

# Les MSP: diffusion, implantation, impacts et enjeux en matière d'organisation de la délivrance de soins

---

Guillaume Chevillard (PhD., CR/IRDES)

Julien Mousquès (PhD., HF, DR/IRDES)

# Introduction : enjeux en matière de régulation de l'offre ambulatoire

- Place macro. importante mais relativement défavorable relativement à l'hôpital (ambu/hosp= 0,7 vs. 1.2 ocde)
- Déséquilibre entre régulation de la demande vs. offre [Palier, 2005 ; Elbaum, 2010 ; Askenazy et al., 2013; Dormont & al., 2014] compte tenu des déterminants de l'évolution des dépenses de santé
- Marges de manœuvre pour une régulation plus «poussée» et plus «qualitative» (financement et organisation) de l'offre
- Notamment en direction d'un renforcement des soins de premiers recours [Starfield et al., 2005] compte tenu:
  - Des enjeux en matière d'accès aux soins (implantation, productivité) et de performance (qualité, productivité, parcours/dépense)
  - De la nature de notre modèle (conventionnement centralisé, faiblement hiérarchisé, frontières professionnelles fortes, rémunération à l'acte quasi-exclusive...=> faiblement intégré, pluripro. et coordonné)

# Introduction: évolution en matière de régulation des soins de premiers recours

- MT+ parcours 2004 + HPST 2008 & SROSA + LMSS 2016: définition du périmètre des SP, mais qui reste extensif, jusqu'à sa déclinaison en proximité
- Régulation de l'installation croissante (IDE, MK) et incitations foisonnantes (MG)
- EGOS & LFSS 2008, Loi Fourcade 2011, Loi MSS 2016....: émergence puis le renforcement d'une politique de soutien au dynamique profl. autour de l'intégration pluripro (MSP, CDS...) [Mousquès, 2011; Chevillard, 2015] et de la coordination territoriale (acteurs & parcours) [Laude & Tabureau, 2016]

# Introduction : enjeux autour du regroupement pluriprofessionnel

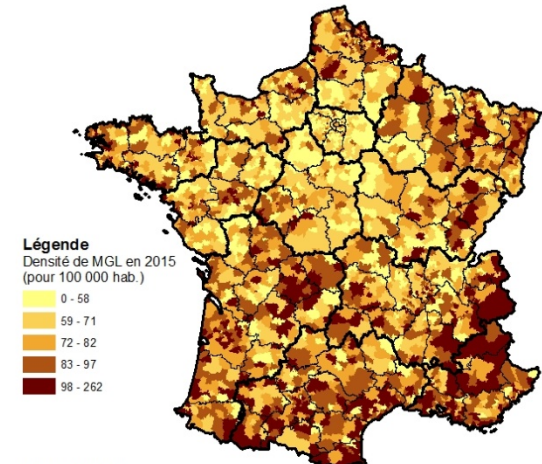
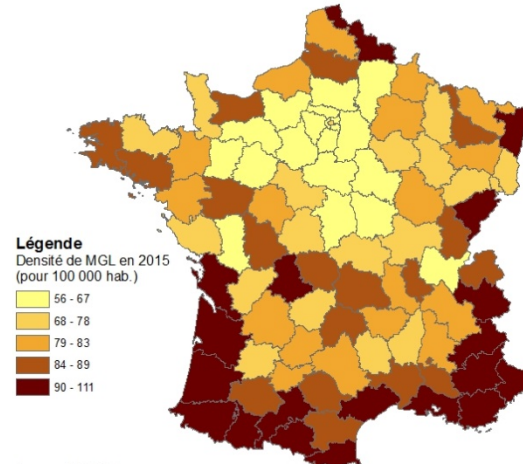
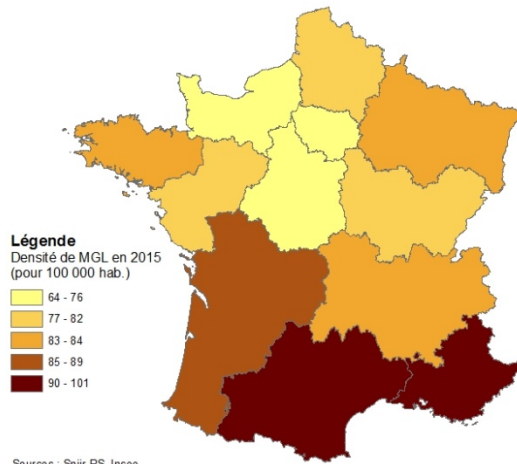
- En quoi les MSP contribuent-elles à la réduction des inégalités d'accès (implantation) et à l'amélioration de la réponse à la demande (productivité) ?
- En quoi les MSP génèrent-elles des gains d'efficience (qualité, parcours, dépense) ?
- La nécessaire émergence de « Méso-Tiers » organisations, entre les financeurs et les MSP, comment aller plus loin ?

# Diffusion Géographique et Implantation

---

# Contexte : Inégalités territoriales d'offre de soins

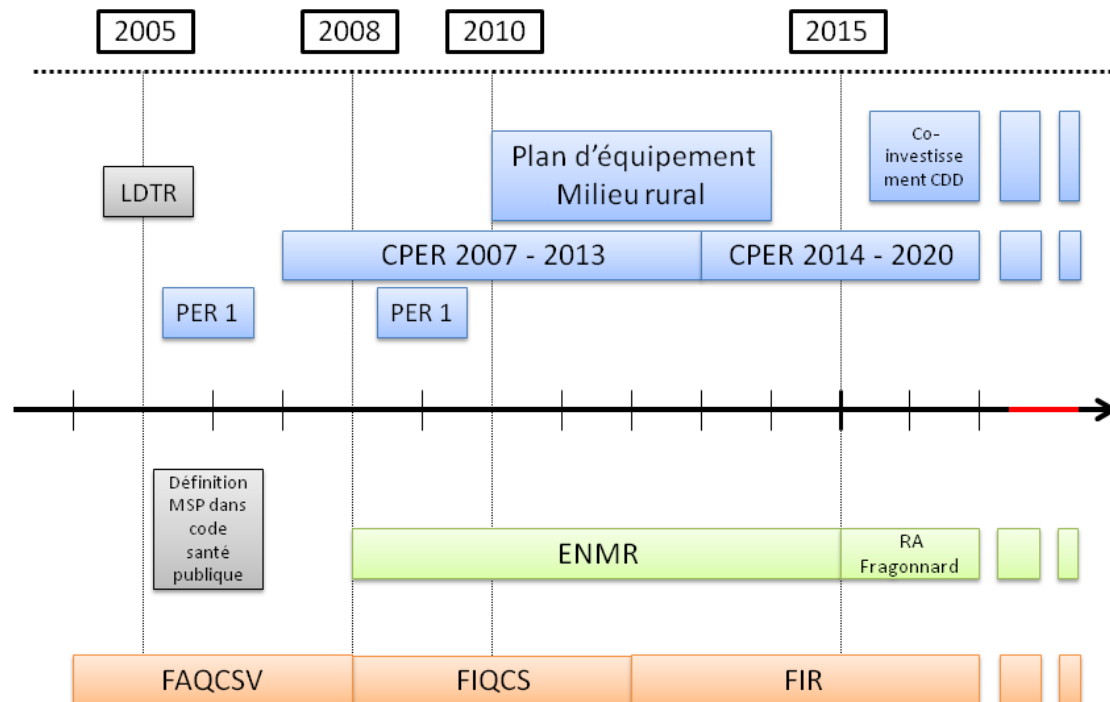
- Densités de médecins généralistes libéraux en 2015, hors MEP (Sniir-PS)



- Des mesures pour améliorer la répartition géographique

# Les MSP : diffusion géographique et implantation

- MSP = Une mesure parmi d'autres pour améliorer la répartition géographique des médecins généralistes libéraux
- Initiatives locales de MSP sont accompagnées par une série d'aides financières : ingénierie, construction, fonctionnement



# Les MSP : diffusion géographique et implantation

- Une croissance exponentielle
- 827 MSP en fonctionnement en 2017
- Une innovation à l'étape de la maturité ?

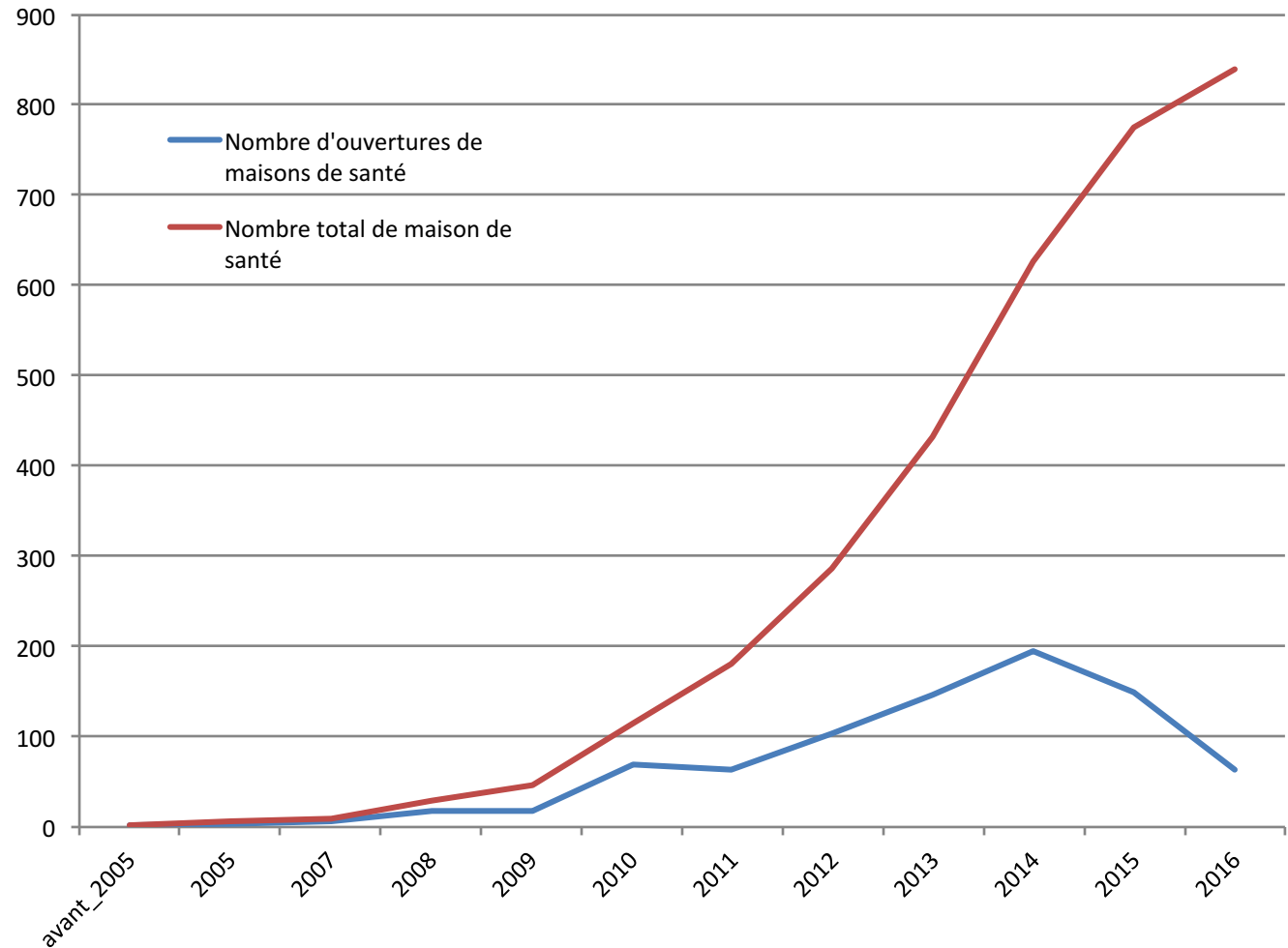
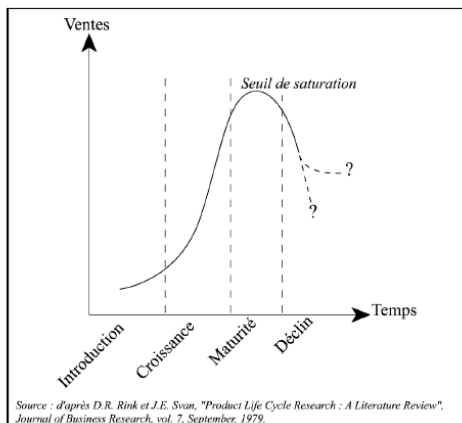


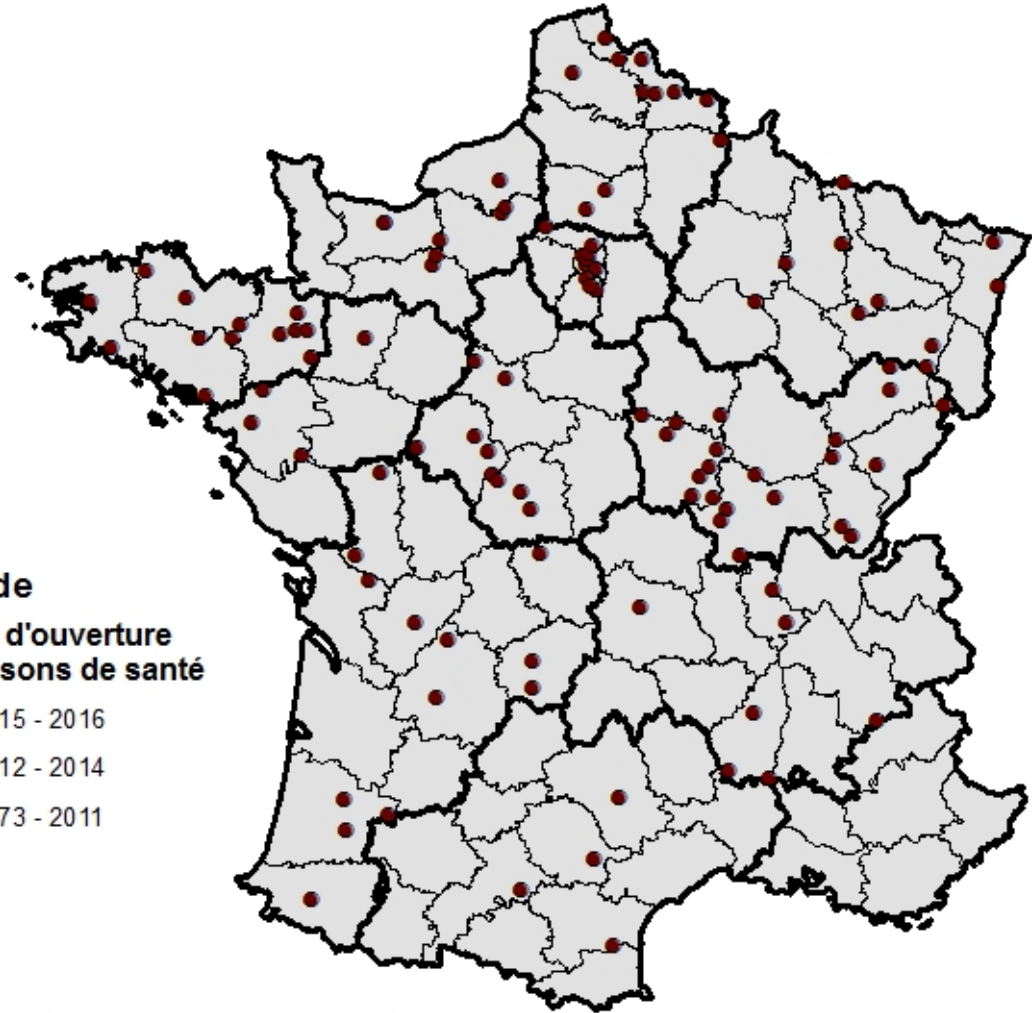
Figure 3. Les quatre étapes du cycle de vie classique d'un produit





# Les MSP : diffusion géographique et implantation

- Dynamiques régionales variées...
- Et infra-régionales...



## Légende

### Années d'ouverture des maisons de santé

- 2015 - 2016
- 2012 - 2014
- 1973 - 2011

Source : DGOS, Observatoire des recompositions  
Cartographie : Irdes, 2017

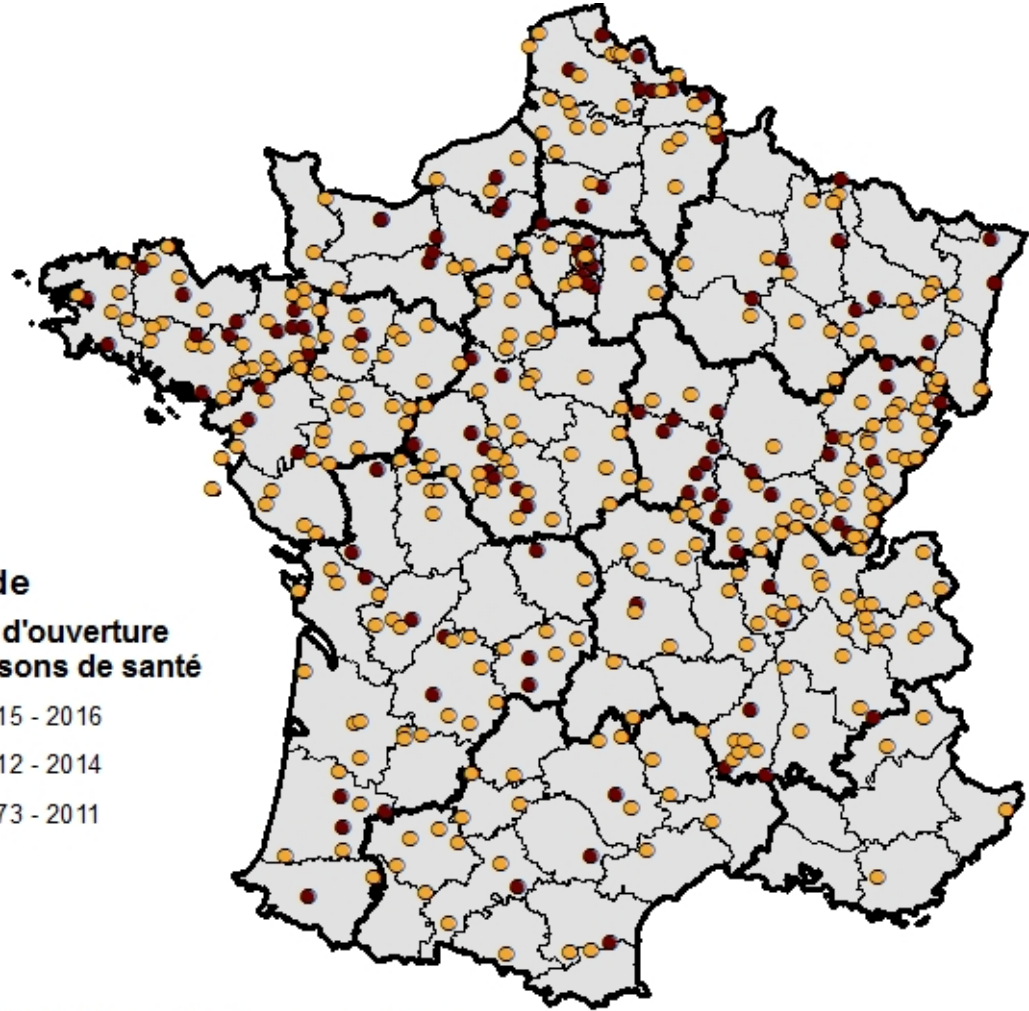


# Les MSP : diffusion géographique et implantation

- Dynamiques régionales variées...
- Et infra-régionales...

**Légende**  
**Années d'ouverture des maisons de santé**

- 2015 - 2016
- 2012 - 2014
- 1973 - 2011



Source : DGOS, Observatoire des recompositions  
Cartographie : Irdes, 2017



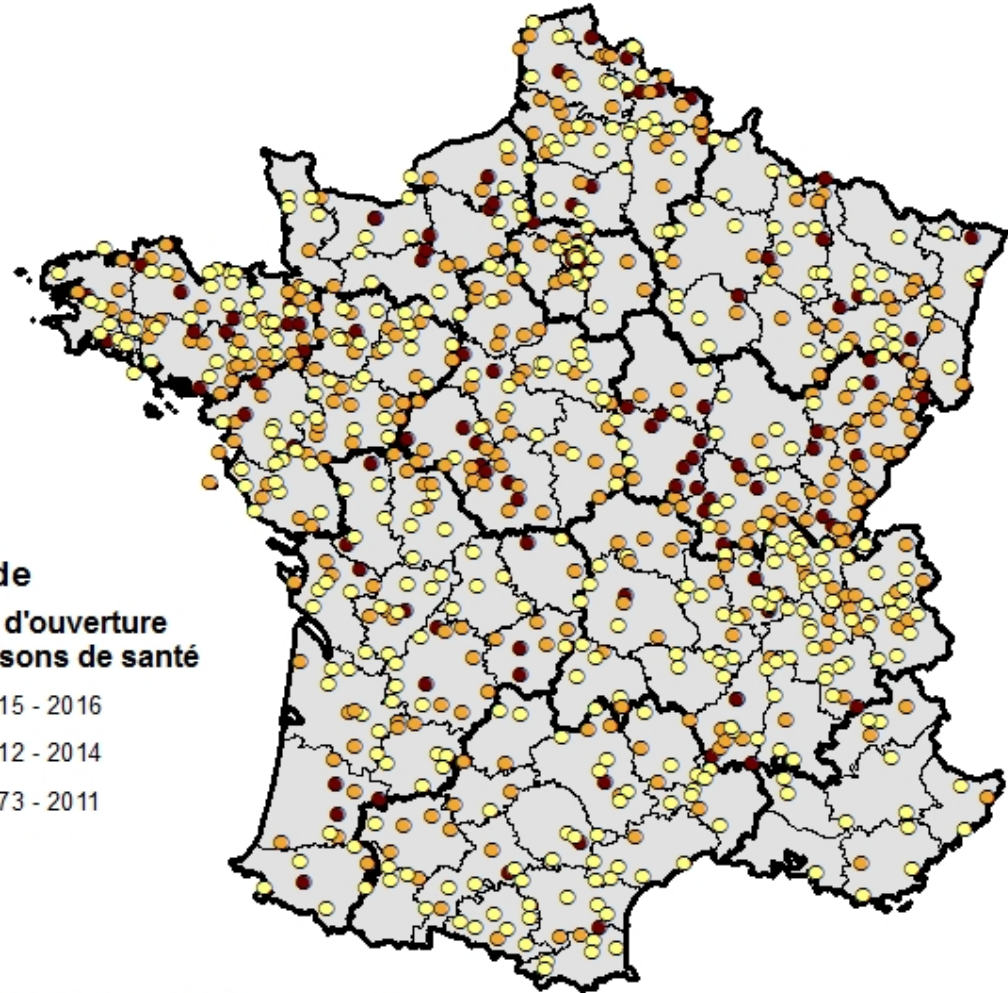
# Les MSP : diffusion géographique et implantation

- Dynamiques régionales variées...
- Et infra-régionales...

## Légende

### Années d'ouverture des maisons de santé

- 2015 - 2016
- 2012 - 2014
- 1973 - 2011



Source : DGOS, Observatoire des recompositions  
Cartographie : Irdes, 2017



# Les MSP : aménagement du territoire – Approche quantitative, nationale

- Principalement situées dans des espaces sous-dotés et dont population a de plus fort besoins de soins (typologies)
- Une meilleure évolution de la densité de MGL dans les espaces avec MSP (annexe)
- Des structures attractives pour les primo-installants : 39 dans 95 MSP issues du plan d'équipement en milieu rural (Cget, 2016)
- Des structures à adapter selon les spécificités locales (e.g. multisite dans zones peu denses/communes isolées)

# Les MSP : aménagement du territoire – Approche qualitative, locale

- Effets sur l'offre

Structures ex-nihilo

Accessibilité PMR vs éloignement du bourg centre

Regroupement de l'offre préexistante

Nouveaux soins : projet de santé + nouveaux soignants

- Effets territoriaux

Colocalisation avec Maisons de services au public :

création/maintien de pôles de services (Cget, 2016)

Cristallisation de conflits (élus/professionnels; entre professionnels)

# Qualité et efficacité (productive, allocative) –

---

Enseignements tirés de l'évaluation des ENMR

# Résultats – qualité des soins

- Qualité des soins supérieure sinon équivalente
  - Suivi des patients diabétiques (E.M: 1,6 % à 16 %)
  - Vaccination, dépistage et prévention du risque iatrogénique (E.M: 1,7 % et 6 %): supériorité ou équivalence (grippe des 65 ans et plus, mammographie pour les femmes de 50 à 74 ans sauf CDS, >)
  - Taux d'acquisition génériques (E.M: 1,8 % à 5,7 %)
- Hospitalisation
  - Hospitalisation MCO : pas de différences
  - Hospitalisation « évitables »: pas de différences
- Pas d'évidence d'impact des forfaits Enmr (différence-de-différences) sur chacune des dimensions

# Résultats – efficacité productive

- MSP « les plus intégrées »: activité de MG supérieure (file active, patients inscrits, actes), comme l'efficacité technique (sauf actes délivrés)
- MSP/PDS « les moins intégrés »: activité et efficacité technique supérieure file active, équivalence sinon
- Pas d'évidence d'impact des forfaits Enmr (différence-de-différences) sur chacune des dimensions



# Résultats – efficacité allocative

- Economie sur la dépense ambulatoire, concentrée sur la dépense de spécialistes (e.g. endocrinologie, dermatologie, gynécologie médicale, cardiologie, oto-rhino-laryngologie et rhumatologie), IDE, MK et pharma
- Economies comprises entre -0,4% pour les moins intégrés et -2,3% pour les plus intégrés
- Pas d'évidence d'impact sur l'hospitalisation
- Pas d'évidence d'impact des forfaits Enmr (différence-de-différences) sur chacune des dimensions
- Des gains net fonction du niveau d'intégration

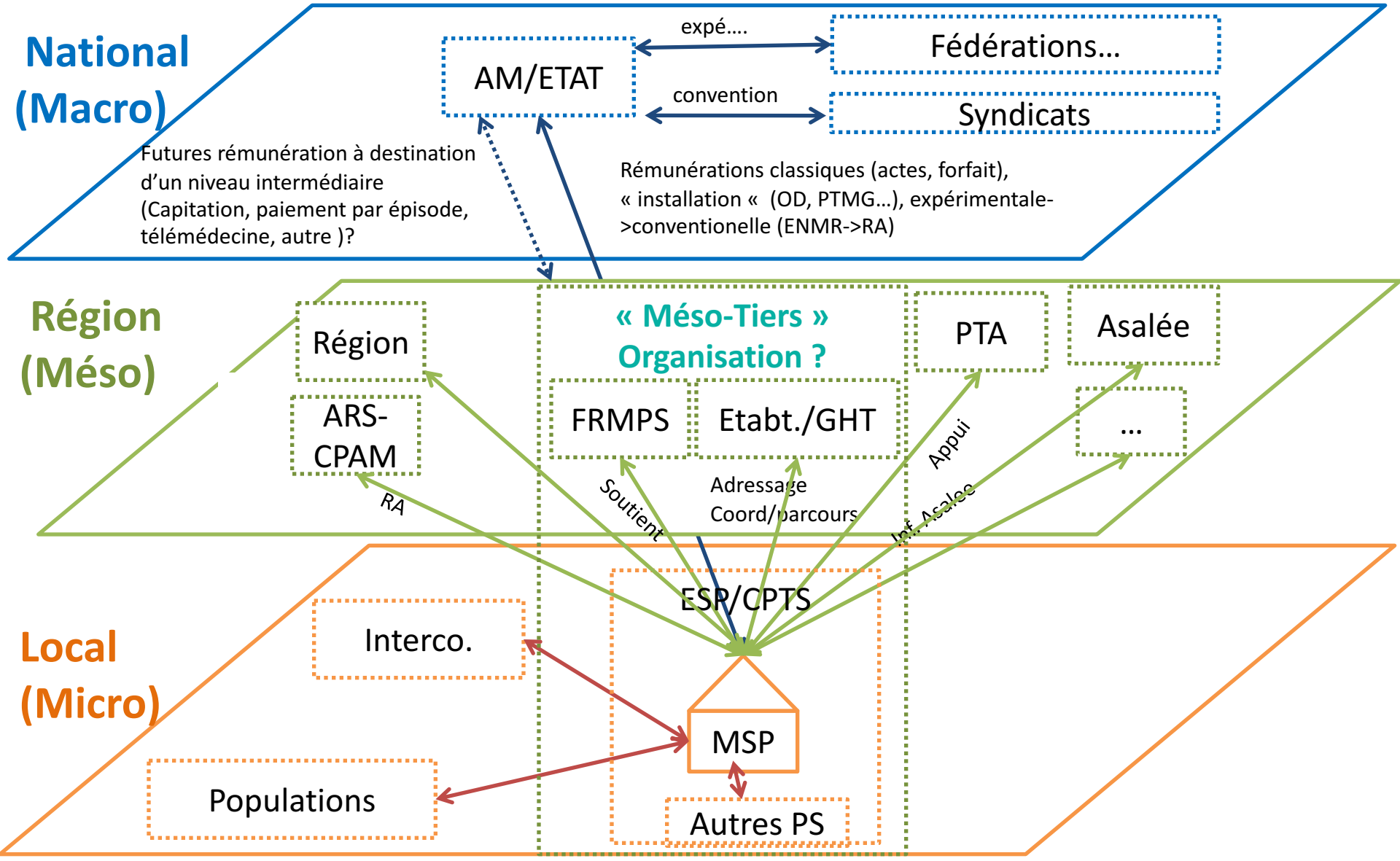
	HCC - Classe 1	HCC Classe 2	HCN/MGP classe 3	HCN/MGP classe 4	HCN/MGP classe 5
Savings (€/practice)	6 711	-76 883	36 322	-13 642	-3 710
Savings (€ all practices)	100 668	-1 153 241	326 898	-259 192	-133 543

# La nécessaire émergence de « Méso-Tiers » organisations entre financeurs et MSP

---

Enseignements de recherches en cours  
(territorialisation, RA) et sur les *Accountable  
Care Organization*

# Les MSP : la nécessaire émergence de « Méso-Tiers » organisations



# Les MSP : la nécessaire émergence de « Méso-Tiers » organisations

- Nécessaire développement d'organisation intermédiaires entre financeurs et offreurs de soins intégrés (type ACO: Etat-Unis, Allemagne, Angleterre...):
  - Alternative à la rémunération à l'acte: partage des risques et échelle
  - Régulation: délégation de responsabilité et incitation externe (shared savings...)
  - Amélioration et management (par les PS) de la performance
- Ce qui implique un vaste transfert de responsabilité:
  - Sélection/labellisation des offreurs
  - Production et gestion de données (cliniques appariées données remboursement) et analyses
  - Stratification des risques et leur management
  - Micro management des PS et structures
  - Incitations financières internes (aussi) et non-financière (surtout: RH...)

# Les MSP : travaux en cours et perspectives de recherche

- Accessibilité et implantation
  - Actualisation précédente étude : Effectifs MSP (827 vs 291), période d'étude plus longue (jusqu'à 2015), typologie unique
  - Prise en compte d'autres mesures pour améliorer la répartition des professionnels de santé : Option démographie, PTMG, exonérations fiscales (ZRR,ZFU)
- Performance
  - MSP RA vs MSP hors RA vs solo => plus de robustesse
  - Méthode mixte quali/quantitative
  - Données : observatoire, enquête, données cliniques, appariement DGFIP...
  - Nouvelles dimensions : qualité, satisfaction patient, modèle économique
- Performance: territorialisation et niveau intermédiaire