

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

---

Lille Février 2011

Dr Yann Bourgueil

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

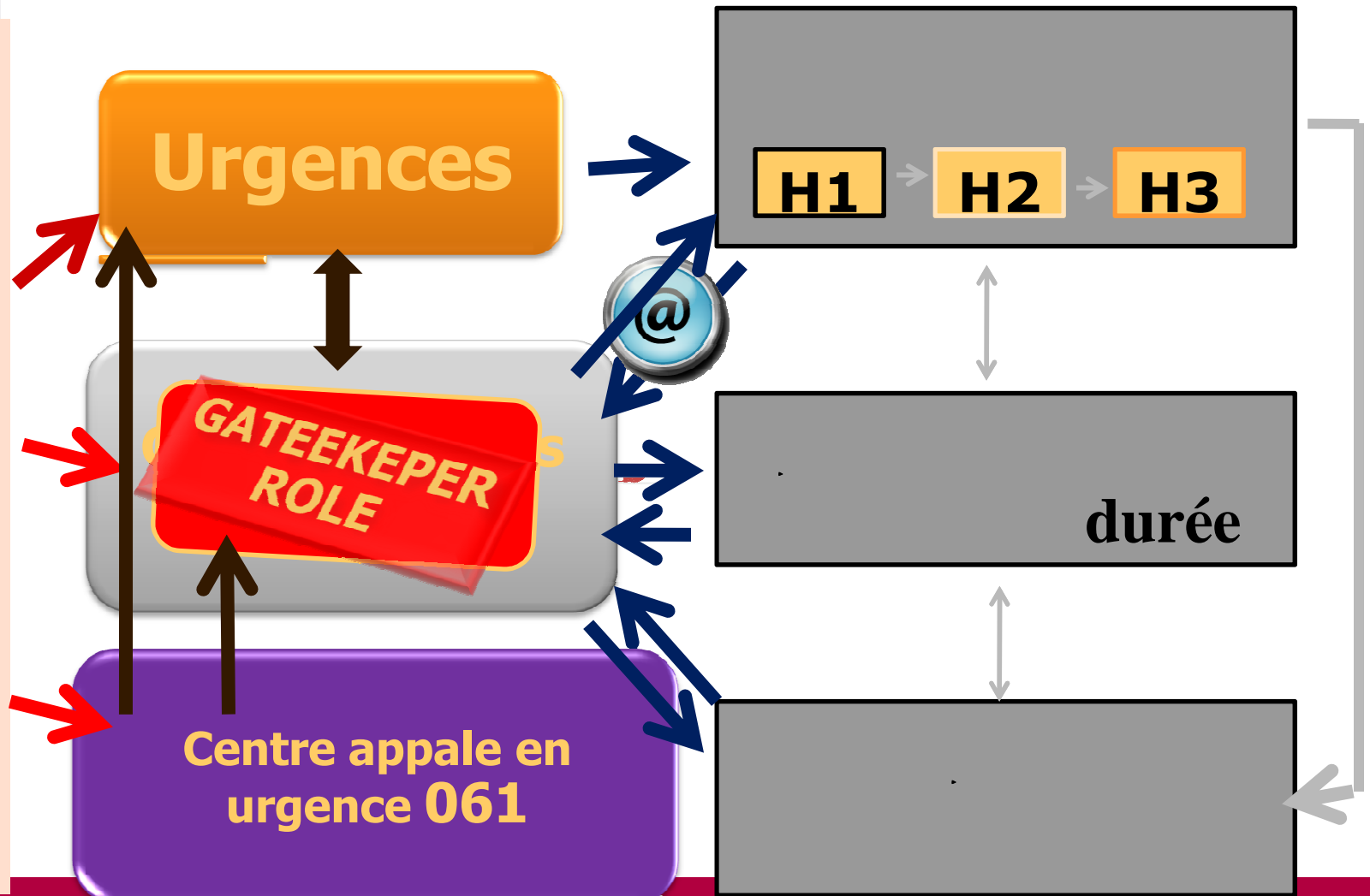
# Trois modèles types de soins primaires

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

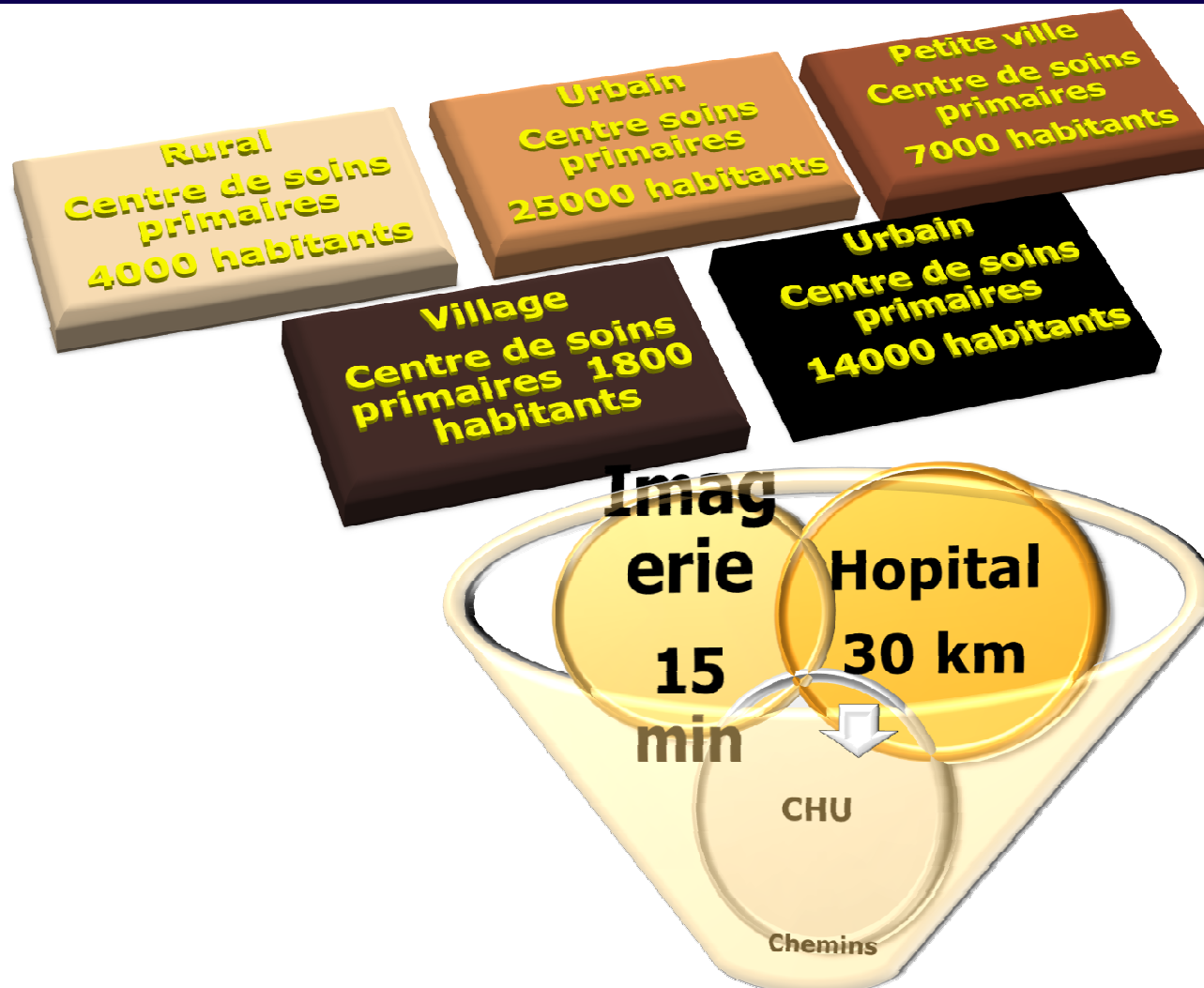
# Trois modèles types de soins primaires

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

# Systeme Catalan de santé

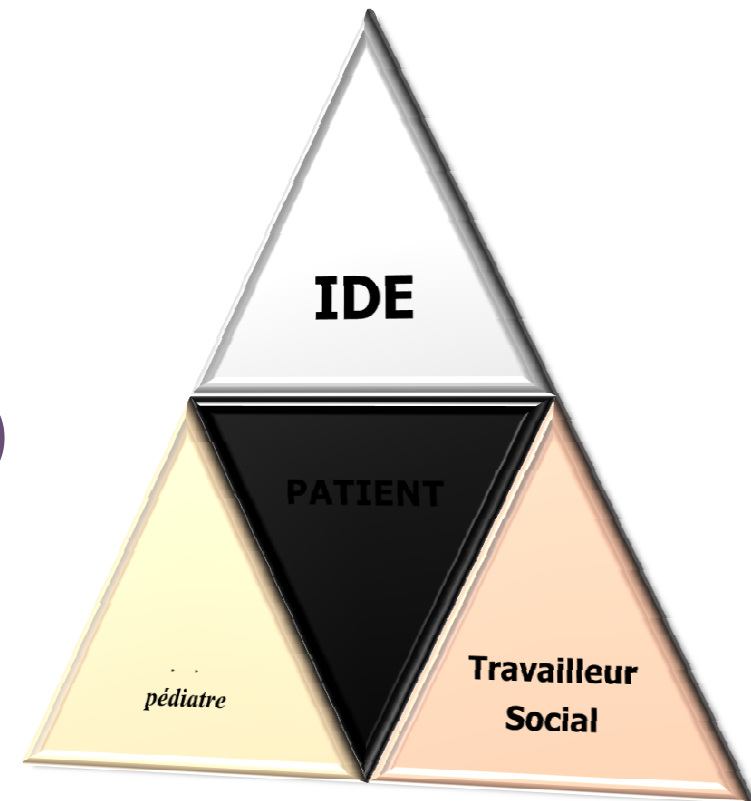


# Systeme catalan de santé



# Systeme Catalan de Santé : Equipe de soins primaires

- Gatekeepers
- Equipe multidisciplinaire
  - MG(>15 ans)
  - Pediatre (0 à 14 ans)
  - IDE
  - Dentiste
  - Travailleur social





# Systeme Catalan de Santé





## Les soins primaires au Royaume Uni

- Un SNS centralisé dans la collecte des ressources et dans l'organisation et la planification, un panier de soins et services étendue et avec un faible co-paiement
- Un rôle fort historiquement dévolu au SP et au MG dès 1946 (*gatekeeping*)
- Peu de modification majeur entre 1948 et le début des années 1980
- Mais une enveloppe des SP qui croit plus rapidement que celle des soins spécialisés (croissance annuelle moyenne 78-98: 3.7 vs 2.9)
- Mais un développement croissant des soins infirmiers communautaire, des groupes et des centres de santé
- Mais un investissement dans les structures de recherche sur les SP depuis le début des années 80s

## Les soins primaires au RU: éléments systémiques « nouveaux »

---

- Une extension des rôles dévolus au MG
- Une responsabilité de l'organisation et du financement des SP dévolue aux autorités locales avec une allocation des ressources Etat (Trésor/DOH)-Régional-(10 SHAs)-local (303 PCTs) pondérée selon les « besoins »
- Une accélération de l'investissement dans le NHS et les Soins Primaires depuis 1998
- Une extension de la politique favorisant le regroupement et le travail en équipe (8433 GPPs)
- La mise en place d'une politique de contractualisation selon la qualité/performance (*GP contract* de 1990 & dépistage/vaccination -> PMS 1998 -> QOF&P4P 2004)

## Les soins primaires au RU: éléments systémiques « nouveaux »

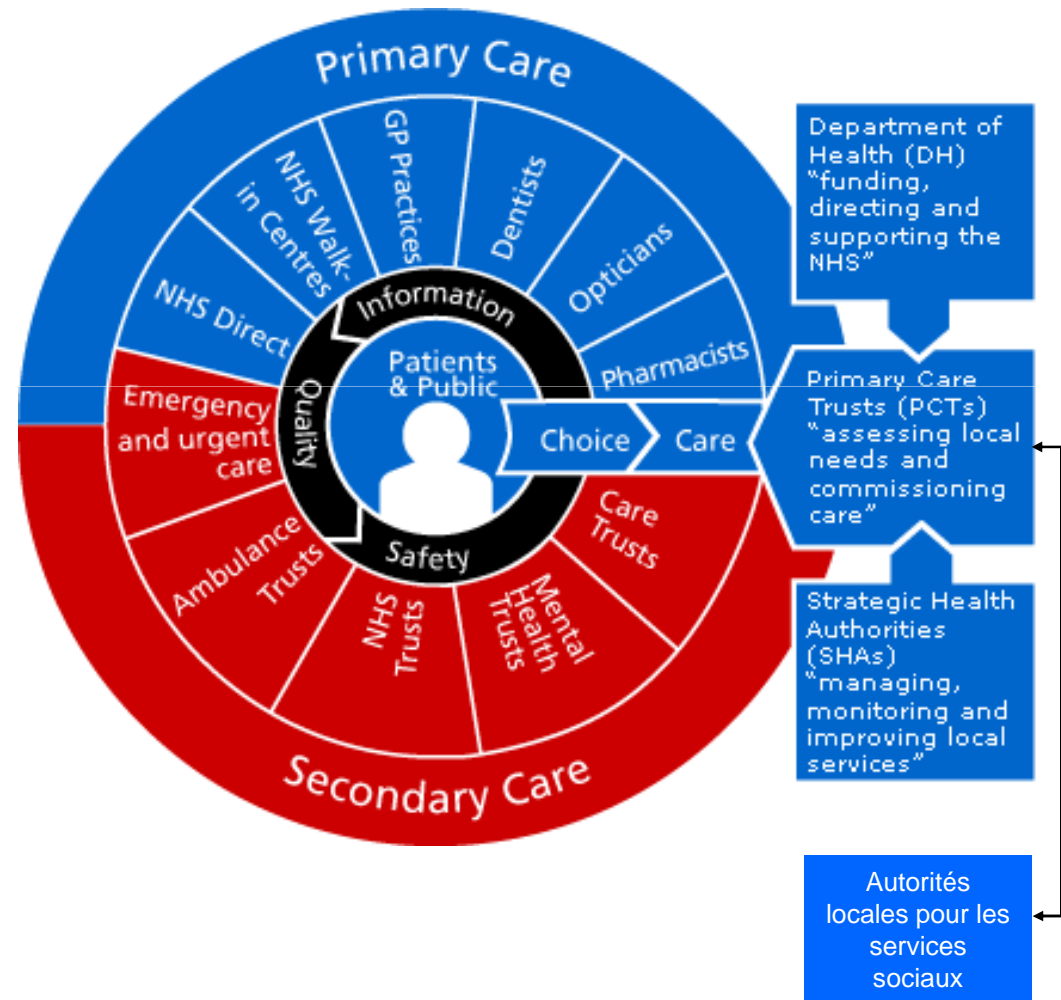
- New GMS-contract: conventionnement auprès d'un groupe sur une gamme de soins et services précis (expérimentation :1998; généralisation:2004)
- Paiement à la performance QOF: supplément de rémunération jusqu'à 30% du budget initial en contrepartie d'amélioration de la performance et la qualité des soins (ex: taux de diabétique suivi selon les référentiels...)
- Practice based commissioning (96% des GPPs participent au PBC): gestionnaire de budget pour l'achat de soins 2dre (au mieux équilibre sur 3 ans, pas responsable des dépassements, investissement des éventuels surplus dans GPP)

## Les soins primaires au RU: le Quality and Outcomes Framework (QOF)

- 146 indicateurs et système d'attribution de points en cas de l'atteinte de l'objectif, avec un maximum de 1050 points
- 76 indicateurs cliniques dans 11 domaines : maladie coronarienne, insuffisance cardiaque, AVC ou AIT, hypertension, diabète, BPCO, épilepsie, hyperthyroïdie, cancer, santé mentale et asthme) => 550 points.
- 56 indicateurs organisationnels dans 5 domaines : système information/dossier patient, communication/information des patients (urgence...), FMC, procédure de qualité (cabinet et médicament) => 184 points
- 4 indicateurs de satisfaction des "patients": étude de satisfaction et temps d'attente => 100 points
- 10 indicateurs de délivrance de services additionnels dans 4 domaines spécifiques: frotti du col, suivi des enfants, suivi de la grossesse, suivi de la contraception => 36 points

## Les soins primaires au RU: éléments organisationnels

- Définition des professionnels et des services/structures couvrant les SP: une gamme de soins et services étendue
- Organisation spécifique pour l'urgence
- GP gatekeeper et responsable d'une population au niveau local (liste)
- GPP/PCT, notamment les infirmières, assurent la coordination (sanitaire et social)



## Vers une hybridation des modèles

---

- Pratiques en équipes/groupes
- Modes de rémunérations mixtes (actes, forfait, capitations)
- Services spécialisés en proximité
- Prendre en charge les patients aux multiples problèmes au long cours
- Rapprochement médical et social
- Place croissante réelle ou souhaitée des nouvelles technologies de l'information

# La France un modèle professionnel historiquement non hiérarchisé

---

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

# La France un modèle professionnel non hiérarchisé en évolution

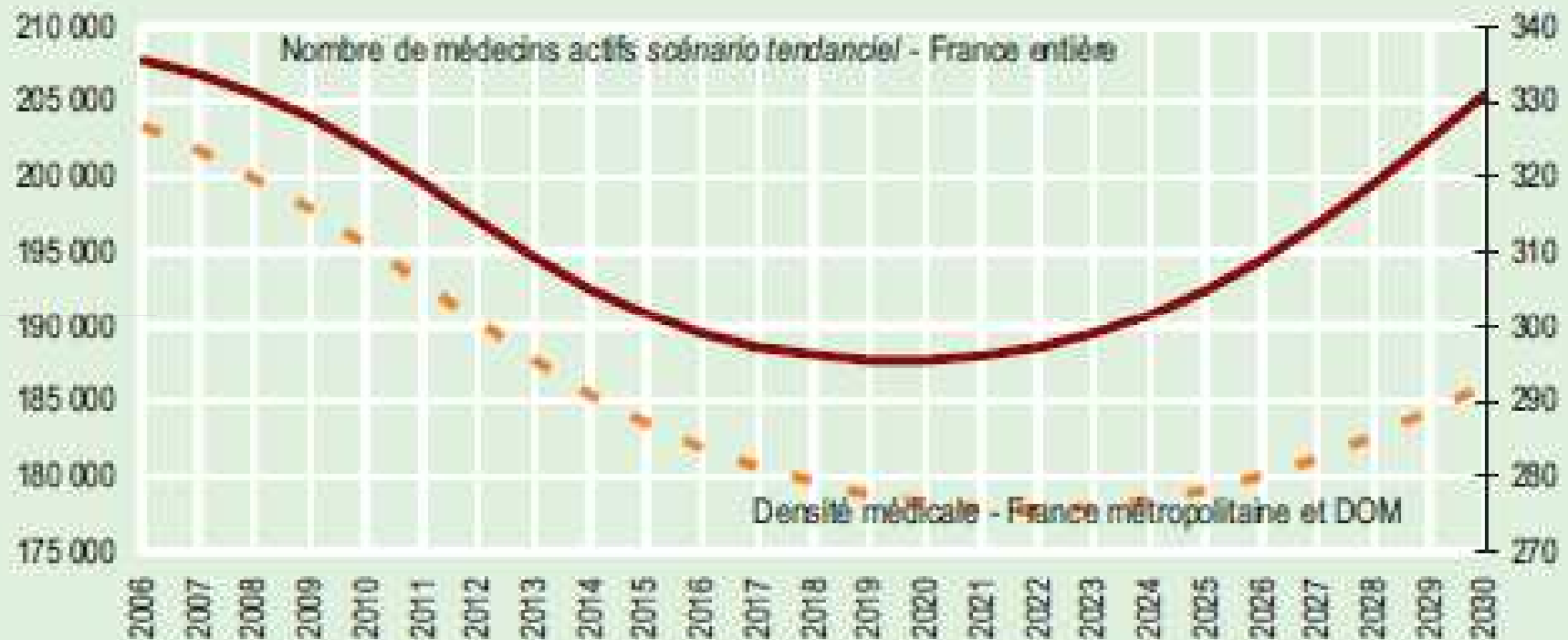
---

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

---

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

# Maisons, pôles, centres de santé pluridisciplinaires

---

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

# Les formes d'exercice collectives en ambulatoires

---

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

# Les formes d'exercice collectives en ambulatoires

---

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

## Cabinets de groupes

---

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



# Les formes d'exercice collectives en ambulatoires

---

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

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

---

**novembre 2009**

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

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

- Difficultés d'attraction et de maintien des PS en zones déficitaires
- Intérêt des PS pour de nouvelles formes d'organisation
- Contexte politique:
  - EGOS
  - Expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération des PS
  - Loi HPST

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

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

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

# Les ZLT (Zone Locale Témoin)

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

T1

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

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

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

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

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

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



# Résultats enquête structure : historique du projet (1)

---

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

## Résultats enquête structure : historique du projet (1)

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

# Résultats enquête structure : locaux et niveau d'équipement

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

# Résultats enquête structure : informatisation

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

# Accessibilité

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

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

## Plus de jeunes, plus de femmes

- **Les PS:**

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

- **Sexe:**

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

- **Moyenne d'âge :**

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

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

## Activité des PS: Actes techniques déclarés

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

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



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

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

Référence (le fur et ali)

60 H/sem

52 H/sem

T1

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

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

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

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

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

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

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

T2

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

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

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

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

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

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

---

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

# Caractéristiques des patients

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

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

T4

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

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

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

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

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

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

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

T3

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

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

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

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

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

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

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

## Conclusion (1)

---

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



## Conclusion (2)

---

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

# Limites et perspectives

## ■ Les limites :

- Pour les ZLT: tous les MG sont « considérés » comme solo
- Pour les dépenses et les pratiques des MSP:  
Taille de l'échantillon => exploratoire  
Pas d'analyse des pratiques et dépenses en avant-après  
Pas de contrôle des caractéristiques des MG et de leurs influence sur les pratiques
- Pour les patients/assurés: absence de données cliniques et socio-éco étendues

## ■ Perspectives

- Financement des structures dans le cadre des expérimentations de rémunération: coopération, système information, éducation thérapeutique...
- Analyser la nature des différences entre MSP

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

---

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

# Quelques références accessibles sur le WEB

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

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

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

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

[Bourgueil Y.](#), Clément M.-C., Couralet P.- E., [Mousquès J.](#), [Pierre A.](#) Questions d'économie de la santé Irdes n° 147. 2009/10 [Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne.](#)

[Bourgueil Y.](#), [Le Fur P.](#), [Mousquès J.](#), [Yilmaz E.](#) [La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2.](#) Questions d'économie de la santé Irdes n° 136. 2008/11

Baudier F., [Bourgueil Y.](#), [Evrard I.](#), Gautier A., [Le Fur P.](#), [Mousquès J.](#) [La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009.](#) Questions d'économie de la santé Irdes n° 157. 2010/09.

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