

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-de-sante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf>

## **L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses**

### **Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)**

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

Quels impacts l'exercice pluriprofessionnel a-t-il dans les maisons, pôles et centres de santé ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) entre 2010 et 2014 ? Les médecins généralistes des sites ENMR sont-ils plus actifs et plus productifs que les autres ? La structure de leur activité est-elle similaire ? Leurs patients recourent-ils plus ou moins fréquemment aux différentes catégories de soins ambulatoires ? Leurs dépenses sont-elles moindres ou plus élevées ? Ces résultats sont-ils homogènes ou hétérogènes entre les différents types de sites participant aux ENMR ?

Autant de questions qui sont explorées dans ce cinquième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels ayant participé aux ENMR. Les analyses évaluatives quantitatives de mesure de l'impact du regroupement sur l'activité et les soins et services de santé sont effectuées à partir de *designs* quasi-expérimentaux.

L'intérêt de soutenir le développement des structures de soins primaires repose, au-delà d'une hypothèse de plus grande attractivité pour les professionnels testée dans un travail précédent (Chevallard *et al.*, 2014), sur une hypothèse d'amélioration des soins et services (Afrite *et al.*, 2014). Elle sera étudiée au travers de deux dimensions principales : dans un premier temps, l'activité, la productivité et les dépenses associées aux soins et services, en raisonnant à qualité constante ; dans un second temps, la qualité des soins et services rendus qui

feront l'objet d'un prochain *Questions d'économie de la santé*.

L'exercice regroupé pluriprofessionnel impliquerait des gains de productivité dus à des économies de gamme et d'échelle liées à l'intégration entre professionnels d'une même profession ou discipline, ou pas (Mousquès, 2011). Ces économies résulteraient notamment de la minimisation des coûts relatifs aux échanges (on parle de coût de transaction) entre médecins généralistes ainsi qu'entre médecins généralistes et paramédicaux. Elles résulteraient

également de la minimisation des coûts de délivrance des soins et services en raison de l'utilisation de facteurs de production communs. Elles résulteraient enfin de l'optimisation des complémentarités et substitutions entre le généraliste médecin traitant et les autres généralistes et entre généralistes et paramédicaux. Ces gains d'efficacité productive permettraient un moindre recours et une moindre dépense de soins spécialisés. Enfin, ces économies n'auraient pas pour corolaire une augmentation notable de la dépense en soins primaires (Brilleman

*et al.*, 2014 ; Martin *et al.*, 2011 ; Shi, 2012 ; Strumpf *et al.*, 2014).

Afin de mesurer de façon spécifique ces gains d'efficacité, l'activité des médecins généralistes, le recours aux soins et la dépense ambulatoires des patients des sites participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sont comparés, sur quatre ans, à ceux de témoins. Le contexte territorial (Chevallard *et al.*, 2014) dans lequel ils s'inscrivent, les formes prises par l'exercice pluriprofessionnel selon leur appartenance à l'une des cinq classes de la typologie marquant un gradient de l'intensité de l'intégration (Encadré page 5), ainsi que les caractéristiques des patientèles, sont également étudiés.

### Les structures pluriprofessionnelles plus productives

Les analyses sont conduites sur un sous-échantillon de 88 sites ENMR, dont 25 centres de santé, 54 maisons de santé et 9 pôles de santé, pour 430 médecins généralistes comparativement aux 1 124 médecins généralistes témoins exerçant isolément.

#### Un nombre de jours travaillés par médecin généraliste équivalent en maisons, pôles de santé et leurs témoins, moindre dans les centres

Le nombre de jours travaillés par médecin généraliste est similaire entre les maisons et pôles de santé et leurs témoins, moindre dans les centres de santé, pour une activité par Equivalent temps plein (ETP) équivalente sinon inférieure pour les centres de santé. Dans un premier temps, les statistiques descriptives sont présentées en valeur annuelle moyenne sur la période 2009-2012, à partir des principaux indicateurs suivants :

- Les *inputs* : le nombre de médecins généralistes et leur nombre de jours travaillés dans l'année exprimés en ETP<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Le nombre de jours travaillés est estimé pour les maisons et pôles de santé, comme pour leurs témoins, à partir des jours de délivrance d'actes sur l'année par le médecin généraliste repérés dans les données de l'Assurance maladie. Un nombre minimum de 10 actes par jour est retenu pour décompter une journée.

- Les *outputs* : l'activité mesurée à partir de trois critères : la file active, c'est-à-dire le nombre de patients de 16 ans et plus rencontrés au moins une fois pour un acte de médecine générale, parmi eux la patientèle inscrite médecin traitant, et enfin le nombre de consultations, visites et actes techniques réalisés pour ces patients
- La productivité : qui consiste à faire le rapport entre les *outputs* et les *inputs*

#### Un temps de travail très inférieur dans les centres de santé comparativement aux maisons et pôles

Dans les centres de santé, on retrouve en moyenne 3,7 ETP de médecins généralistes au total, sachant que les ETP annuels moyens par généraliste en centres de santé sont nettement inférieurs à ceux de leurs témoins généralistes libéraux (0,63 *versus* 0,90) du fait que la majorité des médecins travaille à temps partiel. Au final, le nombre de patients de plus de 16 ans rencontrés par ETP (file active), le nombre de patients inscrits (médecin traitant) par ETP et le nombre d'actes délivrés destinés à la file active ou aux patients inscrits médecin traitant par ETP sont inférieurs dans les centres comparativement à leurs témoins, surtout dans les centres de santé « associatifs » (classe 1). La structure de l'activité est également très différente dans les centres de santé où les généralistes ne font que très peu de visites au domicile, mais beaucoup plus d'actes techniques. Cependant, pour les patients inscrits médecin traitant, le nombre d'actes de médecine générale annuels est équivalent à celui des généralistes témoins.

Dans les maisons et les pôles de santé, les pôles « moins intégrés » (classe 3) comptent 4,3 ETP de généralistes, contre 3,3 dans les maisons de santé « moins intégrées » (classe 4) et 3,5 dans les maisons de santé « plus intégrées » (classe 5) [Tableau 1]. Les ETP moyens par généraliste exerçant en maisons ou pôles sont homogènes selon les classes de la typologie (0,90) et semblables à ceux des généralistes témoins. En revanche, la proportion de médecins généralistes femmes est supérieure en maisons ou pôles de santé comparativement à leurs témoins (31 % *vs* 23 %) et l'âge moyen des généralistes est également inférieur (48 *vs* 54 ans). Dans les maisons ou

## REPÈRES

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 (Mousquès, Bourgueil *et al.*, 2014), est le cinquième 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), 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) et le quatrième une typologie des sites ENMR au regard de leurs modalités d'organisation et de fonctionnement (Afrite et Mousquès, 2014).

pôles de santé, l'activité par ETP de généralistes est quasi équivalente, sinon très légèrement plus faible, relativement à leurs témoins. L'activité par ETP de médecins généralistes est supérieure dans les maisons de santé des classes 5 (plus intégrées) et 4 (moins intégrées) comparativement aux pôles de la classe 3 (moins intégrés). La différence est particulièrement sensible pour les patients inscrits médecin traitant, les actes délivrés et, surtout, les visites à domicile. Ils y font légèrement moins de visites mais plus d'actes techniques que les généralistes témoins. Au final, pour les patients inscrits médecin traitant, le nombre d'actes de médecine générale annuels est légèrement inférieur sinon équivalent à celui des généralistes témoins.

#### Une productivité globalement supérieure, surtout dans les maisons de santé les plus intégrées et également plus efficiente techniquement, avant même l'entrée dans les ENMR

Dans un second temps, l'analyse de la productivité sur la période 2009-2012 se fonde sur la comparaison de l'activité moyenne entre les sites participant aux ENMR et les généralistes témoins. Pour ce faire, la variable explicative principale est le nombre de jours travaillés par les généralistes dans l'année dans le cabinet, toutes choses égales par ailleurs. Les résultats de la modélisation montrent que les maisons et pôles de santé sont plus productifs. En effet, toutes choses égales par

ailleurs, l'activité de médecine générale y est supérieure à celle des témoins pour la taille de la file active (13,4 %), le nombre de patients inscrits médecin traitant (15,6 %) et, plus modestement, le nombre d'actes délivrés (2 %). Si les résultats sont similaires entre les maisons et pôles de santé, quelle que soit leur classe d'appartenance, seules les maisons de santé les plus intégrées (classe 5) ont un nombre d'actes délivrés significativement plus élevé que les témoins. En revanche, dans les centres de santé, toutes choses égales par ailleurs, les résultats sont plus contrastés. Le supplément d'activité ne concerne que les centres « municipaux » (classe 2) : 15 % pour la file active et 11,3 % pour les patients inscrits médecins traitant.

En dernier lieu, nous estimons le niveau d'efficacité technique ou productive, qui mesure l'écart entre la production observée et celle potentielle, en nous appuyant sur une méthode économétrique de frontière de production stochastique. Les modélisations ont montré que les centres de santé sont moins efficaces d'un point de vue technique comparativement aux témoins. En revanche, les maisons et pôles de santé, quelle que soit leur classe, sont plus efficaces que leurs témoins en matière de taille de file active. Toutefois, seules les maisons de santé les plus intégrées de la classe 5 sont également plus efficaces que leurs témoins s'agissant du nombre de patients inscrits médecin traitant. Enfin, les maisons comme les pôles

de santé, mais de façon plus prononcée pour ceux des classes 3 ou 4, sont moins efficaces s'agissant du nombre d'actes de médecine générale délivrés.

Ces résultats confirment que le regroupement, au travers du partage dans la prise en charge des patients sur la semaine, permet d'accroître l'activité quotidienne et, partant, la productivité journalière. Et ce, sans réduire la continuité relationnelle avec les patients, qui reste équivalente entre les sites ENMR et leurs témoins (Mousquès, Bourguil et al., 2014).

T1

## Activité des médecins généralistes des sites ENMR (2009-2012)

	Centres de santé (CDS)				Maisons ou pôles de santé (MSP ou PDS)						
	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Classe 5		
	Cas n=10; N=40 <sup>a</sup>	Témoins n=197; N=709 <sup>a</sup>	Cas n=16; N=63 <sup>a</sup>	Témoins n=287; N=964 <sup>a</sup>	Cas n=9; N=36 <sup>a</sup>	Témoins n=81; N=254 <sup>a</sup>	Cas n=19; N=76 <sup>a</sup>	Témoins n=202; N=619 <sup>a</sup>	Cas n=35; N=140 <sup>a</sup>	Témoins n=357; N=1178 <sup>a</sup>	
	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	
<b>Activité par Équivalent temps plein (ETP) de médecins généralistes</b>											
File active de patients âgés de 16 ans ou plus	504	1 280	1 355	1 491	1 044	1 350	1 168	1 386	1 184	1 242	
Nombre de patients inscrits auprès d'un médecin traitant	353	821	538	806	644	719	700	786	768	770	
Nombre d'actes	2 948	5 575	5 046	6 183	4 963	5 785	5 425	5 957	6 464	5 976	
Nombre de consultations	2 704	4 877	4 797	5 424	4 507	5 068	4 724	5 071	5 116	5 024	
Nombre de visites	80	427	11	430	373	406	414	524	589	664	
Nombre d'actes techniques	61	38	234	20	57	42	137	30	130	32	
<b>Inputs</b>											
Médecins généralistes (MG)	Nombre d'ETP	3,8	0,8	3,7	0,9	4,3	0,9	3,3	0,9	3,5	0,9
	Nombre d'ETP par MG	0,8	0,8	0,5	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
<b>Composition</b>											
Médecins généralistes	Femmes (%)	-	15,2	-	23,2	27,8	25,2	33,4	26,7	31,1	21,8
	Age moyen	-	52,9	-	53,1	48,9	52,7	49,1	54,7	47,9	54,3
				N=1 694 ; n=486 <sup>a</sup>				N=2 303 ; n=703 <sup>a</sup>			
				Effet marginal				Effet marginal			
<b>Modèles linéaires généralisés de l'activité (panel) , Ceteris paribus : input, caractéristiques des patients, année, cabinet, environnement</b>											
File active	0,012		0,150***		0,139***			0,130***			
Patients inscrits auprès d'un médecin traitant	0,045**		0,114***		0,158***			0,155***			
Actes de médecine générale délivrés	0,015		-0,014		0,007			0,029***			
				N=1 694 <sup>a</sup>				N=2 303 <sup>a</sup>			
				Coefficient (cas vs. témoins)				Coefficient (cas vs. témoins)			
<b>Modélisation de frontière de production stochastique et de l'inefficacité technique, Ceteris paribus : input, caractéristiques des patients, année, cabinet, environnement</b>											
File active	1,096***		0,235**		-0,349***			-0,418***			
Patients inscrits auprès d'un médecin traitant	3,202		-18,393		-0,332***			-0,467			
Actes de médecine générale délivrés	-2,808		-7,221		0,219***			0,488***			

<sup>a</sup> Obs (N) : nombre d'observations sur la période 2009-2012; Obs (n) : nombre d'individus observés au moins une fois (une année) sur la période 2009-2012.

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

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

Exploitation : Irdes.

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

## Des dépenses de soins des patients plus faibles dans les sites ENMR

Les analyses sur le recours aux soins et la dépense ambulatoire totale et par catégorie de soins sont conduites à partir d'un sous-échantillon de 94 sites ENMR (55 maisons de santé, 29 centres, et 10 pôles) et de leurs témoins, pour respectivement 0,3 et 2,7 millions de patients (cf. encadré Méthode).

### La dépense ambulatoire annuelle moyenne des patients inscrits médecin traitant est plus faible dans les sites ENMR

Dans un premier temps, les statistiques descriptives sont présentées en valeur annuelle moyenne sur la période 2009-2012. Outre la dépense ambulatoire totale, le recours et la dépense associée, les principaux indicateurs utilisés sont :

- Les soins de premiers recours : médecine générale (omnipratique), uniquement la dépense, soins infirmiers et masso-kinésithérapie, professions paramédicales les plus souvent associées dans les pratiques de groupe pluriprofessionnel
- Les soins spécialisés : rhumatologie, endocrinologie, cardiologie, dermatologie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), disciplines pour lesquelles une partie de l'activité peut être réalisée par des médecins généralistes dans le cadre d'un exercice pluriprofessionnel
- Les médicaments et la biologie, qui peuvent être influencés par le caractère collectif de l'exercice, lequel peut favoriser une pratique de prescription plus économe et plus homogène entre les médecins

Les statistiques descriptives montrent une dépense en soins ambulatoires globalement plus faible pour les patients inscrits médecin traitant auprès d'un généraliste des sites participant aux ENMR (- 9 %). Cette différence s'explique principalement par une moindre dépense de soins spécialisés et de pharmacie. Ainsi, la proportion de personnes recourant aux soins spécialisés dans les sites ENMR est moindre, comme la dépense associée, et ce pour toutes les spécialités étudiées (rhumatologie, endocrinologie, cardiologie, dermato-

T2

## Recours et dépenses de soins des patients des sites ENMR et de leurs témoins (2009-2012) par catégorie de soins et selon le statut des sites

a)	Catégories de soins								
	Ambulatoire	Médecins généralistes	Spécialistes	Soins infirmiers	Masso-kinésithérapie	Biologie	Pharmacie		
<b>Dépenses des patients qui recourent aux soins dans les centres de santé</b>									
<b>Patients des centres de santé</b>									
Moyenne	1 447	131	228	172	381	150	574		
Obs. (N) <sup>a</sup>	202 834	202 788	153 260	75 016	32 699	134 377	194 015		
Obs. (n) <sup>a</sup>	85 518	85 493	72 020	42 521	20 732	64 526	82 492		
<b>Patients témoins</b>									
Moyenne	1 763	144	296	405	468	148	632		
Obs. (N) <sup>a</sup>	2 964 219	2 963 994	2 316 925	667 130	587 895	1 981 519	2 881 230		
Obs. (n) <sup>a</sup>	1 168 733	1 168 633	1 015 342	391 160	354 033	905 748	1 144 378		
<b>Dépenses des patients qui recourent aux soins dans les maisons de santé</b>									
<b>Patients des maisons de santé</b>									
Moyenne	1 623	149	217	266	401	133	585		
Obs. (N) <sup>a</sup>	563 924	563 828	400 910	227 246	102 503	373 617	547 102		
Obs. (n) <sup>a</sup>	206 504	206 465	173 023	110 606	63 631	163 873	202 671		
<b>Patients témoins</b>									
Moyenne	1 706	149	240	311	416	135	634		
Obs. (N) <sup>a</sup>	3 094 379	3 094 071	2 266 542	1 077 278	550 113	2 053 992	3 016 043		
Obs. (n) <sup>a</sup>	1 163 920	1 163 793	983 691	551 753	341 376	911 334	1 143 166		
<b>Dépenses des patients qui recourent aux soins dans les pôles de santé</b>									
<b>Patients des pôles de santé</b>									
Moyenne	1 730	135	291	442	419	140	607		
Obs. (N) <sup>a</sup>	55 559	55 541	41 680	15 676	10 958	36 975	53 545		
Obs. (n) <sup>a</sup>	22 319	22 314	19 062	8 572	6 835	17 473	21 814		
<b>Patients témoins</b>									
Moyenne	1 701	140	288	340	418	143	616		
Obs. (N) <sup>a</sup>	361 817	361 790	270 226	100 408	65 716	242 158	352 088		
Obs. (n) <sup>a</sup>	146 397	146 377	124 109	55 611	41 099	113 519	143 414		
<b>b) Résultats des modélisations logistiques (probabilité de recourir) et linéaires (log-dépense)</b>									
<b>Statut des sites du médecin généraliste traitant (réf. Témoins), Ceteris paribus : input, caractéristiques des patients, année, cabinet, environnement</b>									
Centre de santé	Classe 1	OR <sup>b</sup>	---	---	0,708***	2,620***	1,402***	1,058***	0,557***
		EM <sup>c</sup>	-0,010***	0,009***	-0,016***	-0,047***	0,005***	0,024***	-0,015***
Maison ou pôle de santé	Classe 2	OR <sup>b</sup>	---	---	1,190***	2,695***	0,639***	1,254***	0,560***
		EM <sup>c</sup>	-0,023***	-0,028***	-0,028***	-0,180***	-0,026***	0,015***	-0,007***
	Classe 3	OR <sup>b</sup>	---	---	0,939***	1,306***	1,122***	1,089***	0,762***
		EM <sup>c</sup>	-0,004***	-0,007***	-0,008***	0,024***	-0,005***	-0,012***	-0,012***
	Classe 4	OR <sup>b</sup>	---	---	0,820***	1,582***	1,072***	1,064***	0,777***
		EM <sup>c</sup>	-0,008***	-0,004***	-0,019***	-0,032***	-0,014***	-0,010***	-0,022***
	Classe 5	OR <sup>b</sup>	---	---	0,757***	2,525***	0,959***	0,994	0,979
		EM <sup>c</sup>	-0,007***	0,014***	-0,033***	-0,005***	-0,012***	-0,010***	-0,006***
Obs. (N) <sup>a</sup>		7 394 872		7 394 098	5 554 025	2 240 563	1 379 757	4 906 234	7 191 654
Obs. (n) <sup>a</sup>		2 856 554		2 856 205	2 437 615	1 196 274	846 433	2 220 424	2 799 776

<sup>a</sup> Obs (N) : nombre d'observations sur la période 2009-2012,

Obs (n) : nombre d'individus observés au moins une fois (une année) sur la période 2009-2012.

<sup>b</sup> Probabilité de recours (odds ratio).

<sup>c</sup> Log-dépense (effet marginal). \*\*\* p<0,01 ; \*\* p<0,05 ; \* p<0,1

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

**Exploitation :** Irdes.

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

## E

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

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

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

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

logie, gynécologie, ORL). Il en va de même pour le recours et la dépense de pharmacie. Ces différences avec les témoins sont en fait principalement concentrées dans les centres et les maisons de santé et concernent peu les pôles de santé. Ces plus faibles dépenses en soins spécialisés et pharmacie ne s'accompagnent pas d'une augmentation de la dépense en soins de premiers recours. La dépense est équivalente pour la médecine générale, et si le recours est supérieur pour les soins infirmiers, équivalent pour la masso-kinésithérapie, la dépense des patients qui recourent en maisons et centres de santé est toujours inférieure sinon équivalente (tableau 2a).

### La dépense ambulatoire est d'autant plus réduite que les maisons, pôles et centres de santé sont « intégrés »

Les modélisations du recours et de la dépense ambulatoire des patients par catégorie de soins (tableau 2b) confirment les résultats des statistiques descriptives, bien que l'ampleur des écarts soit moins importante, toutes choses égales par ailleurs. La dépense ambulatoire annuelle moyenne des patients inscrits auprès d'un médecin généraliste traitant des sites ENMR, sur la période 2009 à 2012, est inférieure à celle des témoins de : - 2 % pour les centres de santé (-1 % pour la classe 1 des « centres associatifs », -2,3 % pour la classe 2 des « centres municipaux ») et -0,7 % pour les maisons et pôles de santé (-0,4 % pour les pôles de la classe 3, « moins intégrés », -0,8 % pour les maisons de la classe 4,

« faiblement intégrées », -0,7 % pour les maisons de la classe 5, « plus intégrées »).

Les résultats sur la dépense moyenne de médecine générale sont plus hétérogènes : la dépense est en effet supérieure dans les centres de la classe 1 (+ 0,8 %), inférieure dans ceux de la classe 2 (- 2,8 %), inférieure dans les pôles et maisons de santé de la classe 3 ou 4 (respectivement - 0,7 % et - 0,5 %), supérieure dans les maisons de santé de la classe 5 (+ 1,4 %).

## MÉTHODE

### L'activité : l'échantillon des sites ENMR par classe

L'analyse de l'activité, de la productivité et de l'efficacité technique se fonde sur des comparaisons au niveau des cabinets de groupes pluriprofessionnels pour les cas et isolés pour les témoins. Après élimination des non-répondants ou des observations extrêmes en termes de variables centrales (jours travaillés, nombre de médecins généralistes), l'échantillon est restreint à : 88 sites cas, 25 centres de santé (10 centres de la classe 1 et 15 de la classe 2) 54 maisons de santé et 9 pôles de santé (3 pôles, 3 maisons-pôles et 3 maisons de la classe 3 ; 17 maisons et 2 pôles de la classe 4 ; 33 maisons et 2 pôles de la classe 5), et 1 124 généralistes témoins exerçant isolément.

### Les dépenses : populations d'étude et modalité de constitution des postes

Les résultats présentés ici, pour la période 2009-2012, concernent un sous-échantillon de 94 sites ENMR (29 centres, 55 maisons et 10 pôles) pour lesquels des témoins de médecins généralistes exerçant dans les zones locales témoins ont été construits. Les populations cas et témoins sont constituées des bénéficiaires, ayant recouru au moins une fois à la médecine générale sur une année au cours de la période 2009-2012, inscrits auprès d'un généraliste traitant, exerçant soit dans

La probabilité de recours aux soins infirmiers est nettement majorée dans les maisons et pôles de santé de la classe 5 (OR : 2,5) et dans les centres de santé (OR : 2,6) par rapport à ceux des deux autres classes (OR : 1,5) et comparative-ment aux témoins. La dépense en soins infirmiers, elle, est supérieure dans les maisons et pôles de santé de la classe 3 (+ 2 %), moindre dans ceux des classes 4 (- 3,2 %) et 5 (- 0,4 %), très inférieure pour les centres de santé « associatifs » (- 5 %) et encore plus dans les centres « municipaux » (- 18 %).

La probabilité de recours à la masso-kinésithérapie est nettement supérieure pour les centres de santé « associatifs » (OR : 1,4) et inférieure pour les « municipaux » (OR : 0,6) alors qu'elle est quasi équivalente dans les maisons et pôles de santé selon les classes (OR compris entre 0,9 et 1,1). La dépense, elle, est moindre pour les « centres municipaux » (- 2,6 %), les maisons et pôles de santé des classes 5 et 4 (- 1,2 % et - 1,4 %) et, de façon moins marquée, pour ceux de la classe 3 (- 0,5 %).

La probabilité de recours à des soins spécialisés est plus faible pour les patients des maisons de santé des classes 5 et 4 (OR : 0,7 et 0,8), dans les centre de la classe 1 (OR : 0,7), supérieure dans les centres de

l'un des 94 sites ENMR soit dans une zone locale témoin. Cela représente un échantillon de 342 956 patients-bénéficiaires cas et 2 746 386 témoins observés au moins une fois sur la période, pour un total d'observations sur l'ensemble de la période de 897 056 pour les cas et 7 071 270 pour les témoins. Les données mobilisées sont les remboursements des prestations de soins disponibles dans le DCIR du Sniiram, soit la dépense remboursée par l'Assurance maladie pour la période 2009-2012. Le recours et la dépense sont mesurés selon un regroupement des actes, produits et prestations par grande catégorie. Les catégories de consommation de soins ambulatoires plus particulièrement observées, ainsi que leurs différents niveaux d'emboîtement sont les suivants : une première catégorie porte sur les praticiens (médecins, dentistes et sages-femmes) et pour les médecins sur les omnipraticiens et spécialistes. Pour les spécialistes, les disciplines distinguées sont : pédiatrie, gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique et gynécologie médicale, cardio-vasculaires, endocrinologie et métabolismes, oto-rhino-laryngologie, rhumatologie, radiodiagnostic et imagerie. Une seconde concerne les auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthoptistes et orthophonistes. Une troisième porte sur les biens (biologie, pharmacie, matériel, orthèse et prothèse, optique) et les transports. Enfin des prestations sanitaires et les cures thermales sont distinguées.

la classe 2 (OR : 1,2). La dépense concernant les soins de spécialistes est minorée pour les patients des sites ENMR de 3,2 % pour les maisons et pôles de santé de la classe 5, 2 % pour ceux de la classe 4, et 0,8 % pour ceux de la classe 3 et, respectivement, de 2,8 % pour les « centres municipaux » et 1,6 % pour les « associatifs ».

Enfin, les patients des généralistes des sites ENMR se distinguent par la probabilité d'acquiescer moins de médicaments dans les maisons ou pôles de santé (OR : 0,8), surtout pour les maisons et pôles des classes 3 et 4 (OR : 0,7), et aussi dans les centres de santé (OR 0,5). Les dépenses de pharmacie associées à ces recours sont également minorées (-0,6 % à -2,2 %), de façon plus marquée pour les maisons et pôles de santé de la classe 4 (-2,2 %), comparativement à ceux de ceux de la classe 3 (-1,2 %) ou 5 (-0,6 %), pour les centres « municipaux » (-0,6 %) relativement aux « associatifs » (-1,5 %).

L'économie est donc plus importante pour les classes de maisons de santé que pour les pôles de santé, en raison d'une modération de la dépense en soins de spécialistes, infirmiers et de masso-kinésithérapie plus forte. Parmi les maisons de santé, « les plus intégrées » de la classe 5 se distinguent par la plus grande modération de la dépense de spécialistes, celles « des moins intégrées », de la classe 4, par une modération plus marquée de la dépense de pharmacie.

Ces résultats valident l'hypothèse selon laquelle l'intégration pluriprofessionnelle des soins et services de première ligne est génératrice de gains d'efficacité en matière de dépense ambulatoire, comparativement à l'exercice standard. Les caractéristiques de proximité physique, la colocalisation sur un même lieu, conjuguée à d'autres dimensions de l'intégration, comme la coordination et la coopération pluriprofessionnelles sont donc associées à une moindre dépense ambulatoire.

\* \* \*

A qualité et durée de consultation donnée, avec des caractéristiques de la clientèle limitées, nous mettons donc en évidence une productivité supérieure ou équivalente et des dépenses des patients assurées moindre entre les structures regroupées pluriprofessionnelles et les cabinets isolés. Selon une analyse de différence de différences développée dans le rapport (Mousquès, Bourgueil *et al.*, 2014) et non présentée ici, ces résultats tiennent presque essentiellement aux différences initiales observées entre sites regroupés pluriprofessionnels ou non et ne sont donc

pas directement imputables à l'entrée dans les ENMR. En outre, même si ces estimations sont réalisées à partir de tailles d'échantillons de patients conséquentes, le nombre de sites par classe reste modeste, surtout pour les classes de pôles de centres de santé.

Un prochain article s'intéressera à la qualité des soins et services rendus, ce qui permettra de tirer un bilan de l'impact du regroupement pluriprofessionnel en matière d'efficacité. ♦

## 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.
- Brilleman S.L., Gravelle H., Hollinghurst S., Purdy S., Salisbury C., Windmeijer F. (2014). "Keep it Simple? Predicting Primary Health Care Costs with Clinical Morbidity Measures". *Journal of Health Economics*, 35, pp. 109-122.
- 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.
- 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.
- Martin S., Smith P.C., Dusheiko M., et al. (2011). *Do Quality Improvements in Primary Care Reduce Secondary Care Costs?* London: The Health Foundation, 58 p.
- Mousquès J. (2011). Le regroupement des professionnels de santé de premier recours : quelles perspectives économiques en termes de performance in *Le métier de médecin*, ed. Grignon M., *Revue Française des Affaires sociales*, n°2-3, pp. 254-275.
- Mousquès J., Daniel F. (2015). « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité et l'efficacité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) », *Irdes, Questions d'économie de la santé* à paraître.
- Mousquès J., Bourgueil Y. avec les contributions de Afrite A., Cartier T., Chevillard C., Couralet P.-E., Daniel F. et Lucas-Gabrielli V. (2014). « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 ». *Rapport de l'Irdes* n° 559, décembre.
- Shi L. (2012). The impact of primary care: a focused review. *Scientifica* (Cairo), 2012, article ID 432892, 22 p.
- Strumpf E., Ammi M., Diop M., Fiset-Laniel J., Tousignant P. (2014). "The Impacts of Team-Based Primary Care on Health Care Services Utilization and Costs: Quebec's Family Medicine Groups". *Communication, Séminaire "Les Mardis de l'Irdes"*, Irdes, 1<sup>er</sup> juillet, Paris.

**IRDES**

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

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek •

Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : TCH Réalisation (Boulogne-Billancourt, 92) •

Dépôt légal : septembre 2015 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.