

Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne

Yann Bourgueil^{a,b}, Marie-Caroline Clément^a, Pierre-Emmanuel Couralet^a,
Julien Mousquès^{a,b}, Aurélie Pierre^{a*}

^a Irdes

^b Prospere, Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours

Les maisons de santé pluridisciplinaires, qui regroupent dans un cadre d'exercice libéral des professionnels médicaux et paramédicaux, se développent un peu partout en France. Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, cette forme d'organisation est perçue comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, moderne et de qualité, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels.

Une évaluation exploratoire de neuf maisons de santé pluridisciplinaires menée dans les régions de Franche-Comté et de Bourgogne confirme que ces structures, comparées à la pratique moyenne en médecine générale, permettent un meilleur équilibre entre vie personnelle et cadre d'exercice des professionnels. Les maisons de santé pluridisciplinaires présentent d'autres avantages : une plus grande accessibilité horaire, une coopération effective entre les professionnels – notamment entre généralistes et infirmières –, une gamme étendue de l'offre de soins.

La qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 semble également meilleure dans les maisons de santé pluridisciplinaires malgré la forte hétérogénéité des résultats. À ce stade, on ne peut conclure à l'augmentation ou à la réduction des dépenses de soins de ville des patients suivis en maisons de santé pluridisciplinaires.

En médecine de ville, les modes d'exercice en groupe des professionnels de santé sont de nouveau à l'ordre du jour, soit sous le vocable ancien de centres de santé [Acker, 2007], soit, plus récemment, de pôles de santé et de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) [Baudier, Jeanmaire, 2009]. Ces dernières, qui nous intéressent ici, regroupent sur un même lieu et dans un cadre d'exercice libéral des professionnels médicaux et paramédicaux.

Les maisons de santé pluridisciplinaires se développent un peu partout sur le terri-

toire et sont l'objet de forts soutiens sur les plans politique et financier. Certaines reçoivent des aides à l'investissement et/ou au fonctionnement provenant d'acteurs multiples tels que l'Union européenne, l'État, l'Assurance maladie ou les régions (Fonds européen pour le développement rural, Fonds d'innovation pour la qualité des soins de ville, Groupement régional de santé publique, etc.). Plus récemment, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale de 2008 [PLFSS, 2008] a souligné l'importance des maisons de santé pluridisciplinaires, aux côtés des centres de santé et des pôles de santé, dans l'expéri-

mentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. Cette expérimentation est mise en œuvre dans six régions (Franche-Comté, Lorraine, Bretagne, Rhône-Alpes, Île-de-France et Bourgogne), auprès de sites volontaires.

On prête aux maisons de santé¹, comme aux autres formes d'exercice en groupe,

¹ Dans la suite du texte, on utilisera l'expression « maisons de santé » plutôt que « maisons de santé pluridisciplinaires ».

* Ce travail a été réalisé avec la contribution active de : Magali Coldefy, Vincent Griffond, Nelly Le Guen, Véronique Lucas-Gabrielli, Michel Naiditch et Nicolas Krucien.

la capacité de répondre simultanément aux défis posés par la baisse attendue du nombre de médecins et l'évolution de la demande de soins. Dans un contexte où l'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins en médecine de ville risque d'être accentuée par les évolutions démographiques et sociologiques des professionnels de santé [Attal-Toubert, Vanderschelden, 2009], l'exercice en groupe est perçu comme un moyen de maintenir une offre de santé sur le territoire, tout en améliorant les conditions de travail [Aulagnier *et al.*, 2007] et en garantissant des soins de qualité à l'ensemble de la population.

De plus, en favorisant la collaboration de professionnels médicaux et paramédicaux, les maisons de santé présenteraient l'avantage d'adapter l'offre de soins – orientée surtout vers les soins curatifs

pour des problèmes aigus – aux nouveaux besoins de santé liés au développement des pathologies au long cours. La qualité du suivi des patients chroniques et l'efficacité de leur prise en charge seraient ainsi améliorées dans ces structures [Bras, Duhamel, Grass, 2006].

Néanmoins, dans le cadre du seul paiement à l'acte, des craintes subsistent sur le caractère potentiellement inflationniste des maisons de santé, les professionnels regroupés pouvant être conduits à développer une activité non justifiée médicalement, soit pour maximiser leurs revenus individuels, soit pour équilibrer les charges de fonctionnement induites par l'exercice en équipe pluridisciplinaire (locaux, équipement, temps d'échanges).

Le fonctionnement des maisons de santé est étudié ici dans les deux régions de Franche-Comté et de Bourgogne,

Cette évaluation des maisons de santé a été menée dans les régions Franche-Comté et Bourgogne, à l'initiative de la Direction de la stratégie, des études et des statistiques de la Cnamts. L'ensemble du projet a été élaboré et piloté par l'Irdes en partenariat avec la Cnamts, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) des deux régions, la Fédération nationale des maisons de santé, les fédérations régionales des maisons de santé de Franche-Comté (Femasac) et de Bourgogne. Les professionnels des maisons de santé ont activement pris part au recueil des données en répondant, pour la plupart, aux questionnaires individuels et en participant aux rencontres collectives et aux entretiens individuels sur chacun des sites. Les résultats ont été présentés et discutés à deux reprises, au fur et à mesure de leur production, avec l'ensemble des membres des comités de pilotage à Paris en 2008, ainsi qu'en Bourgogne et en Franche-Comté en 2009.

SOURCES

Champ global d'analyse

Toutes les maisons de santé ouvertes en Bourgogne et en Franche-Comté au 1^{er} janvier 2008, dans lesquelles exerçaient au moins un couple médecin généraliste - infirmière et une troisième profession médicale ou paramédicale sont analysées, soit 9 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), 105 professionnels de santé, dont 32 médecins généralistes. Les patients inscrits « médecin traitant » qui ont recouru à ces MSP entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2007 sont également examinés. L'étude des MSP et des dépenses de leurs patients s'est appuyée sur une analyse qualitative détaillée des structures et des professionnels y exerçant (enquête structure) et a été associée à une évaluation quantitative (mobilisant les données de facturation de l'Assurance maladie) qui vise à comparer les MSP aux cabinets traditionnels de médecine générale implantés dans l'environnement de la MSP.

L'analyse qualitative : une enquête « structure »

Les données de l'enquête qualitative, ne concernant que les MSP, ont été recueillies à l'aide de questionnaires « structure » et « professionnel ». Ces questionnaires recueillent des informations sur les services offerts, l'accessibilité, la coopération entre les professionnels de santé, l'histoire de la création de la structure, etc. L'enquête qualitative a ensuite été complétée par les visites des MSP effectuées par deux enquêteurs entre juin et septembre 2008, ainsi que par des entretiens en face-à-face auprès des professionnels de santé présents. Au total, sur les 105 professionnels exerçant au sein des 9 MSP de l'échantillon, 71 ont répondu aux questionnaires.

L'analyse quantitative

Les données quantitatives alimentent trois niveaux d'analyse : les MSP, les professionnels de santé et les patients. Il s'agit de comparer les caractéristiques sociodémographiques et de recours aux soins d'une population « cas » à celles d'une population « témoin ».

Une comparaison ici/ailleurs

La population « cas » correspond aux MSP de Franche-Comté et de Bourgogne ouvertes au 1^{er} janvier 2008, ainsi qu'aux patients dont le médecin traitant exerce dans une de ces MSP. La population « témoin » correspond aux médecins généralistes (ainsi qu'à leurs patients inscrits « médecin traitant ») n'exerçant pas dans l'une de ces MSP mais dans une zone locale témoin propre à chaque MSP. En l'absence d'information sur leur mode d'exercice, les médecins généralistes témoins sont considérés comme exerçant en cabinet solo. Ces zones constituent des échantillons locaux de médecins et de patients « comparables » et de taille suffi-

sante. La zone locale témoin (ZLT) correspond à la zone d'attractivité de la MSP formée des communes dans lesquelles plus de 10 % des actes médicaux ont été réalisés par les médecins de l'établissement. À celles-ci s'ajoutent les communes dont les actes dispensés à leurs résidents représentaient plus de 10 % de l'activité normale d'un médecin de la MSP. Afin d'augmenter la taille des effectifs, les communes limitrophes ont été associées.

Sources

Les données « quantitatives » ont été extraites de deux bases de données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) pour l'année 2007 :

- Snir-PS : base du Système national d'information inter-régimes des professionnels de santé qui rend compte de l'activité agréée (pour tous les régimes d'assurance maladie) de chaque professionnel de santé libéral. Elle permet une analyse par professionnel de santé ;
- Erasme : base qui contient les caractéristiques du bénéficiaire, date d'exécution du soin, PS exécutant, PS prescripteur, dépense de toutes les prestations en ambulatoire enregistrées auprès du Régime général (RG) et des sections locales mutualistes (SLM). Elle permet une analyse par patient.

Échantillon final

L'extraction des volumes d'activité des professionnels de santé et des consommations de leurs patients a porté sur douze mois à compter du 1^{er} janvier 2007. L'une des MSP ayant ouvert ses portes en décembre 2007, la population « cas » (tableau 1) se compose de 8 des 9 MSP initiales, au sein desquelles 32 médecins généralistes exerçaient au 31 décembre 2007. Les bénéficiaires affiliés au Régime général (ou aux sections locales mutualistes) ayant consulté au moins une fois en 2007 l'un des généralistes des 8 MSP, et étant inscrits auprès d'un médecin traitant de la MSP, sont au nombre de 14 169. La population « témoin » se compose de 229 médecins généralistes et de 101 764 bénéficiaires affiliés au Régime général (ou à une section locale mutualiste) ayant consulté l'un des médecins de la zone témoin en 2007 et dont le médecin traitant exerce dans cette zone témoin.

Pour l'analyse des dépenses, sont retenus les patients ayant consulté au moins une fois en médecine générale et sont exclus ceux dont les dépenses totales et/ou de médecine générale étaient négatives ou nulles. L'analyse des dépenses est donc réalisée sur 14 139 patients « cas » et 101 125 patients « témoins ».

Enfin, pour l'analyse de la qualité de suivi des diabétiques, l'échantillon est composé des patients ayant acquis au moins une fois des antidiabétiques oraux au cours de la période considérée (et donc assimilés diabétiques de type 2), soit 842 patients « cas » et 6 373 patients « témoins ».

qui soutiennent activement leur développement. Plus précisément, la spécificité de neuf maisons de santé est évaluée au regard de la pratique moyenne en médecine générale. L'activité des professionnels, le suivi et le recours aux soins des patients des maisons de santé sont comparés à ceux d'une zone locale témoin, définie pour chaque maison de santé. Associant une analyse qualitative à une analyse quantitative (encadré méthode), cette étude a pour objectif de tester certaines des hypothèses couramment avancées, en répondant aux questions suivantes : les maisons de santé offrent-elles à la fois une bonne accessibilité aux soins pour les assurés et des conditions de travail satisfaisantes pour les professionnels ? Favorisent-elles une offre de soins et de services plus large, et des soins de meilleure qualité ? Et, enfin, génèrent-elles des dépenses plus importantes ?

Des projets similaires dans des contextes différents

Parmi les neuf maisons de santé considérées, deux ont été créées dans les années

1970-1980 (MSP 1 et 5), initialement pour faciliter l'accès aux soins et la qualité de la relation médecin-malade. Les sept autres ont été créées dans les années 2000 et disposent toutes d'un projet plus ou moins formalisé, la formalisation écrite étant souvent induite par la demande de subvention pour l'investissement ou le fonctionnement. Les objectifs le plus souvent mis en avant par ces maisons de santé sont, d'une part, l'amélioration de la qualité des soins et le développement d'une prise en charge globale et multidisciplinaire (7 MSP/7), d'autre part, l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire (6/7) et, enfin, l'amélioration des conditions de travail (4/7).

Ces disparités de projet se reflètent également, parmi les sept maisons de santé récentes, dans les modalités de financement initial de ces structures. Deux cas de figure prédominent : soit un financement intégral par les professionnels de santé qui en sont propriétaires (MSP 2 et 6), soit un financement partiel ou total par les collectivités territoriales (MSP 3, 4, 7, 8 et 9). Dans le premier cas, les deux maisons de santé concernées sont de taille impor-

tante (tableau 1), regroupent un nombre élevé de professionnels et sont situées dans un environnement concurrentiel, dans des zones à densité médicale non problématique. Dans le second cas, les cinq maisons de santé, généralement de taille plus modeste, ont été créées avant tout pour maintenir une offre de soins sur le territoire. Elles réunissent l'ensemble des professionnels de proximité, dans un environnement non concurrentiel. Les professionnels versent un loyer à l'association gestionnaire pour la collectivité locale et la plupart ont reçu des subventions pour l'aménagement, l'équipement et le fonctionnement initial. Dans l'une d'entre elles (MSP 7), située en zone déficitaire, les médecins bénéficient d'une majoration de leurs actes de 20 %.

Une plus grande accessibilité horaire des maisons de santé pluridisciplinaires

L'accessibilité aux soins a été évaluée à partir de plusieurs facteurs : le nombre d'heures et jours d'ouverture constatés,

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 ²	303	196	-
	ZLT	10 3432	42 148	106	-	-	-	-	-	-	186
Zone 2	MSP	4 813	1 802	4	17	3	10	750 m ²	310	186	-
	ZLT	11 395	4 804	10	-	-	-	-	-	-	205
Zone 3	MSP	1 543	559	2	3	2	3	431 m ²	254	142	-
	ZLT	26 655	12 057	25	-	-	-	-	-	-	194
Zone 4	MSP	2 468	1 183	2	4	2	5	409 m ²	281	206	-
	ZLT	5 281	2 590	6	-	-	-	-	-	-	162
Zone 5	MSP	3 479	1 463	4	6	2	5	330 m ²	307	193	-
	ZLT	8 323	3 469	9	-	-	-	-	-	-	184
Zone 6	MSP	8 165	2 648	6	13	5	5	800 m ²	358	189	-
	ZLT	48 743	23 289	50	-	-	-	-	-	-	183
Zone 7	MSP	1 391	718	2	4	3	3	200 m ²	233	81	-
	ZLT	8 249	3 966	9	-	-	-	-	-	-	164
Zone 8	MSP	3 703	1 700	3	10	2	9	600 m ²	301	222	-
	ZLT	18 943	9 441	14	-	-	-	-	-	-	211
Zone 9	MSP	Données manquantes		5	6	2	4	443 m ²	Données manquantes		
	ZLT			-	-	-	-	-			
Toutes zones confondues*	MSP	35 198*	14 169*	32	60	21	11	-	293	177	-
	ZLT	231 021*	101 764*	229	-	-	-	-	-	-	186

* 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^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007, sauf pour la zone 3 (du 1^{er} mars 2007 au 28 février 2008) et la zone 7 (du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008).

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

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^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007, sauf pour la zone 3 (du 1^{er} mars 2007 au 28 février 2008) et la zone 9 (du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008).

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

le temps de travail déclaré par les généralistes et le pourcentage annuel de jours où aucun acte n'a été réalisé par les généralistes (tableau 1).

Les maisons de santé sont ouvertes toute l'année, 5,5 jours en moyenne par semaine et 11 heures 30 par jour. L'une d'entre elles est ouverte 7 jours sur 7, tous les jours de l'année. L'amplitude est plus importante que celle constatée pour les autres formes d'exercice en médecine générale, même si les références à ce sujet restent peu nombreuses [Aulagnier *et al.*, 2007]. Néanmoins, le nombre estimé de jours d'ouverture par an (c'est-à-dire au cours desquels dix actes ont été réalisés par au moins un des généralistes) semble montrer que les maisons de santé sont plus accessibles. Ce nombre reste en effet toujours largement supérieur à celui des généralistes témoins : entre 254 et 358 jours pour les maisons de santé et entre 162 et 211 pour la zone témoin.

Cette plus grande accessibilité pour les patients n'a pas pour contrepartie un temps de travail majoré pour les généra-

listes des maisons de santé : ceux-ci déclarent un temps de travail hebdomadaire clinique moyen de 40 heures (un quart dit travailler moins de 34 heures et un quart plus de 46 heures) auxquelles s'ajoutent en moyenne 6 heures de travail administratif. Le temps de travail hebdomadaire des généralistes exerçant en maisons de santé est donc inférieur à celui rapporté dans les enquêtes récentes, tous généralistes confondus, qui se situe entre 52 et 60 heures par semaine [Le Fur *et al.*, 2009]. En moyenne, les généralistes des maisons de santé déclarent travailler huit demi-journées par semaine, sans compter la permanence des soins. Les données issues des bases de l'Assurance maladie montrent qu'en moyenne, ces médecins travaillent 9 jours de moins que ceux de la zone locale témoin. Par ailleurs, le nombre de journées travaillées sur l'année est très variable entre les médecins des maisons de santé, traduisant des temps choisis différents.

Dans les maisons de santé, cette meilleure accessibilité aux soins, conjuguée à des conditions de travail satisfaisantes pour les professionnels, s'explique par le

partage de la charge de travail entre les généralistes. Au sein d'une maison de santé, la proportion des actes effectués par un autre généraliste que le généraliste traitant est de 28 % en moyenne et varie de 12 % à 43 % selon les maisons de santé (tableau 2). Par ailleurs, le recours préférentiel des patients auprès des généralistes de la maison de santé est toujours plus élevé que pour les généralistes témoins (tableau 2, colonne « A+B »). Au total, trois types de maisons de santé peuvent être distingués : d'une part, celles dont la mise en commun des patients est limitée (inférieure à 15 % des actes), ces derniers ayant rarement recours à des actes médicaux en dehors de la maison de santé (MSP 4, 7 et 8) ; d'autre part, celles dont la mise en commun des patients est importante (de 27 à 43 %), ces derniers ayant rarement recours à des soins médicaux à l'extérieur (MSP 2, 3, 5 et 6) ; enfin, celle dont la mise en commun des patients est intermédiaire (23 %) et pour lesquels le recours aux soins médicaux à l'extérieur est plus élevé (MSP 1), probablement en raison d'une offre de soins environnante importante.

Une composition professionnelle et un niveau d'équipement hétérogènes...

Les structures visitées sont très hétérogènes en termes de taille, de composition professionnelle et de niveaux d'équipement (tableau 1). Le nombre de professionnels de santé exerçant au sein des maisons de santé varie de 5 à 21. Les modalités et le temps de présence sont très hétérogènes, d'une demi-journée toutes les deux semaines à un temps plein. Les médecins généralistes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes exercent le plus souvent à temps plein. Selon les maisons de santé, le nombre de professions ou disciplines médicales varie de 3 à 10. Par ordre décroissant, on trouve en premier lieu les infirmières, puis les professions suivantes : masseur-kinésithérapeute (5 MSP sur 9), podologue-pédicure (5 sur 9), diététicien (5 sur 9), orthophoniste (4 sur 9), psychologue (4 sur 9), dentiste (3 sur 9), sage-femme (2 sur 9), médecin spécialiste (2 sur 9) et orthoptiste (1 sur 9). On dénombre entre 2 et 9 généralistes et entre 2 et 5 infirmières diplômées d'État par maison de santé (tableau 1). Les maisons de santé sont donc bien pluriprofessionnelles ; elles sont par ailleurs toutes dotées d'un secrétariat.

En termes d'équipement, les locaux sont généralement neufs et accessibles aux personnes handicapées. Les maisons de santé disposent d'un système d'information performant : le dossier médical est informatisé² et partagé en réseau entre les généralistes. Pour les autres professionnels de santé, l'accès aux dossiers passe par l'intermédiaire du secrétariat. Un système de messagerie interne et l'accès à Internet sont également disponibles.

... avec une coopération interprofessionnelle effective...

La collaboration entre les professionnels est bien observable au sein des maisons de santé, notamment entre les médecins et les infirmières. Celle-ci passe surtout

² Sauf pour une maison de santé dont le dossier est commun à tous les professionnels mais sous format papier.

MÉTHODES STATISTIQUES

Analyse de l'accessibilité des maisons de santé pluridisciplinaires et du temps de travail des médecins

Les données relatives à l'enquête « structure » ainsi que les extractions issues des bases de l'Assurance maladie reflétant l'activité des médecins (actes de consultations, prescriptions médicamenteuses, actes infirmiers, etc.) sont analysées par des statistiques descriptives.

Analyse de la dépense de la patientèle et de la qualité de suivi des diabétiques

Les données extraites des bases de l'Assurance maladie et relatives à la patientèle sont modélisées à travers des régressions multivariées permettant d'étudier si la qualité de suivi des diabétiques et les dépenses des assurés, dont le médecin traitant/généraliste exerce dans une maison de santé pluridisciplinaire (MSP), sont significativement différentes de celles des diabétiques dont le médecin traitant/généraliste exerce dans un cabinet traditionnel, indépendamment des effets de confusion observés. Il s'agit d'isoler l'effet propre des MSP, « toutes choses égales par ailleurs ».

Deux types de modèles sont présentés : le premier (M1) teste l'existence d'un « effet global » MSP, toutes zones confondues. Seule l'indicatrice « médecin traitant exerçant dans une MSP » est analysée indépendamment des effets de confusion. Le second (M2) teste l'existence d'un effet MSP zone par zone en croisant la variable « médecin traitant exerçant dans une MSP » avec les indicatrices « zone 1, zone 2, ..., zone 9 ». Tous les effets croisés (hors effets de confusion) sont analysés.

Analyse des dépenses

- Effets de confusion pris en compte : âge, sexe, CMU, zone d'implantation, affections de longue durée (ALD), hospitalisation.
- Modèles multivariés utilisés :
 - les dépenses totales de soins de ville et de médecine générale sont analysées à travers des régressions linéaires du logarithme de la dépense ;
 - les dépenses de soins infirmiers et de pharmacie sont modélisées en 2 étapes. La première traduit la probabilité d'avoir consommé au moins une fois des soins à travers un modèle probit. La seconde régresse le logarithme de la dépense des consommateurs. Aucune corrélation n'est introduite entre ces deux étapes ;
 - les résultats sont exprimés en effets marginaux comparativement à la valeur pour l'individu de référence : un homme de 16 ans consommant, sans CMU, ni ALD, ni hospitalisation et inscrit auprès d'un médecin traitant de la zone locale témoin de la zone d'implantation 1.

Évaluation de la qualité de suivi des diabétiques

- La Haute Autorité de santé (HAS) recommande aux médecins d'effectuer annuellement un certain nombre d'examen complémentaires techniques et biologiques dans le cadre du suivi de leurs patients diabétiques de type 2. Ici, la qualité du suivi des diabètes est mesurée à travers la réalisation annuelle de quelques uns de ces critères, à savoir : au moins trois dosages d'hémoglobine glyquée, au moins un bilan lipidique, au moins une microalbuminurie, au moins un électrocardiogramme, au moins un examen ophtalmologique. La réalisation de ces examens a pu être identifiée grâce à une analyse médicale (interne à l'Irdes) des codages des produits remboursés.
- Effets de confusion pris en compte : âge, sexe, CMU, zone d'implantation, indicateurs de la sévérité du diabète et de l'intensité du traitement (patient déclaré ou non en ALD diabète, insulinothérapie, antidiabétiques oraux en monothérapie, bithérapie ou trithérapie et plus) ; et des marqueurs des facteurs de risque ou de co-morbidité associés au diabète (autre ALD que le diabète, traitement par anti-agrégant plaquettaire, par cardioprotecteurs, thyroïdien ou avec d'autres médicaments).
- Modèles multivariés utilisés : la probabilité d'être bien suivi selon l'indicateur considéré est analysée à travers des régressions logistiques.

par un échange informel d'information (au cours des pauses café, repas, de façon directe pendant les consultations ou indirecte par l'intermédiaire du secrétariat, etc.). Seules quatre maisons de santé déclarent organiser des réunions interprofessionnelles régulières, autres que logistiques. Ces échanges informels permettent au médecin de recevoir des informations relatives au patient, et à l'infirmière d'adapter des traitements avec l'aval du médecin. La coopération entre les médecins et les autres professionnels médicaux ou paramédicaux se fait princi-

palemment au cas par cas. Les principaux thèmes de coopération déclarés sont la prise en charge des patients diabétiques et hypertendus, le suivi des plaies et des traitements par anti-vitamines K, ainsi que la prise en charge des urgences (orientation des malades, pose de perfusion, ECG, etc.). Quatre maisons de santé ont mis en place une coopération faisant intervenir à chaque fois deux infirmières salariées pour des séances d'éducation thérapeutique. La collaboration reste cependant limitée avec les professionnels dont les consultations ne sont pas remboursées par l'Assu-

rance maladie ou qui interviennent de façon ponctuelle, tels que les pédicures-podologues ou les diététiciens.

... et un large éventail de soins dans les maisons de santé pluridisciplinaires

tions de dépistage des facteurs de risques, actions de prévention (chutes, séances de vaccination pour la population).

DÉFINITION

L'odds ratio (OR) est un rapport de cotes. Il exprime l'effet d'une variable (par exemple le fait d'être suivi par un médecin généraliste d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP)) par rapport à une situation de référence (le fait d'être suivi par un généraliste d'une zone locale témoin) sur la probabilité d'être bien suivi rapportée à celle de ne pas l'être.

$$OR = \frac{\frac{p_1}{1-p_1}}{\frac{p_0}{1-p_0}} \Leftrightarrow \frac{p_0}{1-p_0} \cdot OR = \frac{p_1}{1-p_1}$$

Avec *p* la probabilité d'être bien suivi, '1' le fait d'être suivi par un médecin généraliste d'une MSP et '0' le fait d'être suivi par un médecin généraliste d'une ZLT. Un OR > 1 signifie que l'effet de cette variable est positif sur la probabilité d'être bien suivi.

Les maisons de santé présentent souvent une gamme d'offre de soins étendue par rapport à un cabinet classique de médecine générale : des actes techniques tels que les sutures de plaies, les actes de petite chirurgie, les pansements lourds, les poses de plâtres et autres immobilisations, ou encore la pose de dispositifs contraceptifs y sont réalisés. Les maisons de santé permettent également aux patients de consulter un autre médecin que leur médecin traitant, sans perte d'information. En effet, les échanges informels et le dossier patient commun fournissent aux médecins les renseignements nécessaires pour assurer la continuité des soins. La plupart des maisons de santé organisent des actions de santé publique : séances d'éducation thérapeutique, consulta-

Enfin, l'analyse spécifique auprès des patients diabétiques de type 2 montre que ces derniers sont globalement mieux suivis lorsqu'ils sont inscrits auprès d'un généraliste exerçant dans une maison de santé, comparativement à ceux inscrits auprès d'un généraliste de la zone témoin. C'est le cas pour trois critères de suivi sur six, dont celui de la fréquence de réalisation de la mesure de l'HbA1c (avec un OR=1,6 ; tableau 3). L'hétérogénéité des résultats est néanmoins très importante entre les maisons de santé. En effet, le modèle testant l'impact d'être suivi en maison de santé dans chaque zone d'implantation montre que pour la fréquence de réalisation du dosage d'HbA1c, les patients sont mieux suivis dans les MSP 1, 2 et 8 et moins bien dans la MSP 5. Les autres MSP ne se distinguent pas des témoins.

T3

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

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

^a 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 6 373 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.

Recours en médecine générale et dépenses de soins de ville des patients : un impact variable des maisons de santé pluridisciplinaires

Le nombre moyen, par patient, des actes réalisés par des généralistes ayant été déclarés médecin traitant dans l'année varie entre 3,6 et 4,7 pour les maisons de santé et entre 3,3 et 4,4 pour les échantillons témoins (tableau 2). Le nombre moyen d'actes de médecine générale remboursés varie entre 4,4 et 7 actes

par an pour les patients inscrits auprès d'un généraliste d'une maison de santé, et entre 5,6 et 6,4 actes par an pour les patients témoins. À l'échelon des assurés, l'analyse multivariée (tableau 4) révèle que pour les patients inscrits auprès d'un généraliste d'une maison de santé, la dépense totale et la dépense de médecine générale sont supérieures de 2 % à celles des assurés de l'échantillon témoin. Cet écart, faible en pourcentage mais qui pourrait représenter des montants importants si tous les généralistes exerçaient en maison de santé, masque en réalité des situations très contrastées.

En effet, l'analyse multivariée par zone d'implantation montre que l'impact, sur la dépense des assurés, d'être suivi au sein d'une maison de santé est variable selon les cas. Ainsi, pour les patients inscrits auprès d'un généraliste des MSP 4 et 6, la dépense totale et la dépense de médecine générale sont, toutes choses égales par ailleurs, supérieures à celles des témoins (respectivement de +9 % et +11 % ; +7 % et +25 %). Pour les patients inscrits auprès d'un généraliste de la MSP 7, la dépense totale et la dépense de médecine générale sont inférieures à celles des témoins (respectivement de -8 % et -20 %). De

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
Modèle 1 : test de l'effet « maison de santé » global						
Effets marginaux						
MSP vs ZLT ^a	2,0 %*	2,2 %**	9,0 pts***	-7,5 %***	0,02 pt	-5 %***
Référence ^b	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 ²	40 %	26 %	-	28 %	-	42 %
Pseudo-r ²	-	-	14 %	-	8 %	-
Modèle 2 : test de l'effet « maison de santé » par zone d'implantation						
Effet marginal						
Zone 1 : MSP vs ZLT	0,7 %	-4,0 %***	-2,2 pts**	-16,6 %***	-0,1 pts	-5,5 %**
Zone 2 : MSP vs ZLT	4,2 %	-3,7 %	-4,4 pts**	-3,3 %	0,2 pts	-17,0 %***
Zone 3 : MSP vs ZLT	2,3 %	-1,1 %	23,8 pts***	-18,0 %	0,5 pts	4,8 %
Zone 4 : MSP vs ZLT	9,3 %**	6,5 %*	5,5 pts**	-29,0 %***	-0,3 pts	-4,8 %
Zone 5 : MSP vs ZLT	-3,5 %	1,8 %	2,0 pts	1,9 %	-0,3 pts	-20,9 %***
Zone 6 : MSP vs ZLT	10,7 %***	25,5 %***	27,8 pts***	26,1 %***	0,4 pts*	16,5 %***
Zone 7 : MSP vs ZLT	-7,9 %*	-20,0 %***	5,7 pts**	-28,5 %***	-1,1 pts*	-18,0 %***
Zone 8 : MSP vs ZLT	-5,5 %*	0,0 %	22,5 pts***	-18,2 %***	-0,2 pts	-7,1 %*
Zone 9 : MSP vs ZLT	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes	Données manquantes
Référence ^b	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 ²	40 %	27 %	-	28 %	-	42 %
Pseudo-r ²	-	-	15 %	-	8 %	-

^a Maison de santé pluridisciplinaire vs zone locale témoin.

^b 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 %.

Guide de lecture (modèle 1) : l'effet marginal 9 points (colonne « Dépense de soins infirmiers, Analyse du recours aux soins », ligne « MSP vs ZLT ») signifie que, toutes choses égales par ailleurs (encadré Méthodes statistiques), la probabilité qu'un assuré dont le médecin traitant exerce en maison de santé pluridisciplinaire consomme au moins un soin infirmier est supérieure de 9 points à celle d'un assuré dont le médecin traitant exerce dans la zone locale témoin. Cet effet est significatif à 0,1 %. L'effet marginal -7,5 % (colonne « Dépense de soins infirmiers, Analyse de la dépense des consommateurs », ligne « MSP vs ZLT ») signifie que les dépenses de soins infirmiers d'un assuré dont le médecin traitant exerce en maison de santé pluridisciplinaire sont plus faibles de 7,5 % que celles d'un assuré dont le médecin traitant exerce dans la zone locale témoin (situation de référence). Cet effet est significatif à 0,1 %.

Guide de lecture (modèle 2) : l'effet marginal -2,2 points (colonne « Dépenses de soins infirmiers, Analyse du recours aux soins », ligne « Zone 1 ») signifie que, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité qu'un assuré dont le médecin traitant exerce dans la maison de santé pluridisciplinaire de la zone 1 consomme au moins un soin infirmier est plus faible de 2,2 points à celle d'un assuré dont le médecin traitant exerce dans la zone locale témoin 1.

L'effet marginal -16,6 % (colonne « Dépenses de soins infirmiers, Analyse de la dépense des consommateurs », ligne « Zone 1 ») signifie que, toutes choses égales par ailleurs, les dépenses de soins infirmiers d'un assuré dont le médecin traitant exerce dans la maison de santé pluridisciplinaire de la zone 1 sont plus faibles de 16,6 % que celles d'un assuré dont le médecin traitant exerce dans la zone locale témoin 1.

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

même, pour les patients de la MSP 8, la dépense totale est inférieure (-6 %) et pour les patients de la MSP 1, la dépense de médecine générale est inférieure (-4 %).

Au-delà de la dépense totale ou de médecine générale, un effet plus homogène des maisons de santé sur les postes de dépenses infirmiers et pharmaceutiques est observé. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'être inscrit auprès d'un généraliste d'une maison de santé influence négativement les dépenses de pharmacie et de soins infirmiers (-5 % et -8 %). Malgré des situations différentes dans chaque maison de santé, leur impact sur ces postes est plus homogène : d'une part, dans les MSP 1, 2, 5, 7 et 8, les patients ont une dépense de pharmacie inférieure à celle du témoin (de -6 % à -21 %) et dans les MSP 1, 4, 7 et 8, les patients ont une dépense de soins infirmiers inférieure à celle du témoin (de -17 % à -29 %) ; enfin, dans la MSP 6, les dépenses de pharmacie et de soins infirmiers sont supérieures (de +17 % et +26 %).

* * *

Les maisons de santé offrent une accessibilité importante à la population. Elles semblent également bien répondre aux attentes actuelles des médecins en leur permettant d'augmenter leurs jours non travaillés tout en maintenant une activité globale équivalente, sans doute avec des journées plus longues. Sous réserve d'une implantation adéquate, cette forme d'organisation peut donc contribuer à mieux répartir l'offre de santé sur le territoire en maintenant des professionnels dans des zones désertifiées. La prise en charge conjointe des patients par les médecins de la maison de santé, ainsi que le partage des dossiers médicaux informatisés entre médecins, garantissent *a priori* la continuité des soins pour les patients.

L'impact en termes de dépenses et de qualité n'apparaît toutefois pas de façon nette puisqu'il est surtout spécifique à

POUR EN SAVOIR PLUS

- Acker D. (2007). *Rapport sur les centres de santé*, DHOS, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, juin.
- Attal-Toubert K., Vanderschelden M. (2009). « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », Drees, *Études et Résultats* n° 679, fév.
- Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. (2007). « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », Drees, *Études et Résultats* n° 610, nov.
- Baudier F., Jeanmaire T. (sous la direction de) (2009). « Les maisons de santé : une solution d'avenir ? », *Santé Publique*, volume 21 - Suppl. n° 4, juillet-août.
- Bras P.L., Duhamel G., Grass E. (2006). "Improving the Care of the Chronically Ill: Lessons from Foreign Disease Management Experience", *Pratiques et Organisation des Soins* volume 37 n° 4, oct.-déc.
- Le Fur P., en collaboration avec Bourgueil Y. et Cases C. (2009). « Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles », *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 144, juil.
- PLFSS. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2008 (2008). <http://89.202.136.71/rap/107-072-2/107-072-23.html>, 2008, (consulté le 25/05/09).

chaque maison de santé. On ne peut donc conclure à un effet inflationniste ou déflationniste de ces structures sur la dépense des patients pour l'Assurance maladie. De même, l'impact des maisons de santé en termes d'amélioration de la qualité, abordé à partir du suivi des patients diabétiques de type 2, reste hétérogène, même s'il semble jouer en faveur des maisons de santé.

Cette absence d'homogénéité est liée, d'une part, à la taille réduite de l'échantillon des maisons de santé, et, d'autre part, à l'absence de prise en compte de déterminants importants du recours aux soins, de la dépense ou de la qualité des soins dans nos analyses, tant du côté des médecins (âge, sexe, formation...) que des patients (morbidité notamment).

Les dépenses plus élevées ou plus basses ne paraissent liées ni au nombre de médecins généralistes, ni à la superficie des maisons de santé, ni au nombre ou à la diversité des professionnels présents (tableau 1), ni aux taux de substitution entre généralistes ou de fidélisation des patients. La variabilité des dépenses devra donc être interrogée au regard d'autres caractéristiques structurelles, organisationnelles et également financières, de chaque maison de santé et de ses membres. L'impact sur le recours aux services d'urgence et à l'hôpital, ainsi que les dépenses induites, devront également être analysés.

Les maisons de santé étudiées sont pour la plupart des structures récentes, plus ou moins subventionnées à des échelles qui n'ont pu être détaillées. Dans la mesure où l'ensemble des professionnels qui y exercent ont des revenus principalement déterminés par les actes qu'ils réalisent, il n'est pas surprenant de constater un développement modéré des coopérations formalisées, ainsi qu'un usage des systèmes d'information principalement orienté vers le partage du dossier médical, sans autre finalité.

Des gains d'efficacité supposent à la fois un investissement plus important de la part de ces structures dans l'organisation (utilisation plus poussée du système d'information, formalisation de procédures collectives et notamment de coopération interprofessionnelle), mais également la réalisation de tâches supplémentaires comme l'éducation thérapeutique. Or, ces fonctions n'émergent qu'à l'occasion de programmes partagés entre maisons de santé ou avec des partenaires extérieurs, et financés sur des fonds publics. À ce titre, les expérimentations de nouveaux modes de rémunération, en complément ou en substitution partielle au seul paiement à l'acte, permettront, au sein des pôles de santé, maisons de santé et centres de santé, de tester l'hypothèse d'une efficacité supérieure de la rémunération des structures collectives. ◆