimension administrative</b>						
Professionnel(s) assurant le management du site <sup>1</sup>						
Un ou plusieurs professionnel de santé du site (bénévole, indemnisé, salarié)	8	50	47	82	72	
Personne ressource du site non professionnel de santé (salarié) ou externe au site (salarié)	83	28	5	6	7	
Plusieurs personnes ressources, professionnel de santé et/ou non, exerçant dans le site/extérieur au site	8	22	42	9	17	
Non réponse	0	0	5	3	4	
<b>Dimension des rôles professionnels et des collaborations développées</b>						
Exemples de rôles et fonctions assumés par le secrétariat						
Conseil ou information de nature médicale au patient notamment pour les demandes urgentes ou non programmées	25	33	26	67	50	
Gestion des dossiers patients (archivage des courriers, résultats des examens...)	92	94	68	82	87	
Comptabilité (écritures comptables...)	8	50	53	36	54	
Organisation des activités de la structure	8	11	42	30	57	
Exemples de rôles et fonctions assumés par les infirmiers						
Accueil téléphonique, conseil ou information au patient, demandes non programmées ou urgentes	8	72	0	9	33	
Education thérapeutique du patient chronique	50	78	63	45	63	
Suivi des anti-vitamines K pour les patients sous traitement anticoagulant	50	28	53	18	52	
Coordination des parcours de soins complexes (patients ayant une polyopathie chronique...)	17	33	21	6	28	
Fréquence des réunions ou échanges formels réguliers concernant des questions d'organisation de l'équipe de soins entre médecins généralistes et infirmiers <sup>1</sup>						
Hebdomadaire ou mensuelle	17	39	47	12	74	
Trimestrielle ou semestrielle	25	39	5	39	13	
Aucune réunion entre médecins généralistes et infirmiers	58	22	47 <sup>2</sup>	48	13	
Fréquence des réunions ou échanges formels réguliers concernant des questions médicales, dossiers de patients, référentiels partagés ou autre question de pratique professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers <sup>1</sup>						
Hebdomadaire ou mensuelle	25	44	37	12	83	
Trimestrielle ou semestrielle	33	28	11	21	7	
Aucune réunion entre médecins généralistes et infirmiers	42	28	47	67	11	
Mise en place d'échanges pluriprofessionnels et réguliers pour la gestion des cas complexes	100	67	58	64	91	
Développement régulier d'actions de promotion de la santé ou de prévention	100	83	63	45	57	
Mise en place de projets ou processus de coopération régulière entre les professionnels de santé et/ou les autres professionnels	100	67	74	42	72	
Collaboration ou coordination régulière du site avec des services ou des institutions inscrits sur le territoire	92	100	84	64	83	
<b>Dimension de partage et d'informatisation de l'information</b>						
Accessibilité du dossier médical d'un patient suivi par un médecin du site	par les autres médecins du site	92	67	0	91	91
	par les autres professionnels de santé non médecins	92	61	0	85	87
Exemples de fonctionnalités informatiques ou d'actions réalisées à partir du dossier médical informatisé et des outils informatiques associés utilisées régulièrement par les médecins						
Aide au diagnostic	0	11	5	21	41	
Aide à la prescription	92	50	16	73	93	
Édition de notes de synthèse et/ou de plan de prévention personnalisé et/ou extraction de listes de patients à relancer pour des actes de dépistage et/ou de prévention	58	56	21	64	91	
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	83	50	16	70	70	
Utilisation de l'informatisation par les infirmiers pour gérer les dossiers infirmiers des patients <sup>1</sup>	42	83	37	58	67	
	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	
<b>Dimension de composition en professionnels installés (nombre en 2012)</b>						
Nombre de professionnels de santé installés dans le site en 2012						
Médicaux (hors médecins généralistes)	2	14	1	1	1	
Médecins généralistes	4	7	6	5	5	
Paramédicaux (hors infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes)	2	5	2	3	3	
Infirmiers	3	5	9	5	4	
Masseurs-kinésithérapeutes	0	1	3	2	2	
Autres professionnels	5	17	6	3	3	

<sup>1</sup> Questions dont les modalités de réponses sont exclusives (la somme des modalités vaut 100 %).

<sup>2</sup> Le pourcentage inclut la non-réponse.

**Lecture :** <sup>1</sup> Dans 42 % des sites de la classe 1 de centres de santé, les infirmiers utilisent l'informatisation pour gérer les dossiers infirmiers des patients. Ce n'est pas le cas dans 58 % des sites de cette classe.

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

**Réalisation :** Irdes.

 Télécharger les données

Le développement d'actions de promotion de la santé (éducation à la santé...) ou de prévention (dépistage des infections sexuellement transmissibles...) y est régulier de même que la collaboration avec les professionnels de santé extérieurs au site, en dehors des réseaux professionnels.

En matière de coordination, les réunions monodisciplinaires entre médecins généralistes y ont le plus souvent lieu toutes les semaines alors qu'entre infirmiers, elles ne sont que trimestrielles ou semestrielles. En outre, plus de la moitié des centres de santé de cette classe ne déclare pas de réunions médicales entre infirmiers et généralistes.

Les centres de santé « associatifs » se distinguent en termes d'accessibilité horaire quotidienne sur la semaine, celle-ci étant moins étendue que dans les sites libéraux (moins de 12 heures par jour). Mais l'accessibilité hebdomadaire y est similaire (12 demi-journées d'ouverture sur la semaine) et la durée d'ouverture le samedi matin supérieure à 4 heures, ce qui n'est pas le cas des centres de santé « municipaux ». La non-participation à la permanence de soins y est moins marquée que pour les centres « municipaux » (58 %). Comparativement aux sites libéraux, l'accessibilité financière est facilitée dans tous les centres par la pratique systématique (car statutaire) du tiers payant pour la part des dépenses de santé prise en charge par l'Assurance maladie. Par ailleurs, la pratique du tiers payant par les complémentaires de santé est élevée (83 %). Plus de 70 contrats avec des mutuelles, assurances ou instituts de prévoyance différents sont en moyenne comptabilisés, soit moins que pour les centres « municipaux ». La non-acceptation de demandes d'inscription de nouveaux patients auprès d'un médecin généraliste traitant du site y est fréquente (42 %).

Concernant l'informatisation, les centres de santé « associatifs » sont distincts des centres de santé « municipaux ». L'utilisation d'un logiciel unique de gestion des dossiers médicaux certifié par la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence des systèmes d'information partagée de santé (Asip)<sup>3</sup> par les médecins est plus fréquente (75 %) dans les centres « associatifs », l'accessibilité des secrétaires et/ou des autres professionnels de santé non médecins aux

dossiers quasi systématique (92 %) et l'utilisation de certaines fonctionnalités associées au dossier informatisé plus fréquente (par exemple : aide à la prescription, l'extraction de listes de patients inscrits médecin traitant...). En revanche, les infirmiers, en majorité, n'utilisent pas l'informatisation pour gérer les dossiers infirmiers des patients (58 %).

Les centres de santé « associatifs » se différencient également en matière de taille (en moyenne 344 m<sup>2</sup> et 5 salles de consultation ou administration des soins), de variété de professionnels médicaux et paramédicaux et de nombre de professionnels installés (4 médecins généralistes et 3 infirmiers). Ces éléments sont, en moyenne, inférieurs à ceux des centres de santé « municipaux » et des classes de maisons ou pôles de santé. Les masseurs-kinésithérapeutes y sont très peu représentés. Le partage de patientèle entre médecins généralistes 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 %).

Dans les centres de santé « associatifs », les ressources ENMR sont principalement allouées 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. 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 majoritairement municipaux, plus anciens, où l'étendue des rôles et fonctions des professionnels non médecins est plus forte que dans les centres de santé « associatifs »**

Cette seconde classe regroupe 16 centres de santé (89 %), en majorité municipaux (67 %), plus anciens (quarante-six ans en moyenne) et souvent locataires avec un bail spécial (par exemple, mis à disposition à titre gratuit). Les centres de cette classe sont, très majoritairement, implantés dans des espaces urbains défavorisés en offre de soins. 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 mais l'accessibilité financière supérieure ; la taille, la composition, l'équipement y sont supérieurs ; l'étendue des rôles et fonctions des professionnels non médecins y est également supérieure à celles des centres de santé « associatifs » ; la coopération pluriprofessionnelle moindre que dans les centres « associatifs » et supérieure aux sites libéraux ; la coordination pluriprofessionnelle y est supérieure et l'informatisation moindre.

L'accessibilité horaire des centres de santé « municipaux » y est moindre que celle des centres de santé « associatifs » et des maisons et pôles de santé : ouverture moins de 12 heures par jour du lundi au vendredi, moins de 4 heures le samedi et 11 demi-journées dans la semaine. La non-participation à la permanence de soins y est encore plus marquée (78 %). L'accessibilité physique des centres « municipaux » est similaire à celle des centres « associatifs » mais, du fait de leur ancienneté, l'accès ou la circulation pour les personnes à mobilité réduite y sont moins souvent facilités. L'accessibilité financière y est cependant davantage simplifiée par la pratique quasi systématique du tiers payant pour la part de la dépense prise en charge par les complémentaires santé, avec un nombre de contrats conventionnés nettement supérieur (131 en moyenne). L'accès aux soins infirmiers y est possible avec ou sans rendez-vous et, à la différence des centres « associatifs », l'acceptation des demandes d'inscription à un médecin traitant des nouveaux patients y est systématique.

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 « associatifs », le secrétariat est le plus souvent commun à tous les professionnels de santé et, à l'inverse du libéral, assure l'encaissement mais pas de fonction d'organisation. En revanche, il assume des rôles et fonctions plus diversifiés que dans les centres « associatifs » (aide à l'ouverture de droits ou accompagnement dans les démarches administratives et sociales...).

<sup>3</sup> [www.has-sante.fr/](http://www.has-sante.fr/) et [esante.gouv.fr/asip-sante](http://esante.gouv.fr/asip-sante)

Les infirmiers développent de nombreux rôles et fonctions dépassant les soins infirmiers et de façon beaucoup plus marquée que dans les centres « associatifs » (telles les consultations infirmières ou orientations pour les demandes urgentes ou non programmées, l'éducation thérapeutique du patient chronique). Plus fréquemment présents que dans les centres de santé « associatifs », les masseurs-kinésithérapeutes assument de nombreuses fonctions (prévention des troubles musculo-squelettiques, suivi des lombalgies chroniques...).

Les centres de santé « municipaux » se singularisent aussi par une coopération pluriprofessionnelle (protocoles de suivi et de prise en charge des maladies chroniques...) moins fréquente que dans les centres « associatifs » mais davantage qu'en libéral et par une coordination mono et pluriprofessionnelle plus importante que dans les autres classes de sites, hormis celle des maisons de santé les plus coordonnées et coopératives.

Le développement d'actions de promotion de la santé ou de prévention est très fréquent (83 %) et la collaboration ou la coordination (convention, réunion d'échange, intervention, communication, expertise, activité de soins...) avec des services ou des institutions inscrits sur le territoire systématique.

Concernant l'informatisation, les centres de santé « municipaux » sont différents des centres « associatifs ». L'utilisation des logiciels uniques de gestion des dossiers médicaux certifiés HAS et Asip y est rare (28 %), et l'utilisation de certaines fonctionnalités associées au dossier informatisé y est encore moins fréquente. L'accessibilité des autres professionnels aux dossiers médicaux (papier ou informatique) n'y est pas systématique.

Les centres de santé « municipaux » se distinguent enfin par une taille (en moyenne 1 372 m<sup>2</sup> et 12 salles de soins), un nombre et une variété de professionnels (14 professionnels de santé médicaux et 17 non médicaux), et un niveau d'équipement en matériels médicaux<sup>4</sup> (en moyenne 13 matériels médicaux recensés sur un

total de 27), supérieurs à ceux des centres de santé « associatifs » et des classes de maisons et pôles de santé. Contrairement à la classe précédente, mais moins que pour les sites libéraux, le partage de patientèle au sein des centres de santé est légèrement plus fréquent que pour les centres « associatifs » s'agissant de la proportion d'actes infirmiers prescrits par un médecin généraliste du site et exécutés par les infirmiers du site (26 %).

Enfin, comme pour les 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 (67 %).

### Les trois classes de maisons et pôles de santé

#### *Classe 3 : essentiellement 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. Ces sites sont relativement récents (en moyenne, deux ans d'ancienneté) et implantés le plus souvent en zone rurale défavorisée en offre de soins (32 %) ou avec une offre de soins moindre mais dont les besoins en soins sont moindres (21 %), voire en zone urbaine défavorisée en offre de soins (37 %). Les caractéristiques des pôles de cette classe témoignent d'une moindre intégration, coordination et coopération pluriprofessionnelles relativement aux autres classes de maisons et pôles de santé.

Compte tenu de leur structuration en multi-sites, les pôles de cette classe se singularisent par une taille et des effectifs importants et un management spécifique. Les effectifs d'infirmiers (en moyenne 9 contre 5,6 pour l'ensemble des maisons et pôles de santé libéraux), de médecins généralistes (6 contre 5,1) ou de personnels administratifs (5,9 contre 3,8) sont importants de même que le nombre d'espaces dédiés aux soins infirmiers (2,3 contre 1,6), aux réunions, repas et/ou repos (2,2

contre 1,9) ou à l'accueil et l'attente des patients (5,9 contre 4,7). Le management est, lui, assuré le plus souvent par plusieurs personnes ressources.

Le partage de patientèle est relativement similaire à celui des autres classes de maisons de santé concernant 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 %)<sup>5</sup>. En revanche, comme pour les maisons de santé « assez récentes et faiblement intégrées », la proportion d'actes infirmiers prescrits par un médecin généraliste du site et exécutés par les infirmiers du même site (38 %) est inférieure à celle de la seconde classe de maisons.

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 paramédicaux dans la Société civile immobilière (SCI). Les sites de cette classe se différencient également par une non-réponse importante, une absence ou un moindre développement : de la coordination entre les professionnels (réunions monodisciplinaires, échanges pluriprofessionnels pour gérer les cas complexes...), des rôles et fonctions spécifiques des secrétariats (gestion des dossiers patients, prise de rendez-vous...) et infirmiers (accueil téléphonique, conseil ou information au patient, demandes non programmées ou urgentes...), du partage de l'information et de son informatisation (logiciel unique ou pas). En revanche, la coopération externe par la participation à un ou plusieurs réseaux ou grâce à des collaborations régulières avec des professionnels de santé extérieurs au site, est très fréquente.

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). La pratique du tiers payant pour la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie est moins favorisée (42 %), de même que l'acceptation systématique des demandes d'inscription au médecin trai-

<sup>4</sup> Tels que : oxymètre, appareil de mesure de la glycémie, spiromètre, électrocardiogramme, mesure ambulatoire de la pression artérielle, tensiomètre avec brassards multiples (adultes, obèses, enfants)...

<sup>5</sup> On ne peut pas évaluer cette mesure pour les centres de santé, les médecins y exerçant ne sont pas identifiables dans le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram).

tant des nouveaux patients (47 %), comparativement aux autres maisons, pôles et *a fortiori* centres de santé.

Enfin, cette classe se caractérise par une allocation des fonds ENMR à l'indemnisation/compensation du temps consacré au management du site (53 %) et, de façon moins marquée que dans les classes majoritaires en maison de santé, à la coordination (58 %) et/ou à l'achat d'équipement et/ou de matériel (32 %).

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

Composée de 33 maisons et pôles de santé, cette classe est majoritaire en maisons de santé (79 %). Elle concentre plus d'un tiers des maisons (38 %) et un quart des pôles 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 avec des besoins de soins moindres (15 %). Les caractéristiques des maisons et pôles de cette classe témoignent d'une moindre intégration, coordination et coopération pluriprofessionnelles relativement à la dernière classe de maisons.

Cette classe se caractérise par des sites managés par un ou plusieurs professionnels de santé du site, bénévole, indemnisé ou salarié (82 %). Ces sites ne se distinguent pas par leur taille et composition. Toutefois, ils semblent légèrement moins équipés en matériel médical (7 contre 8,4) que les sites de l'autre classe de maisons.

Les sites de cette classe se caractérisent et s'opposent essentiellement à la classe des maisons de santé « relativement récentes et plus intégrées » par : moins de coordination monoprofessionnelle et l'absence ou une faible régularité de la coordination pluriprofessionnelle, l'absence fréquente de rôles et fonctions spécifiques infirmiers (dosage des anti-vitamines K, parcours de soins complexes, accueil physique ou téléphonique des demandes urgentes ou non programmées...) et de secrétariats (comptabilité, organisation et administration du site...), l'absence ou un moindre développement de la coopération pluriprofessionnelle au sein des sites

(projet de coopération pluriprofessionnel, gestion des cas complexes...) ou avec des institutions ou professionnels extérieurs. L'informatisation des dossiers médicaux et le partage de l'information sont plus fréquents que dans la classe des pôles de santé mais avec un recours moindre à certaines fonctionnalités associées à l'informatisation que dans la seconde classe de maisons de santé, notamment, une moindre informatisation des dossiers infirmiers.

L'absence fréquente de signataires de la SCI parmi les médecins (82 %) et les paramédicaux (88 %), mais également de la Société et groupement d'exercice (SGE) [respectivement 91 % et 88 %], oppose cette classe de maisons de santé à la seconde.

Le partage de patientèle entre professionnels du site est également inférieur à celui de l'autre classe de maisons de santé, et globalement aux sites libéraux, avec une moindre proportion d'actes réalisés par un autre médecin que le médecin traitant pour les patients de la patientèle inscrite (13,7 % contre 16,7 %) et d'actes infirmiers prescrits par les médecins et exécutés par les infirmiers du site (39,4 % contre 47 %).

En matière d'accessibilité, les maisons ou pôles de santé de cette classe se caractérisent par un accès à la médecine générale essentiellement sur rendez-vous uniquement (61 %), une permanence des soins organisée principalement en gardes de secteur (58 %) ou de régulation libérale (21 %), une acceptation non systématique des demandes de nouvelles inscriptions auprès d'un médecin traitant 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 ou de matériel (55 %) ou le temps consacré au management du site (45 %).

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

A l'instar de la précédente classe, cette dernière classe de 46 maisons et pôles est surtout composée de maisons de santé (85 %). Elle concentre plus de la moitié

des maisons (57 %) et un quart des pôles de l'échantillon ENMR. Elles sont plus récentes que les centres de santé (six ans en moyenne) et majoritairement implantées en zone rurale, dans des zones défavorisées en matière d'offre de soins, voire de besoins de soins (61 %). Les caractéristiques des maisons de cette classe témoignent d'une intégration, coordination et coopération pluriprofessionnelles supérieures aux autres classes de maisons et pôles.

Les sites de cette classe se distinguent des autres maisons et pôles de santé par leur taille, composition, coordination et coopération pluriprofessionnelles. Leurs effectifs de médecins généralistes (4,7 contre 5,1) et d'infirmiers (4,3 contre 5,6) sont inférieurs, la taille de leurs locaux moindre, mais leur niveau d'équipement est légèrement supérieur (9,3 contre 8,4).

L'intégration y est également plus élevée avec une fréquence plus grande de paramédicaux signataires de la SCI (37 %) et de la SGE (24 %), un « partage » des patients entre professionnels du site nettement supérieur : 18,5 % d'actes de médecine générale sont réalisés auprès de la patientèle inscrite chez un 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 y est également plus importante se déployant avec : une fréquence plus élevée (toutes les semaines) de la coordination mono-professionnelle et pluriprofessionnelle pour près de deux tiers des sites, l'informatisation et le partage du dossier médical des patients au sein du site quasi systématiques, le recours plus fréquent à certaines fonctionnalités associées à l'informatisation, des dossiers infirmiers informatisés plus courants (réception/télétransmission des résultats de biologie, aide à la prescription, édition de notes de synthèse, rappel pour des actes de dépistage...).

Les rôles professionnels y sont plus étendus : développement plus fréquent, bien que non systématique, de certains rôles et fonctions spécifiques infirmiers (dosage des AVK, accueil physique ou téléphonique des demandes urgentes ou non programmées, parcours de soins com-

plexes...) et de secrétariats (organisation et administration du site : coordination avec les professionnels extérieurs au site, organisation des activités, gestion des programmes d'éducation thérapeutique, encaissement des consultations...), une coopération pluriprofessionnelle, au sein des sites, régulière (projet de coopération pluriprofessionnel, gestion des cas complexes) ou avec des institutions ou professionnels extérieurs.

Enfin, l'accessibilité y est également supérieure aux autres sites avec des nouvelles demandes d'inscription au médecin traitant quasiment systématiquement acceptées (83 %), un accès à la médecine générale facilité parce que fréquemment avec ou sans rendez-vous (67 %), une durée d'ouverture hebdomadaire légèrement supérieure et une participation à la permanence des soins organisée sous forme de régulation et de gardes (39 %).

A l'instar de la classe de maisons de santé 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 %).

\* \* \*

L'enquête auprès des sites regroupés pluriprofessionnels participant aux premières vagues des ENMR a mis en évidence l'existence d'une forte hétérogénéité entre les sites résultant notamment de caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles distinctes. Aussi avons-nous élaboré une typologie en cinq classes – deux pour les centres de santé, trois pour les maisons et pôles – regroupant entre eux les sites les plus ressemblants. 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.

Ce travail d'enquête et de classification permet de regrouper, sur la base des dimensions considérées comme déterminantes de la performance, 128 sites de l'enquête. Il permet notamment 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. 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 pour lesquels la taille de notre échantillon est modeste au regard de leur nombre recensé, environ 400 centres polyvalents.

Surtout, cette typologie constitue un outil supplémentaire, intégrant les différences structurelles, organisationnelles et fonctionnelles des sites. Elle est mobilisée dans les travaux d'évaluation des ENMR pour analyser l'impact du regroupement pluriprofessionnel. Par la suite, seront notamment explorés l'impact du regroupement pluriprofessionnel selon le type de site, comparativement à l'exercice isolé, sur l'activité, la productivité et la qualité des pratiques des généralistes, le recours et les dépenses de soins des assurés, ou encore le parcours des patients entre la médecine de ville et l'hôpital. ♦

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Afrite A., Bourgueil Y., Daniel F., Mousquès J. (2013). « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins : objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des nouveaux modes rémunération ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n°189, juillet-août.
- Afrite A., Mousquès J. (2014). « Formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ». *Document de travail Irdes*, n° 62, octobre.
- Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y. (2013). « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 190, septembre.
- 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, no.1: 95-102.
- Escofier B., Pagès J. (2008). *Analyses factorielles simples et multiples : Objectifs, méthodes et interprétation*, Paris, ed. Dunod, 284 p.
- Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M., avec la contribution de Durand G. (2014). « Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé ». Rapport Irdes n° 557, septembre.
- 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.
- 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. (coor.), *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.

Les auteurs tiennent à remercier Anne Aligon, Sandrine Béquignon et Guénaëlle Marquis, pour leur contribution à la préparation et la réalisation du terrain de l'enquête auprès des sites participant aux ENMR ; Jacques Harrouin pour sa contribution aux procédures informatiques du recueil des données et Ly Hoang pour sa participation aux premières exploitations des données.

**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 • Recteurs : Stéphanie Guillaume, Sylvain Pichetti •

Correctrice : Martine Broido • Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault •

Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Déjà-Link (Stains, 93) • Dépôt légal : octobre 2014 •

Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € •

ISSN : 1283-4769.