

Les aspects économiques et leurs éventuelles conséquences en termes d'efficacité

De multiples travaux ont montré que des coopérations nombreuses et plus ou moins formalisées entre professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital, existent aujourd'hui. Leur reconnaissance et leur élargissement, tels que la Haute Autorité de santé l'a proposé dans sa recommandation, posent la question de la disposition des professionnels à adhérer à ces nouveaux modes d'organisation, et à les développer — dans une perspective d'efficacité accrue des processus de soins — compte tenu de leurs modes de fonctionnement et de rémunération ainsi que de leurs pratiques professionnelles.

Cet article reprend un certain nombre de réflexions issues d'un rapport établi en septembre 2007 sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, réalisé à la demande de la HAS. Les aspects économiques présentés ici sont de deux ordres : d'une part, ils permettent de qualifier les coopérations en fonction de leur nature et, d'autre part, ils définissent des conditions économiques nécessaires au développement de ces coopérations.

Efficacité et nature des coopérations

La démographie

Si l'évolution de la démographie des professions de santé interroge la répartition des activités entre les professionnels, il s'agit toutefois d'un point de départ qui doit être largement nuancé et réinterprété.

En effet, les enjeux liés à la démographie sont loin d'être mécaniques. D'une part, les perspectives démographiques doivent être mises en regard de l'évolution de la demande de soins : prévention, vieillissement, maladies chroniques... D'autre part, même si les infirmières et/ou les pharmaciens sont présents auprès des personnes âgées ou en zone rurale, il existe une tendance à la concentration de l'ensemble des professionnels dans les mêmes zones.

Plutôt qu'une adaptation passive à la diminution prévisible du nombre de professionnels médicaux (listes d'attente), l'enjeu économique global des coopérations entre professionnels est, à cet égard, d'améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge par le système de soins :

- en optimisant l'intervention des différentes qualifications (*skill mix*) au sein du processus de soins ;
- en faisant évoluer le contenu même des prises en charge en vue d'un meilleur rapport coût/efficacité ;
- en répondant au mieux à l'évolution de la demande des patients ainsi qu'aux attentes exprimées par les professionnels ;
- en tenant compte du progrès technique et de l'évolution des qualifications.

La question posée en termes d'enjeu économiques est donc bien celle d'une meilleure efficacité du processus de soins prenant à la fois en compte l'évolution du progrès technologique et la demande des patients. Cela implique que les coopérations ne soient pas recherchées par principe mais dans des perspectives d'efficacité économique accrue, c'est-à-dire d'un rapport favorable, étayé et justifié, entre les résultats et les moyens mobilisés.

Les enseignements des expériences internationales

L'analyse des expériences internationales corrobore cette première conclusion. En effet, les formes de coopération mises en œuvre au Royaume-Uni ou au Canada (qui concernent surtout la ville) ont clairement montré que les processus de délégation et de transfert ne pouvaient, au bout du compte, s'analyser de façon statique comme une simple substitution d'un professionnel à un autre. En effet, ils sont généralement porteurs :

- d'une modification de la nature même de la prise en charge (par exemple, contenu de la consultation infirmière, explications données aux patients, fréquence et durée...);
- d'une diversification d'activités complétant la gamme des soins et des modes de prise en charge, en amont ou en aval des soins antérieurement réalisés ;
- d'un développement de nouveaux « métiers », en particulier dans le champ de la prévention, de l'éducation thérapeutique, du suivi des malades chroniques, du *disease management* et de l'observance des traitements (par exemple, infirmières praticiennes au Royaume-Uni).

Si les coopérations représentent un enjeu économique certain, la probabilité de réaliser, par leur biais, des économies en matière de dépenses de santé apparaît, dans cette perspective, relativement faible. En tout état de cause, une vision statique des économies possibles comme la substitution entre actes médicaux et paramédicaux apparaît peu réaliste à moyen terme.

Coopérations et rémunération des activités de soins

Les enjeux des coopérations en ville

L'analyse des expériences internationales montre que les coopérations se sont surtout développées dans des contextes où les professionnels médicaux et non médicaux exercent au sein de structures communes avec des modes de rémunération forfaitaire (salarial ou capitation) ou au moins mixtes (c'est-à-dire avec un paiement à l'acte et un paiement forfaitaire).

Dans le cadre du paiement à l'acte *stricto sensu*, des modalités spécifiques — en fonction de la nature des activités déléguées et des coopérations engagées

Sandrine

Chambaretaud

Chef de projet à la Haute Autorité de santé lors de la réalisation de ce travail

Rapport du groupe de travail sur les enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé présidé par Mireille Elbaum, disponible à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf



— doivent être envisagées pour que les coopérations préservent l'équilibre économique des professionnels concernés.

Pour certains actes cliniques simples, le caractère forfaitaire de la nomenclature actuelle n'incite pas forcément à la délégation d'actes peu consommateurs de temps et tout aussi rémunérateurs que d'autres actes plus complexes. La nomenclature des actes libéraux devrait donc être adaptée afin que les médecins soient incités à déléguer ces actes et que les autres professionnels y trouvent aussi un intérêt financier. Concrètement, cela implique sans doute l'établissement d'un nouveau tarif, inférieur à celui de l'acte ou de la consultation médicale de droit commun, mais supérieur à celui des actes habituellement pratiqués par les paramédicaux.

Pour les actes techniques, les modalités actuelles de tarification, qui comprennent des règles de non-cumul ou de cotation dégressive, sont *a priori* plus favorables à d'éventuelles délégations. Ces délégations peuvent s'effectuer soit *via* les mécanismes de prescription classiques, soit grâce à l'élargissement des compétences dévolues aux professionnels paramédicaux. Cependant, si la délégation de ce type d'actes ne semble pas poser de problème économique pour les professionnels, les risques de dérive des dépenses sont réels pour la collectivité : l'éclatement entre plusieurs professionnels d'une rémunération aujourd'hui partiellement forfaitisée implique sans doute, là encore, la fixation de tarifs « intermédiaires » et de règles de bonne pratique.

Les activités plus complexes, ou les nouvelles activités dont le contenu ne peut pas être entièrement décrit à l'avance et/ou nécessitant la supervision d'un médecin (comme l'éducation thérapeutique ou le suivi de patients atteints de pathologies chroniques), impliquent, quant à elles, un financement en dehors du seul cadre de la nomenclature.

Une première option est de verser aux médecins des forfaits correspondant à la prise en charge globale de certains patients (comme les malades en ALD ou les patients diabétiques), cette prise en charge prévoyant explicitement l'intervention d'autres professionnels de santé (consultations infirmières de suivi ou d'éducation thérapeutique, prévention...).

La deuxième option repose, à l'image de ce qui a été fait pour certaines maisons médicales, sur la mise en place d'incitations (par exemple, le financement des frais fixes) au regroupement de professionnels de santé médicaux s'associant, au sein de cabinets pluridisciplinaires, à des professionnels paramédicaux.

Au niveau collectif, la fixation optimale de ces modes de tarification dépend donc de la nature des actes concernés par les coopérations, de l'équilibre démographique et économique des professions concernées, et de la pression de la demande. Il est probable que, au moins dans un premier temps, le développement des coopérations en ville augmente, comme à l'hôpital, le volume global des activités de soins, et donc les dépenses totales. Cela est en particulier lié au fait que

le développement des coopérations est susceptible de diversifier la gamme des soins et des modes de prise en charge dans des domaines comme le suivi des malades chroniques ou l'éducation thérapeutique. Cette augmentation d'activité peut être positive s'il s'agit d'accroître la qualité des soins ou de répondre à une demande de soins qui risque de ne plus être satisfaite suite à la diminution de l'offre médicale. Cela implique toutefois que les coopérations ne soient pas forcément recherchées par principe, mais dans une perspective d'efficacité économique accrue, au sens du rapport entre les résultats obtenus et les moyens mobilisés.

Les enjeux économiques de la coopération entre professionnels de santé en ville se situent donc surtout au niveau de l'adaptation des tarifs et du financement des coopérations. Il est peu probable qu'à court/moyen terme celles-ci permettent de diminuer les dépenses de santé. Un raisonnement statique, consistant en termes de coûts à envisager le simple basculement d'une consultation médicale à une consultation paramédicale, paraît en tout état de cause peu réaliste, dans la mesure où il n'est pas forcément incitatif pour les professionnels de santé et où ce raisonnement néglige l'évolution quantitative et qualitative de l'offre de soins découlant des coopérations.

Les enjeux des coopérations à l'hôpital

Même si l'objectif initial des coopérations entre professionnels de santé ne relève pas d'arguments strictement économiques et encore moins financiers, il importe d'examiner comment le mode de financement des établissements de santé et en particulier la T2A, qui vise à promouvoir des organisations plus efficaces, sont susceptibles de les prendre en compte.

D'un point de vue théorique, cet impact est différent selon que les coopérations renvoient à une logique de substitution (comme la réalisation de tout ou partie d'un acte technique) pouvant entraîner des gains de productivité ou à une logique de diversification de l'activité (suivi des malades atteints d'affections chroniques, prévention, nouvelle organisation des soins) pouvant entraîner des gains d'efficacité.

Dans le premier cas, on pourrait s'attendre à générer un certain gain financier en remplaçant des heures de médecins par des heures d'infirmières. Cela suppose toutefois que :

- le différentiel de rémunération entre les deux professionnels est significatif — on n'est pas dans le cas où l'on échange des heures de médecin peu rémunéré (début de carrière, médecin étranger moins payé) contre des heures d'infirmière chevronnée ;

- le temps médecin libéré est effectivement consacré à une autre activité de soins. Or, compte tenu de leurs nombreuses charges, les médecins estiment souvent que leur activité de soins est trop importante par rapport à leurs autres missions, comme l'enseignement, la recherche ou la formation continue. Il n'est donc pas certain que ces temps « économisés » seraient réaf-

fectés vers les soins, ni *a fortiori* qu'ils permettraient de prendre en charge de nouvelles activités.

Dans le second cas, les coopérations se traduisent par le développement de nouvelles activités. Cette diversification ne permet donc pas d'envisager de diminution de l'activité globale et des dépenses mais, au contraire, leur augmentation. Des gains d'efficience peuvent toutefois être obtenus dès lors que l'on intègre l'amélioration de la qualité des soins dans l'indicateur de production des soins hospitaliers.

Cette approche théorique de l'impact économique et financier des coopérations à l'hôpital doit de plus être nuancée par l'analyse concrète des modalités de financement des établissements de santé. En effet, la mise en œuvre effective des outils de tarification ne permet probablement pas à court terme d'observer et de tenir compte des coopérations entre professionnels de santé.

Ce n'est que dans le cadre d'une généralisation à moyen/long terme des coopérations à un nombre important d'établissements que les coûts hospitaliers pourraient se trouver infléchis grâce aux gains de productivité ainsi réalisés au plan collectif, avec une possibilité de rétroaction sur les tarifs. Ces derniers devraient toutefois prendre aussi en compte les nouvelles qualifications ou les évolutions de carrière liées aux coopérations, qui pourraient donner lieu à une reconnaissance statutaire.

Conclusion

Si les nouvelles formes de coopération représentent des enjeux économiques en termes de rapport coût/efficacité, il est peu probable qu'elles permettent de réaliser des économies financières immédiates.

On ne peut en effet raisonner sur la base d'un calcul statique de substitution « à volume constant » entre

des actes effectués par des médecins et par des paramédicaux, et ce pour plusieurs raisons. En premier lieu, même dans le cas d'une « pure » substitution, une incertitude demeure sur le temps médical réellement libéré, sur son affectation et sur les différentiels de productivité (la durée des consultations infirmières est, par exemple, supérieure à celle des médecins). Par ailleurs, les expériences internationales et l'évaluation des expérimentations en France font plutôt état d'une propension à accroître le volume et la gamme des activités de services et de prise en charge. Cela implique, dans notre système, des dépenses supplémentaires dont il est, par ailleurs, important d'apprécier la pertinence (observance, éducation pour la santé).

Enfin, il existe des dépenses spécifiques à prévoir pour le bon fonctionnement du système de coopérations :

- la formation, surtout en cas de généralisation ;
- le temps de coordination au sein des équipes de soins, qui apparaît crucial même quand existent des protocoles encadrant précisément les prises en charge, et qui l'est encore davantage pour les collaborations de nature plus générale ou plus large ;
- la reconnaissance, y compris financière, des nouveaux métiers et nouvelles qualifications apparaissant à cette occasion. Aujourd'hui, la principale voie de promotion infirmière est liée à des fonctions organisationnelles (cadre de santé). La création d'une ou plusieurs filières de promotion de niveau master par des qualifications « cliniques » (par exemple, infirmière référente pour le suivi de malades chroniques ou la réalisation de consultations infirmières) implique, sans nul doute, un coût lié à la reconnaissance de ces métiers — par ailleurs indispensable à leur acceptation et à leur prise en compte dans les filières de soins. 🏥