

Annexe 4

Enseignements des théories économiques et des évaluations sur le sujet des coopérations des professionnels de santé

Cette fiche mobilise un certain nombre d'études, mentionnées au fil du texte.

L'économie de la santé s'est peu intéressée au coût des *process* de production des biens en santé et à l'optimisation de la coopération des professionnels de santé, notamment lorsqu'ils sont organisés selon un mode libéral. C'est par le détour et la mobilisation de certaines théories économiques¹ que l'on peut éclairer le jeu des acteurs et les problèmes de la coopération des professionnels de santé.

Selon les théories de la transaction, la coopération entre des acteurs indépendants (que sont les professionnels libéraux) entraîne des coûts de transaction importants qui ne peuvent être pris en compte par le marché (le prix des biens n'intègre pas le facteur externe au coût de production représenté par une « négociation » entre des acteurs indépendants visant à s'assurer de la qualité du produit). Selon Williamson², ces coûts de transaction sont réduits lorsqu'ils sont intégrés et internalisés dans des organisations hiérarchiques (salarial) : ce mode de gouvernance est préférable lorsque l'incertitude sur les résultats de la coopération est forte, que les relations entre les acteurs sont fréquentes ou que les communautés d'intérêts sont consubstantielles au produit attendu (par exemple, manipulateurs radio et radiologues). Lorsqu'il y a co-dépendance mais en même temps difficulté ou impossibilité d'une relation hiérarchique avec cependant un intérêt commun (économique, éthique) à agir, d'autres formes de coopération « hybrides » peuvent être cependant envisagées (contrats, sous-traitance) qui laissent plus de liberté aux acteurs : les contrats entre les parties fixent dans ce cas des standards de qualité, des procédures d'échanges et d'information afin de contrôler la prestation demandée. C'est le cas des réseaux de soins en France par exemple.

L'analyse des organisations fournit un autre angle d'approche sur les coopérations. Mettant en valeur l'intérêt du travail en équipe (partage d'information, contrôle mutuel, spécialisation) et ses difficultés (problème du passager clandestin qui attend que l'effort soit fourni par les autres), elles ouvrent des pistes pour les résoudre (rémunération à la performance mais aussi incitations collectives pour éviter l'effet d'éviction). Selon certains auteurs³, l'externalisation d'une partie du *process* serait intéressante lorsque le producteur peut exiger de son fournisseur un produit, un acte ou un service bien défini. En revanche, lorsque l'« *output* », le résultat attendu est difficilement observable (amélioration de l'état de santé par l'éducation thérapeutique par exemple) mais que le moyen pour y parvenir l'est (prestation d'une infirmière), l'internalisation des compétences est préférable. Cette analyse plaiderait dans ce cas pour une internalisation des équipes d'infirmiers ou de kinésithérapeutes, « prescrits » par les médecins.

¹ Une analyse économique de la coopération entre professionnels de santé : les apports théoriques, l'étude de l'existant et un essai de prospective. Leila Ben Aoun, Bruno Ventelou, Yann Videau. Les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. HAS. Rapport 2007.

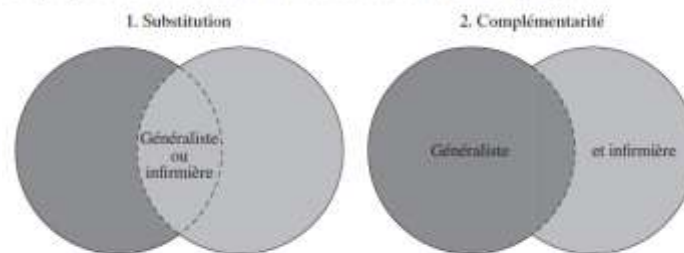
² O. Williamson (1975) *Markets and hierarchies*; (1991) *Strategizing, economizing and economic organization*.

³ C. Prendergast (2002). *The tenuous trade-off between risk and incentives*. Journal of political Economy.

Ces deux approches mettent l'accent sur le fait que les formes optimales d'organisation des coopérations dépendent des processus et de la nature des biens produits. Elles ne se prononcent pas sur l'acceptabilité par les professionnels concernés de ces solutions.

On distinguera les délégations par substitution et celles visant un élargissement des services (modèle de complémentarité), les deux types de délégations s'organisant principalement entre les médecins et les infirmiers⁴.

Graphique 2 : Deux modèles de collaboration médecins-infirmières



Sources :

- Modèle de substitution : Laurant M. et al., *Substitution of Doctors by Nurses in Primary Care*, Cochrane Database, 2004 (résultats de seize études).
- Modèle de complémentarité : Laurant M. et al., *The Effectiveness of Nurse Supplementation in Primary Care*, non publié (résultats de trente-deux études).

Des évaluations de transfert de tâches (substitution et complémentarité) entre professionnels, ont été produites à l'étranger⁵. Elles sont à resituer dans des cadres d'organisation donnés (organisation pluridisciplinaire dans les cabinets de groupe anglais, réseaux de soins coordonnés aux États-Unis, etc.). D'autre part, elles s'inscrivent rarement dans une perspective de long terme et ne permettent pas d'apprécier les effets au long cours de ces transferts sur l'état de santé des personnes prises en charge (diminution des complications et des hospitalisations par exemple) et leurs impacts sur les dépenses de soins (comparaison d'une population témoin et d'une cohorte observée par exemple).

1 LE MODÈLE DE SUBSTITUTION

Les effets de la substitution de soins fournis par des infirmières à la place de médecins (consultations infirmières) ont été évalués⁶ au plan de la qualité des soins, de l'impact sur la santé des patients et du coût des soins.

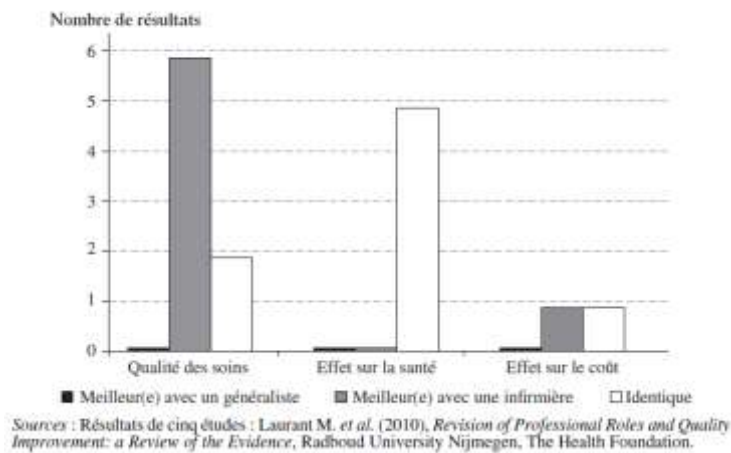
S'agissant des soins de premier recours, c'est principalement sur la qualité des soins que l'intervention de l'infirmière se distingue : les infirmières semblent fournir une qualité de services égale, voire supérieure aux médecins seuls. L'effet sur la santé est identique entre la prise en charge par un médecin ou une infirmière. Il en est de même des coûts des soins.

⁴ Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume Uni et enseignements de la littérature internationale. Bonnie Sibbald. RFAS. 2010/3.

⁵ Efficacité et efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Revue de la littérature 1970-2002. Fabienne Midy. QES n°65. Laurent. M et al, Résultats de cinq études : Laurent M et al (2010). Revision of professional rôles and quality improvement. A review of evidence. Radboud University Nijmegen. The health foundation. Résultats de quinze études : Laurant M and al (2010). déjà cité

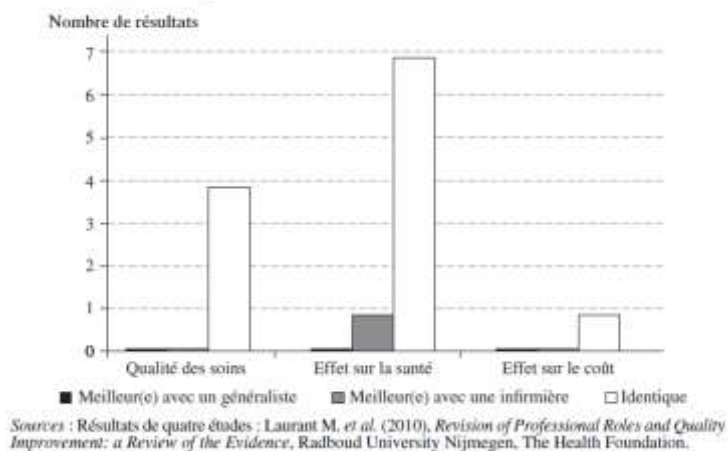
⁶ Résultats de cinq études : Laurent M et al (2010). Révision of professional rôles and quality improvement. A review of evidence. Radboud University Nijmegen. The health foundation.

Graphique 3 : Évaluation de la substitution des infirmières aux médecins dans les soins de premiers recours



En ce qui concerne la prise en charge des maladies chroniques, les résultats en termes de qualité des soins et d'effet sur la santé sont identiques entre les prises en charge par des médecins et des infirmières. La satisfaction des patients est supérieure avec les infirmières du fait qu'elles leur consacrent plus de temps et leur prodiguent conseils et informations. De ce fait les coûts des soins ne sont pas inférieurs, la moindre rémunération des infirmiers étant compensée par un recours plus important en analyses, explorations et par une « productivité » moindre en raison de rappels plus fréquents des malades et du temps plus important qui leur est consacré.

Graphique 5 : Évaluation de la substitution dans la prise en charge des maladies chroniques

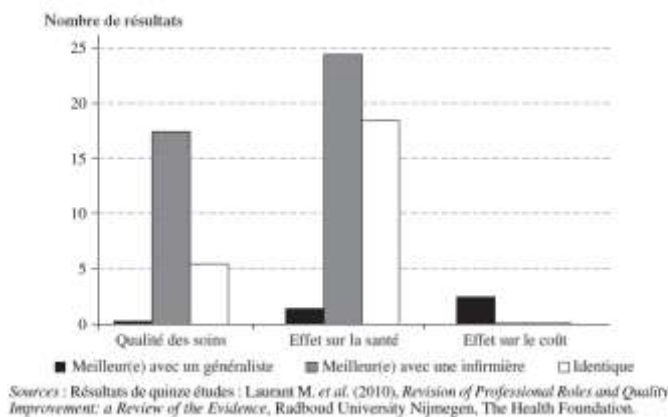


2 LE MODÈLE DE COMPLÉMENTARITÉ

Dans le cas des modèles de « complémentarité » entre infirmier et médecin, travaillant dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins (promotion de la santé et *disease management*), les résultats des évaluations montrent une supériorité des couples médecins/infirmiers par rapport à la pratique isolée des médecins en termes de qualité des soins et d'effets sur la santé mais des coûts

plus importants, la rémunération de l'infirmier s'ajoutant à celle du médecin⁷ (cf la première évaluation d'ASALEE).

Graphique 6 : Complémentarité médecins-infirmières dans le domaine de la promotion de la santé



Dans le domaine du suivi des maladies chroniques, le niveau de performance des médecins associés aux infirmières est égal ou supérieur avec une équipe médecin/infirmière. Peu d'études ont considéré le coût de cette intervention. Une recherche conclut au bon rapport coût-efficacité.

Au total, selon Bonnie Sibbald⁸ qui en résume les enseignements, les études effectuées montrent :

- que les coopérations médecins/infirmiers réduisent la demande en médecin ;
- qu'elles améliorent la qualité des soins ;
- qu'elles n'ont pas d'impact sur la réduction des coûts dans le cas de la substitution (moindre productivité des infirmiers versus différentiel de rémunération entre médecins et infirmiers) et dans celui de la complémentarité (addition des coûts).

Cependant, B. Sibbald souligne que les coopérations ont un coût de coordination notamment lorsque les équipes sont importantes, la « surface » de l'équipe améliorant cependant l'accessibilité aux soins. Ces difficultés peuvent être en partie résolues par la mise en place de systèmes d'information et de modes de coordination formalisés.

⁷ Résultats de quinze études : Laurent M and al (2010) déjà cité.

⁸ Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume Uni et enseignements de la littérature internationale. Bonnie Sibbald. RFAS. 2010/3.