

Annexe 6

Mai 2021

Évaluation de la stratégie nationale
de santé 2018-2022

Impact des nouveaux modes de pratique sur les parcours de soins : l'exemple des maison de santé pluriprofessionnelles

DREES, *Études et Résultats*, 1193

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



mai
2021
numéro
1193

Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes

Entre 2008 et 2020, 1 300 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été créées en France ; elles sont très majoritairement implantées dans les territoires médicalement défavorisés. Le profil des médecins généralistes y exerçant est aussi particulier. Ainsi, ceux qui ont rejoint une MSP entre 2008 et 2014 étaient un peu plus jeunes en moyenne que leurs homologues et exerçaient plus fréquemment une activité salariée en sus de leur activité libérale.

Au cours de la période 2008-2014, les revenus des médecins généralistes ayant choisi d'exercer dans une MSP progressent plus rapidement que ceux de leurs confrères. Cela s'explique notamment par une augmentation plus rapide de la taille de leur file active et donc des rémunérations forfaitaires qui y sont associées. Pour autant, l'évolution du nombre de leurs consultations et visites n'apparaît pas significativement différente. La capacité des médecins en MSP à accroître leur patientèle sans augmenter le nombre d'actes dispensés peut s'interpréter comme un effet direct de la coordination entre professionnels de la MSP. Compte tenu de l'implantation géographique des MSP, plutôt en zone faiblement dotée en médecins généralistes, cette hausse de la taille de la patientèle peut également s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins.

Par ailleurs, cette croissance plus rapide de la patientèle pour les médecins exerçant en MSP ne semble pas avoir été réalisée au détriment de la qualité évaluée au sens de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Matthieu Cassou (Cesp, Irdes, DREES), Julien Mousquès (Irdes), Carine Franc (Cesp, Irdes)

Les professionnels de santé libéraux de premiers recours les plus jeunes tendent à privilégier l'exercice en groupe : plus de 8 médecins généralistes libéraux sur 10 de moins de 50 ans avaient opté pour un mode d'exercice en groupe en 2019 (Chaput *et al.*, 2020). Cet exercice collectif, le plus souvent dans des cabinets monodisciplinaires, se fait également dans des structures pluriprofessionnelles comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) où se regroupent, *a minima*, pour celles qui sont conventionnées, des médecins généralistes et des infirmiers ainsi que d'autres professions de santé : on en recense plus de 1 300 en 2020, contre moins de 20 à la fin 2008 (*encadré 1*). Près de deux tiers d'entre elles ont signé un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les organisations de soins pluriprofessionnelles de proximité. Ce dispositif prend la suite de dispositions similaires datant pour les premières de 2011, qui leur donne droit à des financements collectifs en complément des rémunérations individuelles des professionnels de santé libéraux. En effet, en dépit de l'attractivité de l'exercice en MSP, notamment en matière d'amélioration des conditions de travail (partage de la charge de travail, des dépenses, etc.), ce mode d'exercice peut aussi générer des surcoûts du fait, entre autres, des coûts de la coordination pluriprofessionnelle ou de structure. Les financements

ENCADRÉ 1

Contexte institutionnel à l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

Les spécificités de l'exercice collectif pour les professionnels libéraux de premiers recours en MSP ont été définies dans le Code de la santé publique en 2007. Les professionnels de santé exerçant en MSP doivent notamment élaborer un projet de santé qui, transmis aux agences régionales de santé (ARS), atteste de l'exercice coordonné. Pour soutenir la dynamique professionnelle, des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont instauré, de 2010 à 2014, un premier paiement à la coordination pour deux catégories de structures pluriprofessionnelles, les maisons et centres santé. Depuis 2011, les outils juridiques ont évolué : les MSP doivent se constituer en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) pour permettre les transferts financiers directs à la structure collective et non plus seulement vers les professionnels libéraux.

Les financements de l'exercice collectif, reconnu comme un enjeu majeur (Stratégie nationale de santé, 2013), ont été prolongés d'abord

« à titre dérogatoire », puis via un « règlement arbitral » (arrêté du 23 février 2015) jusqu'à la signature, en avril 2017, d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les organisations de soins pluriprofessionnelles de proximité. L'ACI propose ainsi aux MSP signataires, constituées en Sisa et s'engageant sur un cahier des charges précis, une rémunération collective, comprenant une part fixe et une part variable, cette dernière étant calculée sur la base de l'atteinte d'engagements socles et optionnels et en fonction de la taille et des caractéristiques de la patientèle médecin traitant. La rémunération est directement versée à la Sisa et valorise la coordination des soins et le travail en équipe, l'accès aux soins pour les patients, le développement de missions de santé publique et de protocoles de prises en charge pluriprofessionnelles. La rémunération valorise également le partage des dossiers patients entre soignants via l'acquisition de logiciels labellisés par l'Agence du numérique en santé (ANS).

complémentaires de l'ACI ont ainsi le double objectif de favoriser la coordination interne et de contrebalancer ces éventuels surcoûts.

Les MSP, majoritairement implantées dans les territoires présentant une moindre accessibilité aux soins, semblent avoir un effet favorable sur le nombre de médecins généralistes installés (Chevillard et Mousquès, 2020). La qualité des soins et services rendus en MSP serait également plus élevée que celle en exercice isolé (Mousquès et Bourgueil, 2014). La question ici est de savoir si, du point de vue des professionnels de santé, et particulièrement des médecins généralistes, l'évolution de leurs revenus nets de charges est susceptible de refléter ou non une fragilité des MSP. Cette fragilité pourrait, à moyen terme, constituer une barrière au développement ou à la pérennité des MSP et ce, malgré les financements perçus via l'ACI. Cette étude a donc pour objectif de comparer l'évolution des revenus nets et de l'activité libérale entre les médecins généralistes ayant rejoint une MSP entre 2008 et 2014 et des témoins, actifs sur la même période 2008-2014 mais n'exerçant pas en MSP (Cassou et al., 2020) [encadré 2].

Les médecins généralistes exerçant en MSP sont plutôt jeunes et souvent installés dans des territoires à l'accessibilité aux soins moins favorable

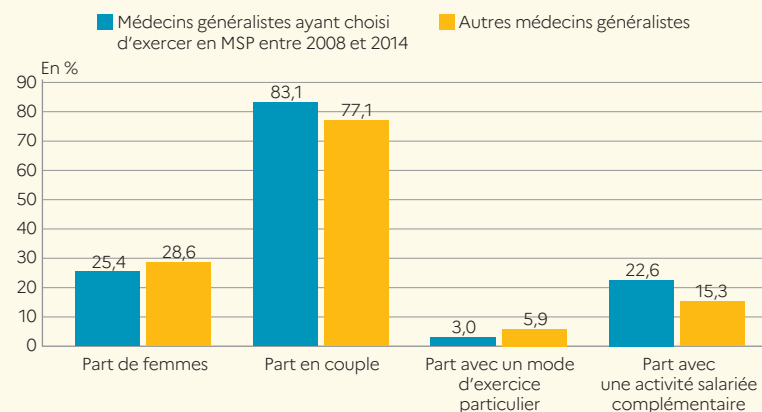
Les médecins généralistes actifs entre 2008-2014, et qui optent pour l'exercice pluriprofessionnel pendant cette période, sont en moyenne légèrement plus jeunes (47,7 ans contre 48,7 ans pour les témoins), moins souvent des femmes (25,4 % contre 28,6 %), plus nombreux à vivre en couple mariés ou pacsés (83,1 %

contre 77,1 %) et ont davantage d'enfants à charge (1,9 contre 1,6) que leurs confrères qui n'ont pas opéré ce choix (graphique 1). Ils exercent aussi moins fréquemment en mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, allergologie) et ont plus souvent une activité salariée en complément. Enfin, plus du tiers des médecins généralistes qui exercent en MSP en 2014 (36,7 % contre 12,2 %) pratiquaient en 2008 dans des zones rurales, et le quart d'entre eux dans des espaces périurbains (24,8 % contre 18,6 %) [graphique 2]. Ces deux types de territoires sont caractérisés par un moindre accès aux soins avec des conséquences fortes en matière de

rationnement potentiel de la demande de soins (Chevillard et Mousquès, 2018). Afin de prendre en compte les différences initiales de composition sur ces caractéristiques sociodémographiques, il a été constitué, par appariement exact, un échantillon de médecins généralistes « témoins » comparables en 2008 (en termes de genre, âge, configuration familiale, MEP, complément d'activité salariée, zone d'installation) aux médecins généralistes « cas » exerçant en MSP en 2014. La persistance de certains écarts d'activité après équilibrage des échantillons en 2008 révèle que seule une partie des différences initiales d'activité étaient liées à ces effets de composition

GRAPHIQUE 1

Profil des médecins généralistes, selon qu'ils ont choisi ou non d'exercer en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) entre 2008 et 2014



Lecture - 83,1 % des médecins ayant choisi d'exercer en MSP entre 2008 et 2014 étaient en couple en 2008, contre 77,1 % des médecins n'ayant pas fait ce choix.

Champ - Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source - Appariement CNAM-DGFIP, exploitation DREES.

sociodémographiques et territoriaux. Cela pourrait, par exemple, être lié à une conception différente de la pratique en médecine générale des médecins qui choisissent d'intégrer une MSP, et

nécessite, dans tous les cas, d'être pris en compte par des analyses plus fines (tableau 1). En effet, les médecins généralistes qui optent pour l'exercice en MSP entre 2008 et 2014 semblent voir

légèrement plus de patients en 2008 (+8,3 % en file active et +5,2 % en patientèle inscrite médecin traitant), avec une part de patients de moins de 15 ans plus importante (+7 %). Ils ont également une

ENCADRÉ 2

Sources, champ et définitions

Sources

Tous les trois ans, depuis 2005, les données relatives à l'activité de chaque médecin exerçant une activité libérale – données fournies par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) – sont appariées à celles relatives à ses différents types de revenus, issues de la déclaration d'imposition sur le revenu – fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). La base de données obtenue contient à la fois des caractéristiques de l'exercice libéral, des données d'activité sur l'année écoulée, des caractéristiques du foyer du médecin et de l'ensemble des revenus qui y sont perçus. Cet appariement est disponible pour les années 2005, 2008, 2011 et 2014. Un identifiant, commun à toutes les années, permet de repérer le professionnel et de suivre sa trajectoire s'il est toujours en activité. La qualification de l'exercice en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), donc en MSP, dans les données pour l'année 2014, permet de savoir si un médecin a rejoint une MSP entre 2008 et 2014, sachant qu'il n'y avait quasiment aucune MSP recensée au cours de la période 2004-2008 (Chevallard et Mousquès, 2020). La qualification du type de territoire de vie d'exercice s'appuie sur une typologie publiée en 2018 (Chevallard et Mousquès, 2018).

Champ de l'analyse

L'étude prend en compte les médecins généralistes en secteur 1 exerçant en France métropolitaine, âgés de moins de 65 ans, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs pour chaque année d'observation. Sont donc exclus les médecins n'ayant pas exercé sur l'ensemble de la période 2008-2014, ainsi que les plus jeunes médecins dont l'installation est postérieure à 2008. Sont exclus également ceux déclarant un mode d'exercice particulier exclusif (homéopathie, acupuncture, allergologie, etc.), un temps complet à l'hôpital et ayant une activité libérale en sus, ainsi que ceux recevant une pension annuelle de retraite supérieure à 12 000 euros sur l'année d'observation. Notons que les médecins généralistes remplaçants sont absents de ces données (schéma ci-dessous).

Après application des critères d'exclusion, cylindrage du panel et appariement exact (encadré 3), l'étude s'appuie sur un sous-échantillon de 813 médecins généralistes exerçant en MSP, dits « cas », et 17 779 médecins généralistes comparables après procédure d'appariement exact sur l'année 2008, dits « témoins ».

Définitions

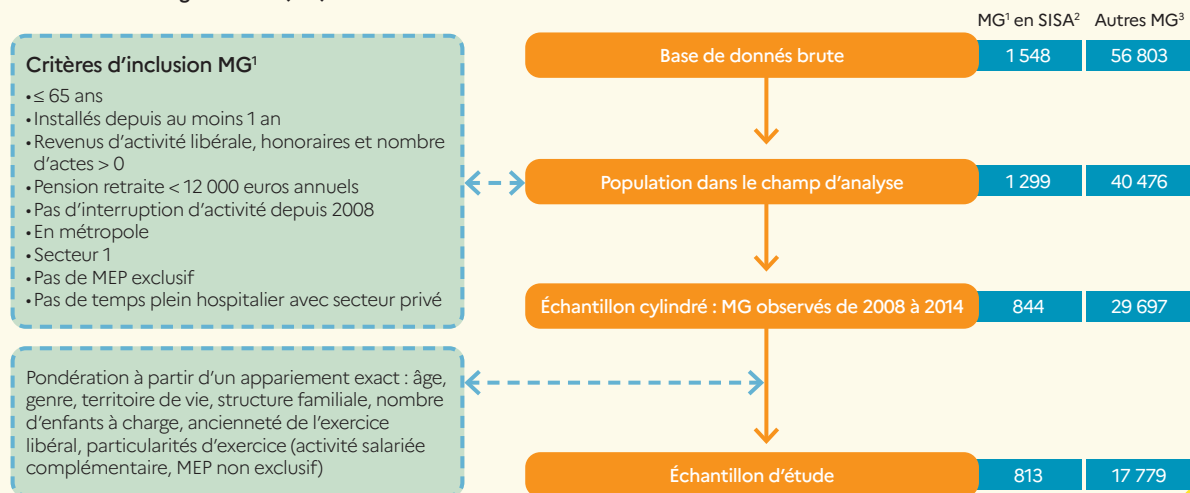
Les revenus professionnels des médecins généralistes correspondent à la somme des salaires éventuels (activités salariées) et du revenu net imposable issu de l'activité libérale (bénéfices non commerciaux), qui correspond à la différence entre le chiffre d'affaires et les charges (frais de fonctionnement, cotisations sociales, loyer du cabinet médical, rétrocessions de remplacement, etc.).

L'activité est mesurée par la somme annuelle des actes dispensés donnant lieu à des honoraires (consultations, visites, actes techniques). Même si les médecins généralistes de secteur 1 effectuent essentiellement des consultations au cabinet, des indicateurs de la composition des actes dispensés sont également mobilisés comme variables explicatives pour tenir compte de l'hétérogénéité des pratiques (contribution respective des visites et des actes techniques aux honoraires des médecins).

La taille de la file active correspond au nombre de patients vus au moins une fois dans l'année. Elle renseigne sur l'accessibilité des patients aux médecins généralistes, et, avec le nombre de patients ayant une affection de longue durée (ALD) vus, elle permet de tenir compte des effets de la taille de la patientèle sur les revenus des médecins généralistes dans les analyses de panel. La taille de la patientèle médecin traitant est considérée pour les analyses complémentaires sur la seule année 2014, car le dispositif patients médecin traitant était encore en phase de montée en charge en 2008.

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) constitue un proxy de la mesure de la qualité. Elle concerne l'ensemble des médecins libéraux conventionnés et repose sur l'atteinte d'indicateurs cible portant sur la qualité de la pratique médicale comme par exemple, s'agissant du suivi des patients diabétiques traités, la part de ceux ayant bénéficié du nombre d'examen biologique permettant de suivre l'évolution de l'équilibre glycémique des patients au cours de l'année. Entrée en vigueur en 2012, elle ne peut néanmoins pas faire l'objet d'analyses de panel. Comme pour la patientèle médecin traitant, la ROSP est donc uniquement étudiée au moyen d'analyses complémentaires effectuées sur la seule année de 2014 afin d'éclairer au mieux ces aspects dans une perspective descriptive. Ainsi, ces résultats ne peuvent pas être interprétés sur le même plan que ceux issus des analyses de panel.

Schéma – Médecins généralistes (MG) inclus dans l'étude



1. Médecins généralistes ; 2. Société interprofessionnelle de soins ambulatoires ; 3. Médecins à exercice particulier.

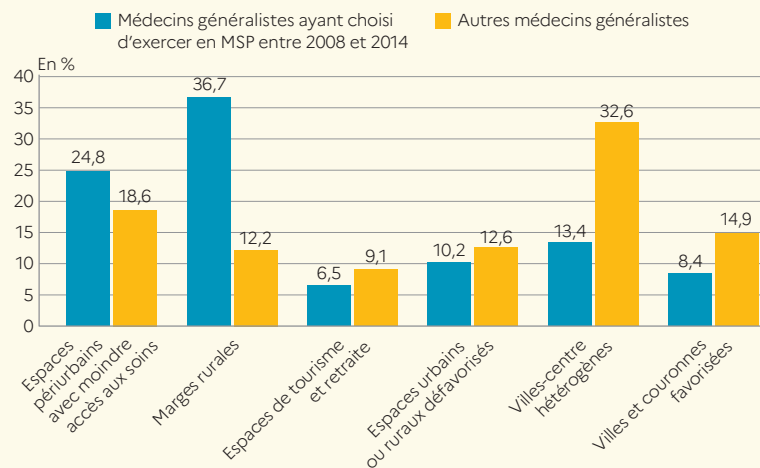
part significativement moins importante de leurs honoraires issue des visites à domicile. Certaines différences se creusent ou apparaissent en 2014, dénotant ainsi des évolutions contrastées. Ainsi, les médecins généralistes installées en MSP ont plus souvent une activité salariée complémentaires (25,7 % contre 20,6 % en 2008). Par ailleurs, ils voient plus de patients en moyenne : 219 patients de plus vus au moins une fois en 2014, contre 136 en 2008 et 77 patients de plus inscrits médecin traitant en 2014 contre 41 en 2008.

Les revenus des médecins généralistes exerçant en MSP augmentent plus vite entre 2008 et 2014, du fait d'une hausse plus rapide de la taille de leur patientèle

Si on constate qu'entre 2008 et 2014, les revenus de l'ensemble des médecins généralistes ont augmenté de plus de 10 %, on estime, à partir de modèles en différence-de-différences, que l'exercice en MSP est associé à une hausse plus rapide des revenus des médecins généralistes au cours de la période (encadré 3). Entre 2008 et 2014, les médecins

GRAPHIQUE 2

Répartition des médecins généralistes selon leur lieu d'exercice en 2008 et selon qu'ils ont choisi ou non d'exercer en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) entre 2008 et 2014



Lecture • 13,4 % des médecins ayant choisi d'exercer en MSP entre 2008 et 2014 étaient installés dans des villes-centres hétérogènes en 2008, contre 32,6 % pour les autres médecins généralistes.

Champ • Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source • Appariement CNAM-DGFIP, exploitation DREES.

ENCADRÉ 3

Méthode

Stratégie empirique

La stratégie empirique vise à limiter l'impact du processus d'auto-sélection des médecins généralistes qui décident d'exercer en MSP afin de ne pas attribuer à cet exercice spécifique des propriétés qui seraient en fait liées au profil particulier de ces médecins.

Dans une première étape, il a été constitué un groupe de médecins généralistes « témoins », aussi semblables que possible au groupe de médecins « cas », par appariement exact. Cette méthode d'appariement, non paramétrique, a permis d'équilibrer la répartition des médecins généralistes « cas » et « témoins » sur l'âge, le sexe, la situation familiale, le nombre d'enfants à charge, et, en matière d'exercice libéral : l'ancienneté, l'exercice particulier (MEP), le type de territoires de vie, l'activité salariée complémentaire. Ainsi, par exemple, l'appariement donne la garantie que la proportion de femmes dans les zones rurales au sein d'une catégorie d'âge donnée est similaire entre les médecins généralistes « cas » et « témoins ». Afin de parvenir à deux groupes équilibrés sur ces critères, tout en conservant un maximum d'informations, des poids ont été calculés à partir des résultats de l'appariement et attribués aux médecins du groupe « témoins ».

Dans une deuxième étape, des analyses paramétriques de type différence-de-différences ont été mises en œuvre, avec des effets fixes (individuels et temporels) afin d'identifier l'impact de l'exercice en MSP sur l'évolution de l'activité et des revenus des médecins généralistes sur la période 2008-2014. L'hypothèse sous-jacente à ce cadre d'analyse consiste à considérer que, préalablement à l'entrée des médecins généralistes « cas » en MSP, leur activité et leurs revenus évoluaient selon une tendance similaire à celle des témoins. Cette hypothèse s'avérant raisonnable et corroborée par l'analyse statistique des données, toute divergence de tendance entre médecins « cas » et « témoins » postérieure à leur adhésion au dispositif peut donc lui être attribuée. La dimension panel des données a été utilisée pour estimer le modèle en différence afin de neutraliser les préférences et caractéristiques non observables des médecins (celles-ci ne pouvant pas être mobilisées pour équilibrer

en amont les deux populations à travers l'appariement) et s'affranchir des effets fixes individuels.

Estimations paramétriques

Afin d'interpréter au mieux une éventuelle évolution différente des revenus nets entre les médecins « cas » et « témoins », il convient de considérer la diversité des mécanismes potentiellement à l'œuvre. Il s'agit donc non seulement d'estimer l'effet brut de l'exercice en MSP sur le revenu net mais aussi d'expliquer les sources de sa variation, au travers de l'analyse de l'évolution des honoraires (volume et nature des actes réalisés) et des autres composantes de la rémunération, forfaits (selon le nombre de patients médecin traitant et affection de longue durée (ALD) ou rémunération sur objectif de santé publique (ROSP).

C'est la raison pour laquelle les estimations des effets de l'exercice en MSP, à partir de modèles à effets fixes individuels et temporels, portent successivement sur l'analyse des effets sur :

- les revenus à partir de trois modèles : un premier modèle de référence qui estime l'effet brut de l'exercice en MSP (modèle 1) et deux autres modèles qui renseignent sur les effets hors variations d'activités (modèle 2), puis hors variations d'activités et de patientèles (modèle 3), de façon à raisonner « toutes choses égales par ailleurs » ;
- le nombre d'actes réalisés (modèle 4) ;
- le nombre de patients rencontrés au moins une fois au cours de l'année (modèle 5).

Analyses de robustesse

Les tests réalisés sur la période 2005-2008 confortent le caractère raisonnable de l'hypothèse des tendances communes à chaque groupe de médecins (« cas » et « témoins ») pour chacune des variables d'intérêt. D'autres analyses de robustesse ont été réalisées en termes de champ d'étude (médecin suivi depuis 2005 ou non, exclusion des médecins avec une activité salariée, etc.), de critères et de méthodes d'appariement (appariement exact versus score de propension) comme de spécification des modèles d'estimation. Pour toutes ces analyses, les résultats sont similaires et cohérents.

exerçant en MSP ont ainsi connu une progression additionnelle de revenu annuel de 2 091 euros comparativement aux médecins exerçant hors de telles structures, tous les médecins ayant par ailleurs vu leur revenu d'activité s'accroître de 10 285 euros au cours de cette période (tableau 2). En termes d'activité, cette hausse additionnelle de revenu pour les médecins exerçant en MSP n'est pas liée à un surcroît de consultations et de visites mais, plutôt, à une évolution plus rapide de la taille de leur patientèle et ainsi des paiements forfaitaires associés. En effet,

quand on tient compte dans le modèle par l'activité de soins des médecins, les médecins exerçant en MSP bénéficient toujours d'un surcroît de rémunération significatif (+2 340 euros) par rapport à leurs confrères. Ce résultat est conforté par le fait que le nombre d'actes réalisés n'évolue pas différemment selon que le médecin exerce ou pas dans une MSP. En revanche, l'impact de l'exercice en MSP sur le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année explique en partie la hausse plus rapide de leurs revenus : cette hausse additionnelle de revenu

devient faible et non significative lorsque le modèle contrôle des effets du volume de patientèle. En effet, si la taille de la file active a augmenté pour tous les médecins au cours de la période, cette hausse a été plus importante pour ceux qui exercent dans une MSP, soit environ 89 patients supplémentaires, ce qui représente 4 % de patients en sus vus au moins une fois sur l'année. Les résultats, à partir des données transversales 2014, confortent le fait que la hausse de la file active se traduit bien par une hausse du nombre de patients suivis en tant que médecin traitant pour

TABLEAU 1

Profil d'activité et de revenu des médecins généralistes ayant choisi ou non d'exercer en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) entre en 2008 et en 2014

	2008 avant appariement				2008 après appariement				2014 après appariement			
	Médecins en MSP	Autres médecins	t-test	DMS	Médecins en MSP	Autres médecins	t-test	DMS	Médecins en MSP	Autres médecins	t-test	DMS
Activité médicale et honoraires perçus												
Nombre d'actes (consultations, visites à domicile et actes techniques)	5 743	5 329	***	0,19	5 779	5 636	0,08	0,07	5 750	5 635	0,16	0,05
Montant des honoraires totaux incluant honoraires d'actes et paiement forfaitaires	153 174	140 022	***	0,23	154 087	148 184	**	0,11	175 016	166 594	***	0,13
Part des honoraires issues des visites à domicile	10,9	12,3	***	-0,14	10,9	12,3	***	-0,13	8,7	10,2	***	-0,16
Part des honoraire issues d'actes techniques	1,6	2,6	*	-0,10	1,6	1,4	0,62	0,01	1,8	1,7	0,73	-0,10
Honoraires non lié aux actes médicaux (incluant forfaits et rémunérations médecins traitants et paiements forfaitaires tels que la ROSP)	-	-	-	-	-	-	-	-	24 714	20 154	***	0,62
Montant de la rémunération ROSP	-	-	-	-	-	-	-	-	7 814	6 828	***	0,46
Caractéristiques de patientèle												
Nombre de patients rencontrés au moins une fois	1 772	1 593	***	0,29	1 774	1 638	***	0,22	2 171	1 952	***	0,33
Nombre de patients inscrits médecin traitant	812	717	***	0,20	821	780	**	0,08	1 248	1 171	***	0,28
Part de patients bénéficiaires de la CMU-C parmi les patients rencontrés au moins une fois	7,8	8,3	0,12	-0,06	7,8	7,3	*	0,06	7,9	7,3	**	0,08
Part de patients en affection longue durée parmi les patients rencontrés au moins une fois	15,2	15,0	0,25	0,04	15,2	15,1	0,63	0,02	18,3	18,1	0,25	0,04
Part de patients de moins de 15 ans parmi les patients rencontrés au moins une fois	24,3	21,5	***	0,42	24,3	22,7	***	0,23	21,5	19,7	***	0,27
Part de patients de plus de 65 ans parmi les patients rencontrés au moins une fois	15,5	16,1	*	-0,08	15,5	16,6	***	-0,13	21,2	22,1	**	-0,10
Revenus												
Montant des revenus net totaux (libéraux et salariés)	87 965	81 146	***	0,18	88 127	87 066	0,44	0,03	100 134	96 639	*	0,08
Montant des revenus libéraux net	84 027	78 403	***	0,15	84 415	83 539	0,53	0,02	95 090	92 244	0,07	0,07
Montant des revenus salariés net	3 938	2 743	***	0,14	3 712	3 527	0,56	0,02	5 044	4 396	0,1	0,06

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle ; Différence moyenne standardisée, c'est-à-dire différence absolue moyenne du score entre les groupes « cas » et « témoin », pondérée des poids de l'appariement, divisée par l'écart-type ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Note • Les p-values correspondent aux t-tests pondérés et les seuils de significativité retenus sont : *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1 ; DMS : différence de moyenne standardisée, i.e. différence absolue moyenne du score entre les groupes « cas » et « témoin », pondéré des poids de l'appariement, divisée par la l'écart-type.

Lecture • Avant appariement, les médecins ayant choisi d'exercer en MSP entre 2008 et 2014 reçoivent significativement plus de patients que leurs confrères n'ayant pas opéré ce choix ; cet écart persiste et reste significatif une fois les différences initiales de composition de la population contrôlées. Ce n'est pas le cas pour le nombre d'actes par exemple.

Champ • Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source • Appariement CNAM-DGFiP, exploitation DREES.

Les médecins généralistes exerçant en MSP (tableau 3). Du fait de l'implantation des MSP, le plus souvent dans des zones sous-denses en termes d'offre de soins, notons que cette augmentation de la taille de la patientèle file active peut s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins. On estime que l'augmentation est concentrée dans les territoires à l'accès aux soins moins favorisés (tableau complémentaire A)¹.

La hausse plus rapide des revenus entre 2008 et 2014 pour les médecins généralistes rejoignant une MSP

s'explique non par un surcroît d'actes réalisés, mais plutôt par une hausse plus rapide de la taille de leur patientèle. En effet, une patientèle plus large est associée à un plus grand nombre de patients enregistrés médecin traitant et donc à une part de paiements forfaitaires associés à ces patients potentiellement plus élevée. Les forfaits patients médecins traitants sont par nature indépendants de l'activité délivrée (5 euros, forfaits spécifiques pour les patients en affection de longue durée 40 euros, etc.), et sont désormais les plus dynamiques

du point de vue de la croissance des revenus (Pla, 2018). Par ailleurs, outre le financement ACI dont la répartition ou l'utilisation est à la seule discrétion des structures elles-mêmes (Fournier, 2019), il est également possible que la pratique en MSP permette de bénéficier d'un plus grand nombre de forfaits. Ces financements peuvent naturellement impacter directement ou indirectement les revenus des médecins, comme ceux des autres professionnels de la structure, sans qu'il nous soit possible de le documenter.

1. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

TABLEAU 2

Effet de l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) des médecins généralistes sur les revenus, le nombre d'actes et le nombre de patients rencontrés au moins une fois

	Effet sur le revenu net total			Effet sur le nombre d'actes (4)	Effet sur le nombre de patients rencontrés au moins une fois (5)
	(1)	(2)	(3)		
Caractéristiques contrôlées par le modèle					
Caractéristiques sociodémographiques et particularité d'exercice	x	x	x	x	x
Activité médicale		x	x		
Volume de patientèle			x		
Tendance temporelle 2008-2014	10 285***	10 309***	7 229***	56,1*	323,1***
Écart à la tendance temporelle des médecins exerçant en MSP-ACI ¹	2 091*	2 340*	1 538	-13,4	88,8***
R ² (within)	0,17	0,43	0,44	0,03	0,37

1. Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ayant signé un accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Note • Les variables de contrôle « sociodémographiques et particularité d'exercice » correspondent aux variables d'appariement, hormis celles qui sont fixes ou colinéaires avec le temps. Les variables « activité médicale » incluent le nombre d'actes et les contributions des actes techniques et des visites à domicile aux honoraires. Les variables « volume de patientèle » incluent les nombres de patients vus et de patients en affection longue durée (ALD) vus au moins une fois dans l'année.

Les erreurs-types sont robustes à l'hétéroscédasticité et ajustées par cluster au niveau départemental. Les seuils de significativité retenus sont : ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1.

Lecture • Les modèles (1) à (3) expliquent le revenu net d'activité des médecins en incluant des effets fixes individuels et temporels : (1) contrôle des caractéristiques sociodémographiques et particularité d'exercice des médecins, (2) considère en sus l'activité médicale et (3) inclut en sus le volume de patients. Entre 2008 et 2014, les médecins exerçant en MSP ont connu une hausse additionnelle de revenu de 2 091 euros comparativement aux médecins « témoins », tous les médecins ayant vu leur revenu d'activité s'accroître en moyenne de 10 285 euros au cours de la période.

Champ • Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source • Appariement CNAM-DGFIP, exploitation DREES.

TABLEAU 3

Estimation en 2014 des liens entre l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), la ROSP et les nombres de patients « occasionnels » et inscrits médecin traitant

	Rémunération sur objectifs de santé publique (1)	Nombre de patients inscrits médecin traitant (4)	Nombre de patients non inscrits médecin traitant ou occasionnels (5)
Caractéristiques contrôlées par le modèle			
Caractéristiques sociodémographiques, géographiques et particularité d'exercice	x	x	x
Volume de patientèle et case-mix	x		
Moyenne pour un médecin de référence n'exerçant pas en MSP-ACI ¹	8 078***	894***	1 509***
Écart moyen pour les médecins exerçant en MSP-ACI en 2014	595***	44,9*	47,0

1. Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ayant signé un accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Note • Les variables de contrôle « sociodémographiques, géographiques et particularité d'exercice » correspondent aux variables d'appariement. Le modèle pour la ROSP inclut en sus les nombres de patients suivis en tant que médecin traitant, de patients en affection longue durée vus, ainsi que la part des patients de moins de 15 ans et de plus de 65 ans, soit le case-mix. Les erreurs-types sont robustes à l'hétéroscédasticité et ajustées par cluster au niveau départemental. Les seuils de significativité retenus sont : ***p<0,01, **p<0,05, *p<0,1.

Lecture • En 2014, les médecins généralistes exerçant en MSP ont perçu en moyenne 595 euros de plus que les autres, qui ont perçu en moyenne 8 078 euros au titre de la ROSP (ici les médecins de référence sont les hommes exerçant en territoire de vie hétérogènes).

Champ • Médecins généralistes libéraux, âgés de moins de 65 ans, exerçant en secteur 1 et en France métropolitaine, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires et actifs au 31 décembre de chaque année de l'appariement au cours de la période 2008-2014.

Source • Appariement CNAM-DGFIP, exploitation DREES.

En 2014, les médecins généralistes exerçant en MSP perçoivent en moyenne 600 euros de plus au titre de la rémunération sur objectifs de santé publique

L'association entre un nombre plus élevé de patients vus et un nombre de consultations et visites relativement stable peut conduire à s'interroger sur la qualité des soins et services rendus. Des analyses complémentaires menées pour la seule année 2014 suggèrent que la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), introduite à partir de 2012, a permis une rémunération supérieure pour les médecins généralistes exerçant en MSP. En effet, ces derniers ont perçu en moyenne à ce titre 9 % de plus que leurs pairs, soit 595 euros (tableau 3). Alors que

ce résultat pourrait être lié à une taille de patientèle médecin traitant plus élevée pour les médecins exerçant en MSP, les résultats du modèle qui contrôle précisément de cet effet taille suggèrent plutôt qu'il existe une relation positive entre l'exercice en MSP et l'atteinte des objectifs de santé publique fixés dans la ROSP. Ces premières analyses de l'impact sur les revenus et l'activité des médecins généralistes de l'exercice en MSP semblent montrer qu'il y a un intérêt financier pour eux au moins à court terme. En effet, leurs revenus progressent plus rapidement que ceux de leurs confrères. Cette différence résulte notamment de la hausse plus rapide de la taille de leur patientèle et des rémunérations associées alors que le nombre d'actes reste comparable,

suggérant une baisse du nombre moyen d'actes par patient. On observe également que l'exercice en MSP semble s'accompagner d'une meilleure réponse aux objectifs de santé publique tels que mesurés par la ROSP. Enfin, eu égard à l'implantation géographique très particulière des MSP, majoritairement dans des zones déficitaires en offre de soins, cette hausse de la taille de la patientèle peut s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins.

Ces premiers résultats semblent attester des bénéfices attendus de l'exercice pluriprofessionnel, au sein duquel la coopération entre médecins et entre médecins et autres professionnels peut permettre de faciliter l'accès et d'améliorer la prise en charge des patients. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Cassou, M., Mousquès, J., Franc, C.** (2021, mai). Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 258.
- **Cassou, M., Mousquès, J., Franc, C.** (2020, octobre). General Practitioners' Income and Activity: The Impact of Multi-professional Group Practice in France. *The European Journal of Health Economics*, 21, pp. 1295-1315.
- **Chaput, H., et al.** (2020, janvier). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES, *Études et Résultats*, 1140.
- **Chevillard, G., Mousquès, J.** (2020, mars). Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 247.
- **Chevillard G., Mousquès, J.** (2018). « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français ». *Cybergeo - European Journal of Geography, Espace, Société, Territoire*, document 873.
- **Fournier, C.** (2019). Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol 37, n° 1, pp. 72-91.
- **Mousquès J., Bourguéil Y.** (2014, décembre). *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*. Irdes, Rapport, 559.
- **Pla, A.** (2018, septembre). Revenus des médecins libéraux : les facteurs démographiques modèrent la hausse moyenne entre 2005 et 2014. DREES, *Études et Résultats*, 1 080.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication :

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition :

Valérie Bauer-Eubriet

Rédactrice en chef technique :

Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction :

Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages :

Stéphane Jeandet

Conception graphique :

Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information :

drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve

de la mention des sources • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE
PUBLIQUE

La DREES fait partie
du Service statistique
public piloté par l'Insee.